



RIKSREVISIONEN

RiR 2010:9

En förändrad sjukskrivningsprocess

ISBN 978 91 7086 217 5

RiR 2010:9

Tryck: Riksdagstryckeriet, Stockholm 2010

Till regeringen
Socialdepartementet

Datum: 2010-05-04
Dnr: 31-2009-0486

En förändrad sjukskrivningsprocess

Riksrevisionen har granskat hur väl lagändringarna till följd av rehabiliteringskedjan, ettårsgränsen och ändringarna i sjukersättningen genomförts, samt om det av riksdagen uppsatta målet om en aktivare sjukskrivningsprocess har uppnåtts. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport.

Företrädare för Regeringskansliet och Försäkringskassan har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på utkast till rapport.

Rapporten överlämnas till regeringen i enlighet med 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. Rapporten överlämnas samtidigt till Riksrevisionens styrelse.

Rapporten innehåller slutsatser och rekommendationer som avser regeringen och Försäkringskassan. Riksrevisionen kommer att följa upp granskningen.

Riksrevisor *Jan Landahl* har beslutat i detta ärende. Revisionsdirektör *Maria Söderberg* har varit föredragande. Revisionsdirektör *Sofia Lidström* och revisionsdirektör *Anders Viklund* har medverkat vid den slutliga handläggningen.

Jan Landahl

Maria Söderberg

För kännedom:
Försäkringskassan

Innehåll

Sammanfattning	7
1 Inledning	11
1.1 Motiv för granskning	11
1.2 Syfte och revisionsfrågor	11
1.3 Bedömningsgrund	12
1.4 Metod	14
2 Utgångspunkter för granskningen – förändringar inom sjukförsäkringen	17
2.1 Rehabiliteringskedjan	17
2.2 En borte tidsgräns för sjukpenning	20
2.3 Ändrade regler för sjukersättning	22
2.4 Arbetsmarknadspolitiskt introduktionsprogram	23
3 Införande och tillämpning av regeländringar inom sjukförsäkringen	25
3.1 Kort tid mellan riksdagens beslut och införandet	25
3.2 Otydliga begrepp	27
3.3 Ytterligare regeländringar och nya begrepp	28
3.4 Ett utvecklat IT-stöd saknas för vissa beräkningar	30
3.5 Sammanfattande iakttagelser	32
4 Aktiviteten i sjukskrivningsprocessen	33
4.1 Försäkringskassan håller inte tidsgränserna till fullo	33
4.2 Försäkringskassan är mer aktiv i sjukfallen	36
4.3 Samspelet med hälso- och sjukvården fungerar inte fullt ut	39
4.4 Arbetsgivarna är medvetna om regelverket men hittar få arbetsmöjligheter	41
4.5 Samarbetet med Arbetsförmedlingen fungerar huvudsakligen bra	41
4.6 Positiv utveckling av sjukfrånvaron	42
4.7 Sammanfattande iakttagelser	45
5 Slutsatser och rekommendationer	47
5.1 Regeringen gav inte Försäkringskassan tillräckliga förutsättningar	47
5.2 Förutsägbarheten i sjukförsäkringen har ökat	48
5.3 Vissa brister i tillämpningen av rehabiliteringskedjan	49
5.4 Sjukskrivningsprocessen har blivit mer aktiv	50
5.5 Rekommendationer	52
Källförteckning	53
Bilaga 1 Övriga reformer som berör sjukförsäkringen	59

Sammanfattning

I syfte att försöka få tillbaka så många sjukskrivna personer som möjligt i arbete har regeringen under de senaste åren genomfört en rad reformer inom sjukförsäkringen. I juli 2008 infördes rehabiliteringskedjan med bestämda tidpunkter för olika bedömningar av arbetsförmågan. Vid samma tidpunkt infördes en bortre tidsgräns för rätten till sjukpenning. Förändringar gjordes också i reglerna för vad som kan berättiga till sjukersättning.

Granskningens syfte och metod

Granskningens syfte har varit att undersöka om rehabiliteringskedjan, ettårsgränsen och regeländringarna i sjukersättningen har fungerat som avsett. Det handlar om hur väl regelverket genomförts samt om målet om en aktivare sjukskrivningsprocess som riksdagen har satt upp har uppnåtts.

Iakttagelser, slutsatser och rekommendationer baseras i huvudsak på intervjuer och statistikuppgifter. Totalt har 38 intervjuer gjorts med handläggare på sju olika kontor inom Försäkringskassan. Intervjuer har även hållits med företrädare för Försäkringskassans respektive Arbetsförmedlingens huvudkontor, Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Svenskt Näringsliv, Sveriges Kommuner och Landsting samt Sveriges Läkarförbund.

Riksrevisionens slutsatser

Utifrån de iakttagelser som görs i granskningen drar Riksrevisionen följande viktigare slutsatser.

Regeringen gav inte Försäkringskassan tillräckliga förutsättningar

Regeringen gav inte Försäkringskassan tillräckliga förutsättningar att införa rehabiliteringskedjan på ett bra sätt. Riksrevisionen bedömer att de bristande förutsättningarna gav negativa konsekvenser för Försäkringskassans tillämpning av regelverket under de första månaderna efter införandet i juli 2008.

Eftersom tiden mellan riksdagens beslut om lagändringarna och ikraftträdandet var kort genomförde Försäkringskassan det huvudsakliga förberedelsearbetet före riksdagens beslut. Riksdagen beslutade om en ändring i förhållande till regeringens proposition, vilket innebar att Försäkringskassan fick gå ut med ny, ändrad information till handläggarna. Den ändrade informationen bidrog till en osäkerhet bland handläggarna, även om ändringen inte var av större betydelse i sak. Granskningen visar också att hälften av de intervjuade personliga handläggarna ansåg att de vid införandet av det nya regelverket hade otillräcklig kunskap för att kunna tillämpa reglerna och informera externa aktörer.

I samband med regeländringarna infördes en rad nya begrepp. I granskningen har det framkommit att flera begrepp är otydliga och svåra att tolka.

Vidare hann Försäkringskassan inte utveckla ett lämpligt IT-stöd för beräkning av ramtid, och enligt de intervjuade handläggarna gjordes beräkningarna därför manuellt under de första månaderna.

Även de regeländringar som gjorts efter införandet av rehabiliteringskedjan har präglats av kort förberedelsetid. Det har också delvis varit otydligt hur regeländringarna ska uttolkas.

Riksrevisionen anser mot denna bakgrund att regeringen gett Försäkringskassan bristfälliga förutsättningar för en korrekt och enhetlig tillämpning. Riksrevisionen bedömer att Försäkringskassan under omständigheterna gjort ett rimligt arbete med uttolkningen av regelverket och förberedelsearbetet i övrigt.

Förutsägbarheten i sjukförsäkringen har ökat

Ett av syftena med rehabiliteringskedjan var att öka förutsägbarheten i sjukförsäkringen. Riksrevisionen bedömer att tidsgränserna i rehabiliteringskedjan och ettårsgränsen ökar förutsägbarheten för individer som påbörjar nya sjukfall, även om det under 2008 och 2009 har funnits sådant som har påverkat förutsägbarheten negativt.

Givet att inga nya regeländringar som minskar förutsägbarheten görs, bedömer Riksrevisionen att förutsägbarheten kommer att förbättras ytterligare framöver.

Vissa brister i tillämpningen av rehabiliteringskedjan

Försäkringskassan klarar för närvarande inte att hålla rehabiliteringskedjans tidsgränser. Exempelvis hade Försäkringskassan bedömt arbetsförmågan mot den reguljära arbetsmarknaden, eller bedömt att särskilda skäl fanns att skjuta upp bedömningen, i 77 procent av de sjukfall som i februari 2010

hade passerat dag 180. Enligt regelverket ska andelen vara 100 procent. Samtidigt kan Riksrevisionen konstatera att utvecklingen går åt rätt håll, motsvarande siffra i januari 2009 var 31 procent.

I de flesta sjukfall beräknas ramtiden automatiskt i IT-systemet, det vill säga handläggarna behöver inte göra manuella beräkningar. I de fall en automatisk uträkning inte kan göras saknas ett tillförlitligt och enhetligt IT-stöd för beräkning av ramtid. Det befintliga IT-stödet för att räkna ut vilken dag i rehabiliteringskedjan den försäkrade befinner sig på behöver också utvecklas. Riksrevisionen bedömer att det bristfälliga IT-stödet kan orsaka felaktiga beräkningar och bristande enhetlighet i handläggningen.

Sjukskrivningsprocessen har blivit mer aktiv

En mer aktiv sjukskrivningsprocess med tidiga insatser kännetecknas av att fler aktiviteter genomförs under sjukskrivningsperioden och att aktiviteterna genomförs tidigare i sjukskrivningen. Syftet med en mer aktiv process är att den ska leda till kortare sjukskrivningstider.

I granskningen har det framkommit indikationer på att sjukskrivningsprocessen har blivit mer aktiv i jämförelse med den steg-för-steg-modell som föregick rehabiliteringskedjan:

- Andelen sjukfall där Försäkringskassan bedömer arbetsförmågan och rätten till sjukpenning inom de uppsatta tidsgränserna ökar.
- De intervjuade handläggarna anser samstämmigt att sjukskrivningsprocessen har blivit mer aktiv.
- Plan för återgång i arbete upprättas oftare.
- Avstämningmöte hålls och plan för återgång i arbete upprättas allt tidigare i sjukfallen.
- Arbetsgivarna är mer medvetna om regelverket och snabbare på att vidta åtgärder.

I granskningen har det också framkommit indikationer på att individerna många gånger är drivande i sjukfallet som en följd av tidsgränserna i regelverket.

Vad som talar *mot* en aktivare sjukskrivningsprocess är att andelen ärenden där avstämningmöte hållits har minskat.

Sammantaget bedömer Riksrevisionen att sjukskrivningsprocessen har blivit mer aktiv och att insatser görs tidigare än innan rehabiliteringskedjan och de andra regeländringarna infördes.

För att rehabiliteringskedjan och sjukskrivningsprocessen ska fungera väl är hälso- och sjukvårdens bidrag viktigt. Riksrevisionen har noterat att väntetider i vården kan påverka möjligheten att uppfylla rehabiliteringskedjans tidsgränser.

Riksrevisionens rekommendationer

Utifrån granskningens iakttagelser och slutsatser rekommenderar Riksrevisionen regeringen att

- vid större förändringar i regelverket se till att den genomförande myndigheten ges tid att efter riksdagens beslut på ett samlat sätt genomföra förberedelsearbetet
- definiera begrepp av central betydelse för handläggningen så tydligt som möjligt för att underlätta en korrekt och enhetlig tillämpning.

Riksrevisionen rekommenderar Försäkringskassan att

- fortsätta arbetet för att klara tidsgränserna i rehabiliteringskedjan
- arbeta vidare med att förtydliga och skapa en enhetlig tillämpning av begreppen i regelverket
- säkerställa att handläggarna har tillgång till ett gemensamt, kvalitetssäkrat IT-stöd för beräkning av ramtid respektive dag i rehabiliteringskedjan.

1 Inledning

1.1 Motiv för granskning

I december 2009 fick 618 000 personer sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk- eller aktivitetsersättning. År 2009 kostade förmånerna (inklusive administration) 93 miljarder kronor.¹ I syfte att försöka få tillbaka sjukskrivna personer i arbete har regeringen under de senaste åren genomfört en rad reformer inom sjukförsäkringen. I juli 2008 infördes den så kallade rehabiliteringskedjan med bestämda tidsgränser för olika bedömningar av arbetsförmåga. Vid samma tidpunkt infördes en bortre tidsgräns för rätten till sjukpenning. Vidare gjordes förändringar i reglerna kring sjukersättning.

Riksrevisionen har genomfört flera granskningar av sjukförsäkringen. Två av granskningarna har rört den så kallade steg-för-steg-modellen för bedömning av arbetsförmåga som föregick rehabiliteringskedjan.² Riksrevisionen fann bland annat att Försäkringskassan inte regelmässigt hade bedömt individernas arbetsförmåga, att bedömningar hade gjorts sent i de fall de hade gjorts samt att möjligheten till rehabilitering sällan hade prövats. Eftersom steg-för-steg-modellen nu ersatts av en rehabiliteringskedja är det angeläget att granska om förändringarna fungerat som det var tänkt och om tidigare konstaterade brister kvarstår.

1.2 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att ta reda på om rehabiliteringskedjan, och de andra regeländringar inom sjukförsäkringen som infördes vid samma tidpunkt, har fungerat som avsett. Det handlar om hur väl regelverket har genomförts samt om det mål som riksdagen har satt upp har uppnåtts. Granskningen syftar även till att ta reda på orsaken till eventuella brister samt vem som i så fall är ansvarig för dessa.

¹ Försäkringskassans årsredovisning 2009.

² Tas sjukskrivnas arbetsförmåga till vara? – Försäkringskassans kontakter med arbetsgivare respektive Omställningskrav i sjukförsäkringen – Att pröva sjukas förmåga i annat arbete, Riksrevisionen 2007 respektive 2009.

Utifrån syftet formulerar vi följande revisionsfrågor:

- Har rehabiliteringskedjan – och övriga ändringar i sjukförsäkringen som infördes vid samma tidpunkt – genomförts på ett bra sätt?
- Har regeländringarna medfört en aktivare sjukskrivningsprocess med tidiga insatser?

Riksrevisionen har inte granskat regeländringarnas effekter på sjukfrånvaron, och Riksrevisionen kan därför inte uttala sig om ett eventuellt orsakssamband mellan regeländringarna och sjukfrånvarons utveckling. I kapitel 4 redovisas dock utvecklingen av olika mått på sjukfrånvaro, vilka ger en bild av situationen före och efter regeländringarna.

Vidare omfattar granskningen inte det sista steget i rehabiliteringskedjan, det arbetsmarknadspolitiska introduktionsprogrammet, som infördes den 1 januari 2010. Orsaken är att statistik kring detta inte fanns tillgänglig vid tiden för granskningen.

1.3 Bedömningsgrund

För att kunna besvara revisionsfrågorna har Riksrevisionen slagit fast följande bedömningsgrund som ska gälla för granskningen, det vill säga den grund mot vilken bedömningen görs:

- Riksdagen har uttalat att målet med rehabiliteringskedjan – och de övriga regeländringar som infördes vid samma tidpunkt – är en aktivare sjukskrivningsprocess med tidiga insatser. Riksrevisionen anser att en sådan process kännetecknas av att flera aktiviteter genomförs under sjukskrivningsperioden, men också av att dessa aktiviteter genomförs tidigt under perioden.
- De tidsgränser och övriga bestämmelser som började gälla den 1 juli 2008 i och med ändringar av lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) och de lagändringar som beslutades i december 2009.³
- Försäkringskassans uttolkning av lagändringarna.

Nedan beskrivs bedömningsgrunden närmare. En mer utvecklad beskrivning av bland annat tidsgränser och arbetsförmågebedömning finns i kapitel 2.

³ AFL kommer den 1 januari 2011 att upphävas och ersättas av socialförsäkringsbalken (2010:110). Den nya lagen ersätter ett trettiotal författningar inom socialförsäkringsområdet och syftet med den nya regleringen är att införa en sammanhållen och heltäckande socialförsäkringslag.

1.3.1 Syfte och mål med rehabiliteringskedjan och övriga förändringar

Riksdagen har uttalat att det är av största vikt att så många personer som möjligt kan försörja sig genom eget arbete och att det därför är mycket angeläget att minska antalet människor i utanförskap. I detta syfte vill riksdagen åstadkomma en aktivare sjukskrivningsprocess med tidiga insatser för att individernas arbetsförmåga i högre utsträckning ska tas till vara.⁴

Mot denna bakgrund har riksdagen ställt sig bakom regeringens förslag om införande av en rehabiliteringskedja, begränsning av tiden med sjukpenning och förändrade regler för sjukersättning. Motiven för regeringens förslag finns utvecklade i propositionen *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*.⁵ Utöver ovan nämnda mål anger regeringen i propositionen bland annat att sjukförsäkringen måste bli mer förutsägbar och ge bättre drivkrafter för återgång i arbete och att individen i detta sammanhang måste känna ett eget tydligt ansvar.

I propositionens avsnitt om utgångspunkter för förslaget anges indirekt att sjukfrånvaron ska minska, men det formuleras inte som ett mål för regeländringarna. Däremot bedömer regeringen i budgetpropositionen för 2009 att "de nya tidsgränserna inom sjukförsäkringen leder till att individen, men också de andra aktörerna i sjukskrivningsprocessen [...], agerar tidigare i sjukfallet. På sikt kan det förväntas leda till kortare sjukfall och minskad total sjukfrånvaro."

Målet för utgiftsområdet *Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp* är från och med 2009 att "frånvaron från arbetet på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå".⁶ Vad gäller begreppet frånvaro från arbetet på grund av sjukdom hänvisar regeringen till det ohälsotal som Försäkringskassan tar fram, vilket anger det genomsnittliga årliga antalet dagar per försäkrad med sjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjuk- eller aktivitetsersättning. Regeringen konstaterar i budgetpropositionen för 2010 att de senaste årens kraftigt sjunkande sjukfrånvaro innebär att förutsättningarna är goda att i framtiden nå målet för utgiftsområdet.⁷

⁴ Bet. 2007/08:SfU12, rskr. 2007/08:225.

⁵ Prop. 2007/08:136, bet. 2007/08:SfU12, rskr. 2007/08:225.

⁶ Prop. 2008/09:1, utg.omr. 10, bet. 2008/09:SfU1, rskr. 2008/09:138.

⁷ Prop. 2009/10:1, utg.omr. 10, bet. 2009/10:SfU1, rskr. 2009/10:125.

1.3.2 *Försäkringskassans vägledning*

Utifrån lagen (1962:381) om allmän försäkring har Försäkringskassan utarbetat vägledning och metodstöd för handläggning av sjukpenningärenden. Handläggningen av sjukpenningärenden finns beskriven i Vägledning 2004:2 *Sjukpenning och samordnad rehabilitering*.⁸ I likhet med Försäkringskassans övriga vägledningar innehåller den en uttolkning av regelverket samt en samlad information om vad som gäller inom försäkringsområdet med beskrivningar av författningsbestämmelser, förarbeten, allmänna råd, rättsliga ställningstaganden, praxis och relevanta beslut från Justitieombudsmannen.

Riksrevisionens bedömning är att Försäkringskassans vägledning och metodstöd på ett korrekt sätt speglar lagen och därför kan utgöra en del av bedömningsgrunden.

1.4 **Metod**

Granskningen har i första hand utgått från en kvalitativ metodansats. Intervjuer har gjorts med ett urval av handläggare inom Försäkringskassan i syfte att ta reda på hur sjukskrivningsprocessen fungerade vid införandet av regeländringarna respektive fungerar i dag. Vidare har Riksrevisionen inhämtat statistik från Försäkringskassan i syfte att få en bild av tillämpningen av regelverket samt utvecklingen av sjukfrånvaro. Därutöver har Riksrevisionen använt sig av andras empiri och sammanställning av information samt tagit del av lagstiftning, propositioner, betänkanden och Försäkringskassans vägledningar och metodstöd.

1.4.1 *Intervjuer*

Ett subjektivt urval av kontor och handläggare har gjorts utifrån ett antal kriterier i syfte att få en bredd i urvalet. Ett kriterium var att kontor från respektive region inom myndigheten, det vill säga nord, syd, öst och väst, skulle ingå i urvalet då det tidigare visat sig finnas en del regionala variationer i handläggningen. Ett annat var att nivån på ohälsotalet skulle skilja sig åt mellan länen. Kontor som låg i län med höga, låga respektive genomsnittliga ohälsotal valdes ut. De kontor som besöktes var de nationella försäkringscentren i Malmö och Sollentuna samt de lokala försäkringscentren i Gävle, Halmstad, Malmö, Sundbyberg och Östersund.

⁸ Sjukpenning och samordnad rehabilitering, version 12, Försäkringskassan 2009.

Handläggarna skulle vara erfarna sjukpenninghandläggare samt tillhöra olika handläggarkategorier, det vill säga försäkringsutredare tidig bedömning, personliga handläggare och specialister. Det är Försäkringskassan som valt ut de handläggare som intervjuats.

Flertalet intervjuer – 30 av 38 – har gjorts med personliga handläggare på lokala försäkringscenter. Övriga 8 intervjuer avser handläggare på nationella försäkringscenter.⁹ På varje kontor har en av de intervjuade varit så kallad specialist. Specialisterna har genom sin roll ett bredare perspektiv och kan ange uppfattningar som gäller flertalet handläggare på kontoret. I rapporten benämns fortsättningsvis handläggare vid lokala försäkringscenter, inklusive specialister, för personliga handläggare. Riksrevisionen bedömer att de intervjuade handläggarna på ett bra sätt representerar samtliga handläggare och därmed är sannolikt de iakttagelser som görs mer allmängiltiga.

Inom ramen för den förstudie som föregick granskningen har intervjuer gjorts med företrädare för Försäkringskassans respektive Arbetsförmedlingens huvudkontor, Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Svenskt Näringsliv, Sveriges Kommuner och Landsting och Sveriges Läkarförbund. Vissa uppföljande intervjuer har gjorts under granskningen.

1.4.2 Statistik

Den statistik som hämtats in från Försäkringskassan visar bland annat i vilken utsträckning handläggarna gjort de bedömningar som ska göras inom rehabiliteringskedjans tidsgränser. Statistik över olika aktiviteter i sjukskrivningsprocessen och tiden till dessa samt statistik över olika mått på sjukfrånvaro har också inhämtats.

När det gäller statistik över Försäkringskassans aktiviteter har vi valt att studera plan för återgång i arbete och avstämningsmöte.

⁹ Sjukpenninghandläggningen är uppdelad på nationella respektive lokala försäkringscenter. På de nationella försäkringscentren görs en första bedömning av ett sjukfall och utredning av exempelvis sjukpenninggrundande inkomst. Vid längre sjukfall överförs ärendet till ett lokalt försäkringscenter där den försäkrade får en personlig handläggare.

2 Utgångspunkter för granskningen – förändringar inom sjukförsäkringen

2.1 Rehabiliteringskedjan

Riksdagen beslutade på regeringens förslag att införa en så kallad rehabiliteringskedja med fasta tidpunkter för prövning av arbetsförmågan.¹⁰ Beslutet trädde i kraft vid halvårsskiftet 2008 med vissa övergångsbestämmelser.

De nya reglerna innebär att under de första 90 dagarna av en sjukskrivning ska Försäkringskassan endast bedöma om den försäkrade har förmåga att klara sitt vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder (se figur 1). Om individen inte har någon arbetsförmåga i förhållande till detta kan sjukpenning beviljas. Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 90 dagar ska Försäkringskassan även beakta om den försäkrade kan försörja sig efter en omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren.¹¹

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar ska – om inte särskilda skäl talar mot det – Försäkringskassan dessutom beakta om personen kan försörja sig själv genom förvärsarbete på den reguljära arbetsmarknaden i övrigt, eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt.¹² Om personen bedöms kunna det har hon eller han inte längre rätt till sjukpenning. En försäkrad kan undantas från prövningen mot den reguljära arbetsmarknaden om det finns särskilda skäl, det vill säga om den försäkrade med stor sannolikhet kan återgå i arbete hos arbetsgivaren före den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar.¹³ Försäkringskassan ska från och med den tidpunkt då den försäkrade haft nedsatt arbetsförmåga under 365 dagar alltid beakta om personen kan försörja sig själv genom förvärsarbete

¹⁰ Prop. 2007/08:136, bet. 2007/08:SfU12, rskr. 2007/08:225.

¹¹ 3 kap. 7 § AFL.

¹² Enligt författningskommentar i prop. 2007/08:136 avses med annat lämpligt arbete till exempel en lönebidragsanställning som finns tillgänglig för den försäkrade.

¹³ Prop. 2007/08:136, bet. 2007/08:SfU12, rskr. 2007/08:225.

på den reguljära arbetsmarknaden i övrigt, eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt.¹⁴

I december 2009 fattade riksdagen beslut om att delvis ändra reglerna vid bedömning av arbetsförmåga.¹⁵ Beslutet trädde i kraft den 1 januari 2010. Ändringarna innebär att den prövning mot den reguljära arbetsmarknaden som ska ske efter 180 dagar i sjukperioden ska kunna skjutas upp inte bara om det finns särskilda skäl utan även om det av andra skäl kan anses som oskäligt. Vidare beslutades att när den försäkrade haft sin arbetsförmåga nedsatt under 365 dagar ska prövningen mot den reguljära arbetsmarknaden ske om det inte kan anses oskäligt (se vidare avsnitt 3.3.2).

Utifrån lagens formulering ”från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga” under 90 respektive 180 dagar menar Försäkringskassan att beslut ska gälla från och med dag 91 respektive dag 181 i sjukfallet.¹⁶ I de fall Försäkringskassan saknar tillräckliga underlag för att kunna fatta beslut vid detta tillfälle ska beslut dröja till dess att kompletterande information har inkommit. Om en utredning drar ut på tiden på grund av omständigheter som varken den försäkrade själv eller Försäkringskassan kan påverka, måste Försäkringskassan invänta att denna utredning blir klar för att kunna fatta beslut i ärendet.¹⁷ Hur långt utredningsskyldigheten ska sträcka sig är inte reglerat i lag eller förordning. I Försäkringskassans vägledning för sjukpenning och samordnad rehabilitering finns dock riktlinjer för när myndigheten anses ha uppfyllt utredningsskyldigheten när det gäller underlag från läkare respektive arbetsgivare.¹⁸ Om Försäkringskassan uppfyllt utredningsskyldigheten, och ändå inte får in underlag, får myndigheten fatta beslut på det underlag som finns tillgängligt.

Rehabiliteringskedjan kan bara tillämpas fullt ut för individer som är anställda. För egenföretagare görs ingen prövning av omplaceringsmöjligheter vid dag 90, utan arbetsförmågan bedöms i förhållande till det vanliga arbetet under de första 180 dagarna. För arbetslösa personer gäller att deras arbetsförmåga prövas mot ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden från första sjukskrivningsdagen.

¹⁴ 3 kap. 7 § AFL.

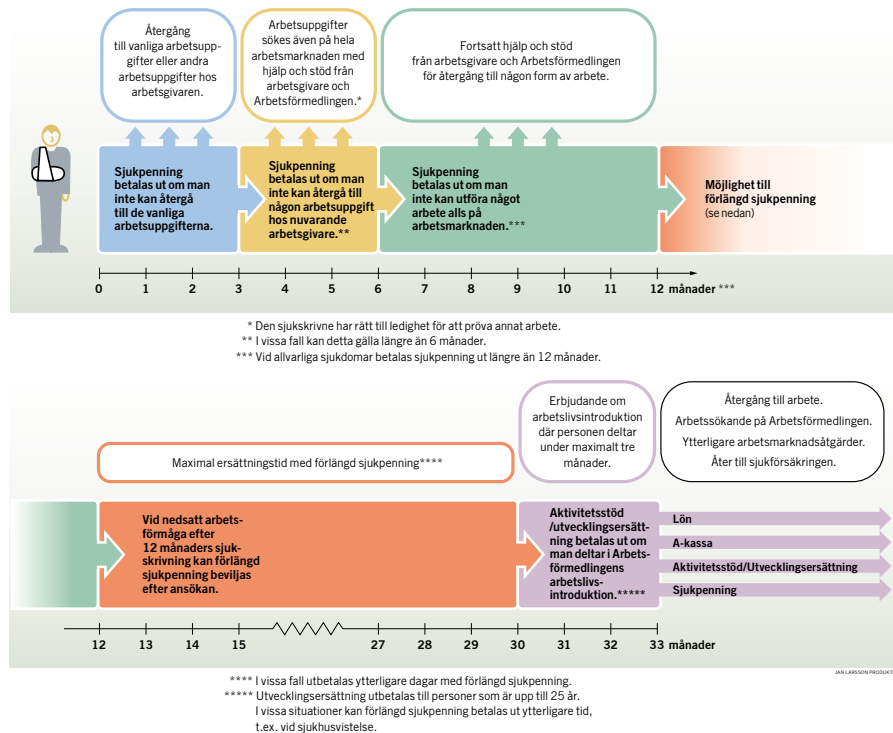
¹⁵ Bet. 2009/10:SfU13, rskr. 2009/10:139.

¹⁶ Sjukpenning och samordnad rehabilitering, version 12, Försäkringskassan 2009.

¹⁷ Försäkringskassan och förvaltningslagen, version 5, Försäkringskassan 2009.

¹⁸ Sjukpenning och samordnad rehabilitering, version 12, Försäkringskassan 2009.

Figur 1. Rehabiliteringskedjan



Källa: Socialdepartementet.

Fram till den 1 juli 2008 reglerades Försäkringskassans arbete med bedömning av arbetsförmåga i den så kallade steg-för-steg-modellen. Bedömningen av arbetsförmåga skulle ske stegvis, i upp till sju steg. I modellen prövades arbetsförmågan för en anställd först mot personens vanliga arbete, sedan mot annat arbete hos samma arbetsgivare och slutligen mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden. Om arbetsförmåga bedömdes saknas under minst ett år eller varaktigt skulle Försäkringskassan pröva om sjukpenning kunde bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning. De huvudsakliga stegen i modellen motsvarar de bedömningar som ska göras i rehabiliteringskedjan med den skillnaden att det i den senare finns bestämda tidsgränser.

2.2 En bortre tidsgräns för sjukpenning

2.2.1 Ettårsgränsen

Samtidigt med rehabiliteringskedjan infördes en bortre tidsgräns i sjukförsäkringen vad gäller sjukpenning. Det motiv som angavs var främst att sjukfallen hade blivit längre. Sverige var också innan förändringen ett av få länder som inte hade en bortre tidsgräns. Sjukpenning motsvarande 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten ska sedan halvårsskiftet 2008 i normalfallet kunna betalas ut i maximalt 364 dagar under en så kallad ramtid bestående av de 450 närmast föregående dagarna. Oavsett om den försäkrade är hel- eller deltidssjukskriven räknas varje dag med sjukpenning som en dag. Hänsyn tas inte heller till om det rör sig om en annan diagnos än tidigare.^{19, 20} Regeln om ramtiden har kommit till för att förhindra möjligheten att kringgå ettårsgränsen genom att tillfälligt meddela att man är frisk och sedan påbörja en ny period med sjukpenning.²¹

2.2.2 Fortsatt sjukpenning

Om en individs arbetsförmåga efter ett års sjukskrivning fortfarande är nedsatt kan individen, sedan den 1 juli 2008, ansöka om fortsatt sjukpenning. Denna betalas ut med cirka 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten och här saknas en bortre tidsgräns. Vid rehabiliteringskedjans införande kunde fortsatt sjukpenning endast beviljas om synnerliga skäl fanns, vilket förutsatte att individen hade en mycket allvarlig sjukdom och en tidsgräns sannolikt skulle sakna betydelse för att den försäkrade snabbare skulle kunna återgå i arbete.²² Med mycket allvarlig sjukdom avsågs exempelvis vissa tumörsjukdomar och neurologiska sjukdomar. I januari 2010 ändrades dock lagen så att det räcker att den försäkrade är arbetsoförmögen till följd av en allvarlig sjukdom för att fortsatt sjukpenning ska kunna beviljas. Riksdagen ansåg att den tidigare bestämmelsen hade fått en alltför restriktiv tolkning. Avsikten med förändringen var att det skulle bli lättare att beviljas fortsatt sjukpenning vid exempelvis vissa tumörsjukdomar.²³

¹⁹ 3 kap. 4 § och 10 a § AFL.

²⁰ Prop. 2007/08:136, bet. 2007/08:SfU12, rskr. 2007/08:225.

²¹ Prop. 2007/08:136, bet. 2007/08:SfU12, rskr. 2007/08:225.

²² Prop. 2007/08:136, bet. 2007/08:SfU12, rskr. 2007/08:225.

²³ Bet. 2009/10:SfU13, rskr. 2009/10:139.

2.2.3 Förlängd sjukpenning

En annan möjlighet om individen fortfarande har nedsatt arbetsförmåga efter ett års sjukskrivning är att ansöka om så kallad förlängd sjukpenning. Denna ersättning kan betalas ut i högst 550 dagar, vilket innebär att en individ maximalt kan få sjukpenning utbetalt under 914 dagar (364 + 550 dagar). Om den försäkrades arbetsförmåga beror på en arbetsskada finns ingen tidsbegränsning alls. Ersättningsnivån för förlängd sjukpenning är lägre än för vanlig sjukpenning och uppgår till cirka 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten.²⁴

2.2.4 Förlängd sjukpenning i vissa fall

Riksdagen beslutade i december 2009 om förändringar i lagen (1962:381) om allmän försäkring, med ikraftträdande i januari 2010.²⁵ Beslutet innebär bland annat att utöver de 914 dagar som kan betalas ut i form av sjukpenning och förlängd sjukpenning ska ytterligare sjukpenningdagar kunna beviljas i vissa fall. Det gäller när

- den försäkrade vårdas intagen på sjukhus eller på grund av sjukdom får omfattande vård utan att vara intagen på sjukhus
- den försäkrade på grund av sjukdom har fått en sådan avgörande förlust av verklighetsuppfattningen och förmågan att orientera sig att den försäkrade inte kan tillgodogöra sig information
- en återgång i arbete eller ett deltagande i ett arbetsmarknadspolitiskt program skulle medföra risk för allvarlig försämring av den försäkrades sjukdom.

För att få del av sådan ytterligare förlängd sjukpenning måste den försäkrade lämna en ansökan. Vid en avgörande förlust av verklighetsuppfattningen ska det dock vara tillräckligt att det kommer till Försäkringskassans kännedom att den försäkrade befinner sig i detta tillstånd.

²⁴ Vid beräkningen av sjukpenninggrundande inkomst multipliceras beloppet med faktorn 0,97, vilket gör att ersättningsnivån blir något lägre.

²⁵ Prop. 2009/10:45, bet. 2009/10:SfU10, rskr. 2009/10:124.

2.3 Ändrade regler för sjukersättning

Riksdagen har beslutat att sjukersättning endast ska beviljas om en individs arbetsförmåga anses *stadigvarande* nedsatt på grund av sjukdom samtidigt som rehabilitering inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga.²⁶ I likhet med rehabiliteringskedjan och ettårsgränsen trädde beslutet i kraft i juli 2008 med vissa övergångsbestämmelser. Att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt innebär, enligt en författningskommentar i regeringens proposition, att arbetsförmågan bedöms bestå för all överskådlig framtid.²⁷ Före den 1 juli 2008 var kravet för att beviljas sjukersättning enligt lagen att nedsättning av arbetsförmåga antogs bestå under minst ett år.

Vid bedömning av rätten till sjukersättning ska prövningen i dag göras i förhållande till förvärvsarbete på *hela arbetsmarknaden*. Det tidigare kravet på att arbetet ska vara *normalt förekommande på arbetsmarknaden* har därmed tagits bort. Skillnaden är att i begreppet hela arbetsmarknaden ingår även till exempel lönesubventionerade arbeten.

Regeringen framhåller att andra faktorer än nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom inte ska kunna påverka rätten till sjukersättning.²⁸ Den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter ska inte beaktas.

Som en följd av det skärpta kravet för rätten till sjukersättning upphör möjligheten att bevilja tidsbegränsad sjukersättning. Denna ersättningsform avskaffades därmed från och med den 1 juli 2008. Övergångsbestämmelser gör dock att individer med pågående ärenden kan få tidsbegränsad sjukersättning till och med december 2012.

Riksdagen har beslutat att från och med januari 2009 kan personer som beviljats varaktig sjukersättning med stöd av de regler som gällde före den 1 juli 2008 arbeta utan att rätten till ersättning ifrågasätts. Däremot minskas ersättningen när arbetsinkomsten stiger.

Från den 1 januari 2010 kan en person vars sjuk- eller aktivitetsersättning upphört få tillbaka sin tidigare sjukpenninggrundande inkomst.²⁹ Normalt kan dock sjukpenning endast betalas ut tidigast efter tre kalendermånader från det att sjuk- eller aktivitetsersättningen upphörde.

²⁶ 7 kap. 1 § AFL.

²⁷ Prop. 2007/08:136, bet. 2007/08:SfU12, rskr. 2007/08:225.

²⁸ Prop. 2007/08:136, bet. 2007/08:SfU12, rskr. 2007/08:225.

²⁹ Prop. 2009/10:45, bet. 2009/10:SfU10, rskr. 2009/10:124.

2.4 Arbetsmarknadspolitiskt introduktionsprogram

Regeringen beslutade i december 2009 att från och med den 1 januari 2010 införa ett nytt arbetsmarknadspolitiskt introduktionsprogram, så kallad arbetslivsintroduktion.³⁰ Målgruppen för introduktionsprogrammet är de personer vars dagar med sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning har tagit slut och som har skrivit in sig vid Arbetsförmedlingen på grund av att de antingen saknar arbete eller inte kan återgå till sitt tidigare arbete.³¹ Utgångspunkten för programmet är att personer som har varit sjukfrånvarande från arbetslivet i två och ett halvt år eller längre behöver ett intensifierat stöd från Arbetsförmedlingen för att kunna komma tillbaka till arbetslivet.

Avsikten är att deltagare i arbetslivsintroduktionen ska erbjudas en koncentrerad utredning och kartläggning av behov av stöd för övergång till arbete. Introduktionen ska som längst pågå under tre månader. Efter avslutad introduktion ska personen kunna ta del av Arbetsförmedlingens ordinarie insatser. Vilka aktiviteter som erbjuds inom arbetslivsintroduktionen, och omfattningen av dessa aktiviteter, ska utgå från individens behov och förutsättningar. Den som deltar i introduktionen har rätt till aktivitetsstöd.

Det arbetsmarknadspolitiska introduktionsprogrammet har inte närmare studerats inom ramen för granskningen då statistik kring detta inte funnits tillgänglig vid tiden för granskningen.

³⁰ Förordning (2009:1601) om ändring i förordningen (2000:634) om arbetsmarknadspolitiska program.

³¹ Prop. 2009/10:45, bet. 2009/10:SfU10, rskr. 2009/10:124.

3 Införande och tillämpning av regeländringar inom sjukförsäkringen

Riksrevisionen har granskat om rehabiliteringskedjan, och övriga ändringar i sjukförsäkringen som infördes i juli 2008, har införts och tillämpats på ett bra sätt. Utifrån de iakttagelser som gjorts i granskningen kan Riksrevisionen konstatera att det fanns ett antal brister vid införandet av regelverket som har fått negativa konsekvenser för tillämpningen. Vissa av bristerna kvarstår än i dag.

3.1 Kort tid mellan riksdagens beslut och införandet

Riksdagen fattade den 5 juni 2008 beslut om de lagändringar som krävdes för införandet av rehabiliteringskedjan, ettårsgränsen och ändrade regler i sjukersättningen.³² Ändringarna trädde i kraft den 1 juli 2008. Med tanke på den korta tiden mellan riksdagens beslut och ikraftträdandet var Försäkringskassan tvungen att påbörja förberedelserna före riksdagens beslut. Förberedelserna bestod bland annat av att informera alla sjukskrivna och andra aktörer om de nya reglerna samt att utbilda handläggarna och skapa nytt IT-stöd.

Försäkringskassan påpekade i sitt remissvar på de underliggande promemoriorna att för att myndigheten skulle kunna tillämpa regelverket den 1 juli 2008 behövde förberedelserna vara färdiga innan riksdagen fattade beslut om propositionen.³³ Försäkringskassan betonade att de nya reglerna var omfattande, påverkade hela administrationen av sjukförsäkringen och innehöll ett stort antal otydligheter som behövde preciseras. Socialdepartementet anser att man delvis tog hänsyn till Försäkringskassans synpunkter genom övergångsbestämmelser och vissa förtydliganden i regelverket.³⁴

³² Prop. 2007/08:136, bet. 2007/08:SfU12, rskr. 2007/08:225.

³³ Yttrande över promemoriorna "Införande av en rehabiliteringskedja" och "Ettårsgräns för sjukpenning och införande av förlängd sjukpenning", Försäkringskassan 2008.

³⁴ Uppgift vid intervju med företrädare för Socialdepartementet den 23 september 2009 och den 25 februari 2010.

Den korta tiden mellan beslut och införande, vilken dessutom inföll under semestertid och Försäkringskassans stora omorganisation, fick konsekvenser för Försäkringskassans tillämpning av regelverket.

För att hinna utbilda handläggarna i det nya regelverket fick Försäkringskassan genomföra utbildningen före riksdagens beslut. I beslutet frångick riksdagen regeringens proposition vad gäller övergångsreglerna för sjuk- och aktivitetsersättningen. Ändringen var inte av större betydelse i sak, men Försäkringskassan fick gå ut med ny information till handläggarna, vilket enligt våra intervjuer bidrog till den osäkerhet som fanns kring regelverket.³⁵

Hälften av handläggarna vid de lokala försäkringscentren som vi har intervjuat ansåg att de vid införandet av det nya regelverket hade otillräcklig kunskap för att tillämpa reglerna och att informera externa aktörer. Dessutom har flera handläggare nämnt att det var svårt att hinna informera de försäkrade och arbetsgivarna om det nya regelverket. Ett allmänt informationsmaterial till de försäkrade hann dock skickas ut.

En annan konsekvens av den korta tiden från beslutet till införandet av rehabiliteringskedjan blev att det under de första månaderna saknades ett tillräckligt IT-stöd för beräkning av ramtid. Enligt Försäkringskassans huvudkontor fanns en så kallad frågetransaktion för beräkningarna redan vid införandet av rehabiliteringskedjan. Denna utvecklades vidare under hösten 2008. En samstämmig bild från de intervjuade handläggarna var dock att det saknades IT-stöd under perioden.

Det tog ett par månader innan ett maskinellt stöd för uträkning av ramtid fanns på plats för huvuddelen av ärendena. Fram till dess skedde alla dessa beräkningar, som många gånger kan vara komplicerade, med hjälp av penna, papper och miniräknare. Hälften av de intervjuade handläggarna vid de nationella försäkringscentren tror att felaktiga beräkningar förekom under denna period. IT-stödet är än i dag otillräckligt enligt de intervjuade handläggarna och de flesta känner en osäkerhet i beräkningarna (se avsnitt 3.4).

I samband med remissbehandlingen av regeländringarna pekade Försäkringskassan också på att den korta tiden till införandet skulle försämra förutsättningarna för IT-utveckling och administrativ förberedelse.³⁶

³⁵ Riksdagen beslutade att även aktivitetsersättning, och inte bara sjukersättning, skulle kunna beviljas enligt äldre regler för ytterligare perioder om högst 18 månader i de fall en tidigare beviljad aktivitetsersättning upphör efter ikraftträdandet. Detsamma beslutades gälla sjuk- eller aktivitetsersättning som skulle upphöra vid utgången av juni 2008.

³⁶ Yttrande över promemoriorna "Införande av en rehabiliteringskedja" och "Ettårsgräns för sjukpenning och införande av förlängd sjukpenning", Försäkringskassan 2008.

3.2 Otydliga begrepp

I regeringens proposition inför rehabiliteringskedjans införande föreslogs nya begrepp och definitioner som skulle användas vid Försäkringskassans prövningar. I samband med remissbehandlingen av de underliggande promemoriorna påpekade flera remissinstanser att det fanns otydligheter i hur begreppen skulle förstås och användas.³⁷ Socialdepartementet gjorde en del förändringar i förslaget utifrån bland annat Försäkringskassans remissvar.³⁸ Beträffande till exempel kriterier vid fortsatt sjukpenning och begreppet särskilda skäl kvarstår dock de otydligheter som remissinstanserna påtalade då inga ändringar gjordes i propositionen. Synpunkter på otydligheter i det beslutade regelverket har också framkommit i granskningen. Vid en intervju med Läkarförbundet påpekades att det är oklart vad som ska anses vara särskilda respektive synnerliga skäl.^{39, 40}

Försäkringskassan har haft problem med att förarbetena är otydliga, vilket har försvårat uttolkningen av regelverket. Försäkringskassans allmänna råd för prövning av rätten till fortsatt sjukpenning fick till exempel arbetas om efter en mediedebatt. Debatten handlade om att Försäkringskassan, med stöd i det allmänna rådet, skickat ett informationsbrev till en försäkrad där det framgick att fortsatt sjukpenning endast kunde beviljas vid så svår sjukdom att det fanns ett påtagligt hot mot den sjukes liv inom de närmaste månaderna. Socialförsäkringsministern kritiserade formuleringen och ansåg att den inte hade stöd i regelverket.⁴¹

Två tredjedelar av de intervjuade handläggarna vid de lokala försäkringscentren anser att många begrepp fortfarande är otydliga och svåra att tolka, vilket kan leda till godtycklighet i tillämpningen. Dessutom anser handläggarna att flera begrepp är snarlika och därmed svåra att förklara för försäkrade, arbetsgivare, läkare och andra.

³⁷ Remissammanställning avseende promemorian "Införande av rehabiliteringskedja", Regeringskansliet (Socialdepartementet) 2008.

³⁸ Uppgift vid intervju med företrädare för Socialdepartementet den 25 februari 2010.

³⁹ För en beskrivning av begreppen, se avsnitt 2.1 respektive 2.2.

⁴⁰ Uppgift vid intervju med företrädare för Sveriges Läkarförbund den 25 juni 2009.

⁴¹ Inslag i SVT den 3, 4 och 9 juli 2008. Uppgift från www.svt.se den 11 februari 2010.

3.3 Ytterligare regeländringar och nya begrepp

3.3.1 *Ett sista steg i rehabiliteringskedjan införs sent*

Det sista steget i rehabiliteringskedjan, det vill säga det arbetsmarknadspolitiska introduktionsprogrammet, presenterades inte vid rehabiliteringskedjans införande.⁴² Enligt de handläggare vi har intervjuat var uppfattningen bland såväl handläggare som försäkrade att ersättningen från sjukförsäkringen efter maximalt 2,5 år helt skulle upphöra. Det var först i september 2009 som det sista steget i rehabiliteringskedjan presenterades.⁴³

I oktober 2009 lämnade regeringen en proposition med förslag om bland annat ytterligare förlängd sjukpenning i vissa fall, vilken tillstyrktes av riksdagen i december 2009.⁴⁴ I ett bakgrundsavsnitt i samma proposition utvecklar regeringen förslaget om det arbetsmarknadspolitiska introduktionsprogrammet, vilket dock inte var ett formellt förslag för riksdagen att ta ställning till. Först i slutet av december 2009 beslutade regeringen att programmet skulle införas från januari 2010 för de personer vars rätt till dagar med sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning tagit slut.⁴⁵

3.3.2 *Sent besked om tillkommande regeländringar och nya begrepp*

Den 14 december 2009 beslutade riksdagen, utifrån ett utskottsinitiativ, att införa kompletterande bestämmelser i lagen (1962:381) om allmän försäkring. Lagändringarna infördes med kort varsel. De nya reglerna började gälla den 15 januari 2010, men skulle tillämpas från och med den 1 januari 2010.⁴⁶ Begreppen "oskäligt" och "allvarlig sjukdom" introducerades. Den prövning mot den reguljära arbetsmarknaden som enligt lagen ska ske efter 180 dagar i sjukperioden beslutades kunna skjutas upp inte bara om det finns särskilda skäl (enligt tidigare regler) utan även om det i annat fall kan anses som oskäligt. Vidare beslutades att när den försäkrade fått sjukpenning i 365 dagar ska prövningen ske mot den reguljära arbetsmarknaden om det inte kan anses oskäligt.

Den enda vägledningen till hur begreppen ska uttolkas finns i Socialförsäkringsutskottets betänkande. Där framhåller utskottet vad gäller

⁴² Programmet benämns numera arbetslivsintroduktion.

⁴³ Fler vägar till arbete för långtidssjukskrivna, pressmeddelande, Socialdepartementet och Arbetsmarknadsdepartementet 2009.

⁴⁴ Prop. 2009/10:45, bet. 2009/10:SfU10, rskr. 2009/10:124.

⁴⁵ Förordning (2009:1601) om ändring i förordningen (2000:634) om arbetsmarknadspolitiska program.

⁴⁶ Bet. 2009/10:SfU13, rskr. 2009/10:139.

begreppet oskäligt att den restriktivitet som ligger i det nuvarande begreppet särskilda skäl inte är avsedd att förändras. Utskottet anger några exempel där prövning mot den reguljära arbetsmarknaden kan anses oskälig, men utskottet konstaterar samtidigt att exemplen inte är uttömmande.

Vid samma tidpunkt beslutade riksdagen också att utöka möjligheten för en försäkrad att få fortsatt sjukpenning längre än 364 dagar. Tidigare kunde fortsatt sjukpenning beviljas om det fanns synnerliga skäl, vilket enligt förarbetena gällde personer som var arbetsoförmögna på grund av mycket allvarliga sjukdomar. Utskottet ansåg att bestämmelsen om synnerliga skäl visat sig ha fått en alltför restriktiv utformning. Riksdagen beslutade att fortsatt sjukpenning skulle kunna beviljas en person som är arbetsoförmögen till följd av en allvarlig sjukdom.

Inför utskottets beslut i frågan fick Försäkringskassan yttra sig om förslagen. Försäkringskassan pekade bland annat på att de regler som föreslogs var för otydligt beskrivna för att myndigheten skulle kunna säkerställa en enhetlig tillämpning, särskilt med det snabba ikraftträdande som föreslogs.⁴⁷ När det gäller begreppet oskäligt framhöll Försäkringskassan bland annat att det inte tydligt framgick om oskäligheten ska vara kopplad till sjukdomen eller om även andra omständigheter kunde medföra att en bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden skulle vara oskälig. Försäkringskassan menade också att begreppet allvarlig sjukdom behövde beskrivas tydligare.

I Socialstyrelsens regleringsbrev för 2010 gavs myndigheten i uppdrag att bistå Försäkringskassan med att närmare beskriva vad som kan rymmas inom begreppet allvarlig sjukdom. Uppdraget innebär, enligt uppgift från Socialdepartementet, att Socialstyrelsen kontinuerligt ska bistå Försäkringskassan vid förfrågningar om vad som ingår i begreppet.⁴⁸

Flera av de intervjuade handläggarna anser att det är problematiskt att regeländringar införs med kort varsel. För de regeländringar som gjordes utifrån utskottsinitiativet fanns en komplett uppdaterad vägledning tillgänglig för handläggarna först i slutet av mars 2010, även om ett första internmeddelande gick ut till handläggarna i mitten av januari 2010.^{49, 50} Handläggarna bedömer att regeländringar som införs med kort varsel skapar risk för fel och en icke enhetlig behandling av de försäkrade. Det är en vanlig uppfattning bland handläggarna att det vid regeländringar blir en inkörningsperiod där sådana risker uppkommer. Att bedömningsgrunderna, mot vilka arbetsförmågan ska prövas, ändras gör dessutom att förutsägbarheten i sjukförsäkringen blir bristfällig för de försäkrade.

⁴⁷ Försäkringskassans synpunkter finns återgivna i en reservation i betänkandet.

⁴⁸ Uppgift vid intervju med företrädare för Socialdepartementet den 25 februari 2010.

⁴⁹ Sjukpenning och samordnad rehabilitering, version 14, Försäkringskassan 2010.

⁵⁰ Informationsmeddelande IM 2010:003, Försäkringskassan 2010.

3.4 Ett utvecklat IT-stöd saknas för vissa beräkningar

När rehabiliteringskedjan infördes fanns på Försäkringskassan ett otillräckligt IT-stöd för att göra de beräkningar som krävdes. När det gäller att beräkna ramtiden arbetade Försäkringskassan under hösten 2008 fram en funktion i IT-systemet, vilken gör att beräknad dag 364 i sjukfallet räknas ut maskinellt och kan förtryckas på sjukförsäkran. Det är inte möjligt att i alla sjukfall beräkna dag 364 maskinellt. Enligt statistik från Försäkringskassan gjordes en maskinell beräkning i cirka 86 procent av alla sjukfall i början av 2010.⁵¹

För de sjukfall som inte går att beräkna maskinellt saknas ett tillräckligt IT-stöd för handläggarna. På de två besökta nationella försäkringscentren, och enligt uppgift även på övriga sådana center som handlägger sjukpenning, har lokala filer i kalkylprogram skapats som stöd för att beräkna ramtiden när en maskinell uträkning saknas. Dessa lokala så kallade räknescrutor är dock inte kvalitetssäkrade, och det finns flera olika. Med ett undantag efterlyser samtliga intervjuade handläggare vid de nationella försäkringscentren bättre IT-stöd.

I faktagranskningen av denna rapport har Försäkringskassans huvudkontor påpekat att det finns ett undantag från en fullständig beräkning av dag 364, vilket underlättar för handläggarna. Det gäller försäkrade som redan är arbetsföra när han eller hon kommer in med försäkran för sjukpenning.

Försäkringskassans huvudkontor har skapat en frågetransaktion i det befintliga IT-systemet för att hjälpa handläggaren att få en bättre överblick över de uppgifter som är relevanta för att kunna fastställa dag 364. Frågetransaktionen tar utifrån ett angivet datum fram tidigare sjukfall som finns registrerade under de senaste 450 dagarna. I den mån de intervjuade handläggarna känner till frågetransaktionen anser de att stödet är krångligt och att det ändå kräver att handläggaren gör en manuell beräkning.

Handläggarna vid de lokala försäkringscentren ska normalt inte behöva beräkna ramtid, men det förekommer att sådana beräkningar ändå måste göras. Vid intervjuerna har det framförts att det ibland finns uppenbara fel i de beräkningar som gjorts av de nationella försäkringscentren, vilket gör att nya beräkningar behöver göras. Handläggare vid de lokala försäkringscentren menar att ett lämpligt IT-stöd saknas och att de därför tvingas beräkna ramtiden manuellt.

⁵¹ Andel maskinella beräkningar 2009-12-20 – 2010-02-15. Uppgift i excelfil från Försäkringskassan den 19 februari 2010.

Av de handläggare som har intervjuats, såväl vid de nationella som vid de lokala försäkringscentren, bedömer det stora flertalet att det finns risk för fel i beräkningarna av ramtid som en följd av det bristfälliga IT-stödet. Flera handläggare har påpekat att det finns risk att försäkrade inte behandlas enhetligt.

Det finns IT-stöd för att beräkna vilken dag i rehabiliteringskedjan en person befinner sig på, men det krävs en manuell hantering om den försäkrade har haft tidigare sjukfall. Handläggarna måste då ange vilken dag i rehabiliteringskedjan som det aktuella sjukfallet börjar. Har det till exempel funnits ett tidigare sjukfall som avslutades på dag 91 så måste handläggaren ange vilken dag som blir dag 92. Enligt de intervjuade handläggarna är det först när det finns flera sjukfall under perioden som beräkningen kan bli krånglig.

Försäkringskassan saknar systematiska kontroller av såväl beräkningen av ramtiden som beräkningen av dag i rehabiliteringskedjan. Någon sådan kontroll görs inte heller vid Försäkringskassans kvalitetskontroller med hjälp av verktyget Qben. Myndigheten har därmed ingen kännedom om i vilken utsträckning felberäkningar av ramtid respektive dag i rehabiliteringskedja görs. Felberäkning av ramtid kan också medföra felaktig utbetalning.

Försäkringskassan menar att en gemensam lösning i det centrala IT-systemet skulle kräva en stor och kostnadskrävande ombyggnad av systemet. Från huvudkontorets sida är man inte beredd att utveckla en tillfällig, gemensam lösning i kalkylprogram i avvaktan på ett förändrat IT-system. Anledningen är att man anser att det finns risk för fel när uppgifter flyttas manuellt mellan olika system. Under granskningens gång har Försäkringskassan påbörjat ett arbete med att utreda vilken typ av verktyg som ska utvecklas i det centrala IT-systemet.

3.5 Sammanfattande iakttagelser

Riksrevisionen har gjort följande väsentliga iakttagelser:

- Det var kort tid mellan riksdagens beslut och införandet av rehabiliteringskedjan och de övriga regeländringarna. En konsekvens av den korta tiden blev att utbildning av Försäkringskassans handläggare fick genomföras före riksdagens beslut. IT-stödet var otillräckligt för de beräkningar som blev nödvändiga till följd av regeländringarna.
- Regeländringarna innehöll otydliga begrepp. Två tredjedelar av de intervjuade handläggarna vid de lokala försäkringscentren anser att flera begrepp är otydliga och svåra att tolka.
- I december 2009 fattade riksdagen beslut om ytterligare ändringar i regelverket. Även denna gång infördes begrepp som kunde tolkas på olika sätt, och det var nu ännu kortare tid till ikraftträdandet. Enligt flera handläggares bedömning skapar regeländringar som införs med alltför kort varsel risk för fel och risk för en bristande enhetlighet i handläggningen.
- Försäkringskassan saknar ett utvecklat IT-stöd för vissa beräkningar som blev nödvändiga till följd av rehabiliteringskedjan och ettårsgränsen, vilket ökar risken för fel.

4 Aktiviteten i sjukskrivningsprocessen

Riksrevisionen har granskat om regeländringarna i sjukförsäkringen innebär en aktivare sjukskrivningsprocess med tidiga insatser. Riksrevisionen bedömer att sjukskrivningsprocessen har blivit aktivare sedan det nya regelverket infördes i juli 2008, men konstaterar samtidigt att Försäkringskassan inte fullt ut håller tidsgränserna i rehabiliteringskedjan.

4.1 Försäkringskassan håller inte tidsgränserna till fullo

Uppföljningar av tillämpningen av rehabiliteringskedjan som Försäkringskassan gjorde under våren 2009 visade att bedömningarna inte hade gjorts inom de uppsatta tidsgränserna. Den uppföljning som avsåg ärenden som startade i september 2008 och blev minst 90 dagar visade att Försäkringskassan i 18 procent av ärendena hade utrett om det fanns möjligheter till annat arbete hos arbetsgivaren.⁵² Den uppföljning som avsåg ett urval av de första ärenden som blev minst 180 dagar och som därmed skulle bedömas mot den reguljära arbetsmarknaden från och med den 1 januari 2009, visade att Försäkringskassan gjort bedömningen, eller bedömt att särskilda skäl ska tillämpas, i 45 procent av ärendena.⁵³

Senare statistik från Försäkringskassan visar också att myndigheten inte gör bedömningarna inom de uppsatta tidsgränserna, även om en positiv utveckling kan utläsas. Försäkringskassan hade under februari 2010 bedömt arbetsförmågan mot annat arbete hos arbetsgivaren i 64 procent av de ärenden som passerat 90 dagar (se figur 2).⁵⁴ Bedömningen mot det vanliga arbetet hade gjorts i 96 procent av ärendena.⁵⁵ Att den senare siffran inte uppgår till 100 procent kan bero på felaktigheter i den manuella inrapporteringen. Att en sådan bedömning inte skulle ha gjorts efter så lång tid (90 dagar) förefaller mindre troligt eftersom bedömningen behövs för att kunna bevilja sjukpenning.

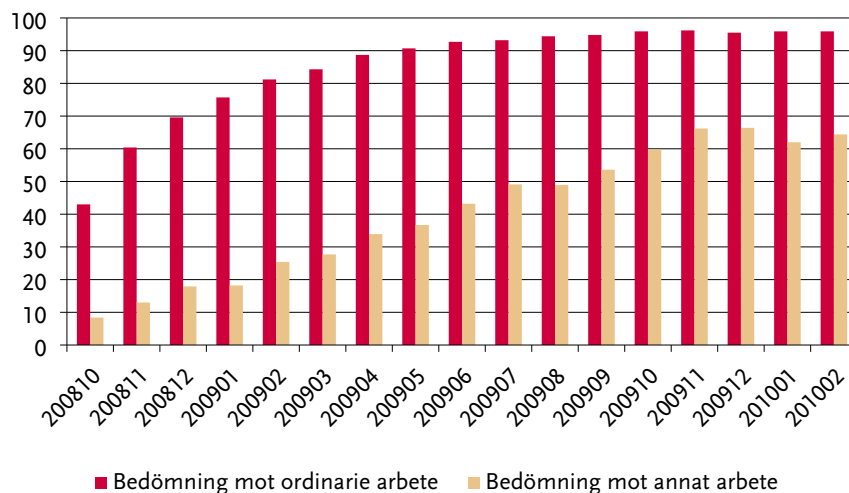
⁵² Uppföljning av rehabiliteringskedjan och plan för återgång i arbete, Försäkringskassan 2009.

⁵³ Rehabiliteringskedjan – bedömningen från dag 181, Försäkringskassan 2009.

⁵⁴ Den minskning som kan urskiljas mellan november och december beror sannolikt på att alla ärenden inte hunnit inregistreras vid tidpunkten för inhämtande av statistik och därmed endast är preliminär.

⁵⁵ Arbetslösa är inte inkluderade i statistiken.

Figur 2. Andel ärenden som passerat 90 dagar där Försäkringskassan prövat arbetsförmågan mot ordinarie arbete respektive annat arbete hos arbetsgivaren

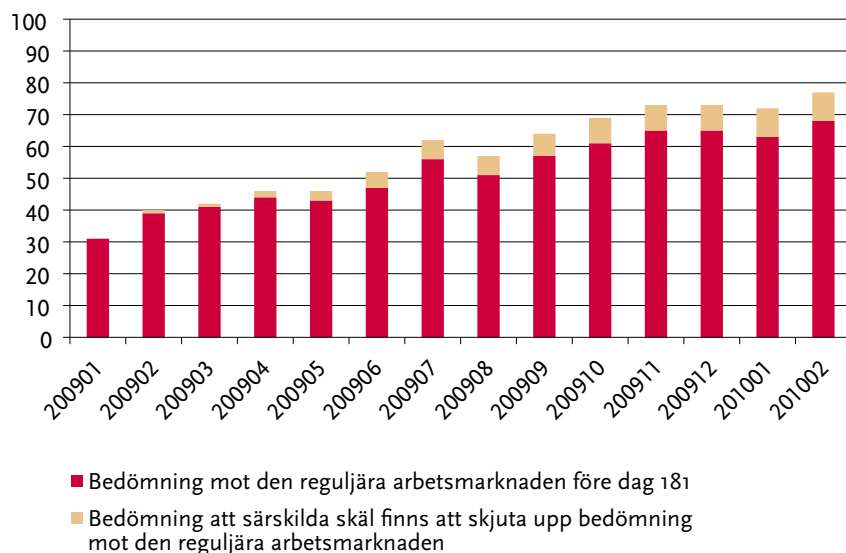


Källa: Försäkringskassans statistiksystem DoA, egen bearbetning.

Enligt regelverket kan Försäkringskassan skjuta upp bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden vid dag 181 om det finns särskilda skäl. Det gäller då den försäkrade med stor sannolikhet kan återgå i arbete hos arbetsgivaren före dag 365 i sjukfallet. För de sjukfall som passerat 180 dagar hade Försäkringskassan i februari 2010 bedömt arbetsförmågan mot den reguljära arbetsmarknaden i 68 procent av ärendena. I ytterligare 9 procent av ärendena hade Försäkringskassan bedömt att särskilda skäl fanns att skjuta upp prövningen av arbetsförmågan mot den reguljära arbetsmarknaden. Totalt hade Försäkringskassan därmed tagit ställning i 77 procent av ärendena.⁵⁶

⁵⁶ Arbetslösa är inte inkluderade i statistiken.

Figur 3. Andel ärenden som passerat 180 dagar där Försäkringskassan prövat arbetsförmågan mot den reguljära arbetsmarknaden



Källa: Försäkringskassans statistiksystem DoA, egen bearbetning.

En del av de handläggare som intervjuats anser det svårt att hinna fatta beslut inom rehabiliteringskedjans tidsgränser. Det gäller i synnerhet bedömningen vid dag 90 där en tredjedel av de personliga handläggarna vid de lokala försäkringscentren anser att det är svårt att hinna göra bedömningen i tid. Det beror enligt handläggarna oftast på att ärenden inkommer sent från de nationella försäkringscentren. Under 2009 gick det i genomsnitt 51 dagar från individens insjuknande till att en personlig handläggare fick ärendet.⁵⁷ Många gånger tar det också betydligt längre tid än så. Att ärenden försenas kan bero på sent inkomna eller otillräckliga underlag från den försäkrade, arbetsgivaren eller från läkaren. Försäkringskassan är beroende av att underlag kommer in i tid från andra aktörer. Exempelvis gick det under 2009 i genomsnitt 39 dagar från att individen blev sjuk till dess att sjukförsäkringen, det vill säga individens begäran om sjukpenning, kommit in till Försäkringskassan.⁵⁸ Detta överensstämmer med resultaten från en tidigare studie av Försäkringskassan.⁵⁹

⁵⁷ Antal dagar från insjuknande till flytt till LFC. Uppgift i excelfil från Försäkringskassan den 28 januari 2010.

⁵⁸ Antal dagar från insjuknande till begäran om sjukpenning. Uppgift i excelfil från Försäkringskassan den 28 januari 2010.

⁵⁹ Tidig bedömning – en analys av faktorer som påverkar tidpunkten för överlämnande av ärenden till LFC, Försäkringskassan 2010.

Även om Försäkringskassan inte till fullo håller tidsgränserna kan Riksrevisionen konstatera att myndigheten i ökande utsträckning bedömer arbetsförmågan i tid mot det ordinarie arbetet, annat arbete hos arbetsgivaren respektive mot arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Exempelvis hade bedömning mot annat arbete hos arbetsgivaren endast gjorts i 18 procent av de ärenden som i januari 2009 passerat 90 dagar, medan samma bedömning gjorts i 64 procent av de ärenden som passerat 90 dagar i februari 2010 (se figur 2). Bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden, eller bedömning att av särskilda skäl skjuta upp prövningen, har för ärenden som passerat 180 dagar ökat från 31 procent i januari 2009⁶⁰ till 77 procent i februari 2010 (se figur 3).

En vanlig rutin bland de intervjuade personliga handläggarna är att de vid den första kontakten med den försäkrade går igenom de tidsgränser som gäller. Flera handläggare bedömer att tidsgränserna gör det enklare för individen att få en överblick över processen, även om inte alla individer kan ta till sig informationen.

Det är inte möjligt att ta fram jämförbar statistik över handläggningstider i den tidigare stegmodellen respektive i rehabiliteringskedjan. Som en jämförelse kan dock nämnas att Riksrevisionen i en tidigare granskning av stegmodellen fann att det för anställda och egenföretagare som varit sjukskrivna i minst 90 dagar tog i genomsnitt 1,5 år innan bedömning av arbetsförmåga gjordes mot hela arbetsmarknaden. För arbetslösa var motsvarande tid sex månader.⁶¹ Tidsperioderna avser de sjukfall där bedömningen över huvud taget gjordes.

4.2 Försäkringskassan är mer aktiv i sjukfallen

Vid våra intervjuer har det framkommit att de personliga handläggarna bedömer att sjukskrivningsprocessen som helhet har blivit mer aktiv med tidiga insatser.

Riksrevisionen anser att en aktiv sjukskrivningsprocess med tidiga insatser kännetecknas av att flera aktiviteter genomförs under sjukskrivningsperioden, men också av att dessa aktiviteter genomförs tidigt under perioden. Det gäller såväl Försäkringskassans aktiviteter som de

⁶⁰ En tänkbar förklaring till att andelen ärenden där bedömning gjorts mot reguljär arbetsmarknad är lägre än motsvarande uppgift i Försäkringskassans uppföljningsrapport från 2009 kan vara att den senare rapporten bygger på en granskning av sjukfallsakter, medan uppgifterna i denna rapport baserar sig på inregistrerad statistik.

⁶¹ Omställningskrav i sjukförsäkringen – Att pröva sjukas förmåga i annat arbete, Riksrevisionen 2009.

aktiviteter som genomförs av andra aktörer, till exempel arbetsgivare och läkare. Majoriteten av de intervjuade personliga handläggarna bedömer att andra aktörer har blivit mer aktiva, men en vanlig uppfattning bland dessa handläggare är dock att det är Försäkringskassan som driver de andra aktörerna att bli mer aktiva och få till stånd olika typer av åtgärder för de försäkrade.

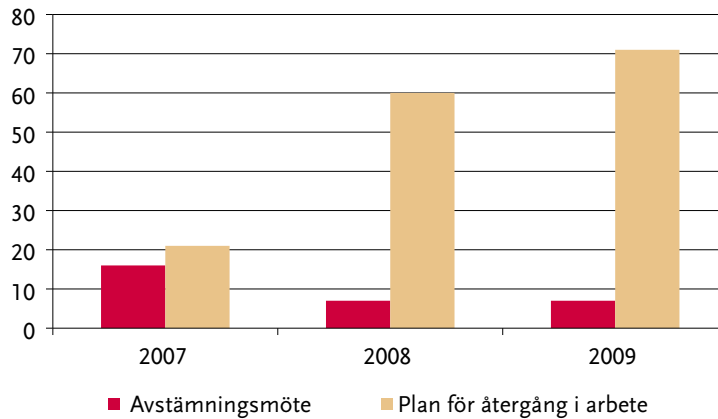
Utifrån intervjuerna finns ingen samlad bild över om de försäkrade har blivit mer aktiva, men flera handläggare menar att individerna i många fall är drivande i sjukfallet som en följd av tidsgränserna i regelverket. Det kan till exempel handla om att individen ser till att det fortlöpande sker aktiviteter i ärendet och söker vård i annat landsting om väntetiden i det egna landstinget är lång. Samverkan med hälso- och sjukvården, arbetsgivare och Arbetsförmedlingen finns närmare beskrivet i avsnitt 4.3–4.5.

När det gäller Försäkringskassans aktiviteter handlar det till stor del om löpande kontakter med försäkrade, arbetsgivare, hälso- och sjukvård med flera. Denna typ av aktiviteter registreras inte och statistik saknas därför. För att bedöma aktiviteten i sjukfallen fokuserar granskningen därför på de intervjuade handläggarnas bedömning. Därutöver har vi valt att studera två av de insatser som Försäkringskassan kan genomföra i ett sjukfall: plan för återgång i arbete och avstämningsmöte.

Granskningen visar att plan för återgång i arbete upprättas förhållandevis ofta och att andelen ärenden där sådan plan upprättats har ökat kraftigt sedan 2007 (se figur 4). Av de sjukfall som i december 2009 pågått i minst 90 dagar hade en plan för återgång i arbete upprättats i 71 procent av fallen, vilket kan jämföras med 21 procent i december 2007.

Samtidigt som plan för återgång i arbete upprättas relativt ofta framkommer att det är en mycket låg andel ärenden där avstämningsmöten genomförts. Andelen ärenden där avstämningsmöten hållits inom 90 dagar har dessutom minskat över tid. I december 2007 hade sådana möten hållits i 16 procent av ärendena, medan andelen minskat till 7 procent i december 2009 (se figur 4). Riksrevisionen noterar att det är oväntat få möten som genomförs mot bakgrund av att många av de intervjuade handläggarna menar att det är vanligt att avstämningsmöten hålls.

Figur 4. Andel ärenden med avstämningsmöte respektive plan för återgång i arbete inom 90 dagar



Källa: Försäkringskassans statistiksystem DoA, egen bearbetning.

Enligt uppgift från Försäkringskassan kan en förklaring till den motsatta utvecklingen av avstämningsmöten respektive plan för återgång i arbete vara interna prioriteringar inom myndigheten.⁶² Beträffande avstämningsmöten fanns det för åren 2006–2007 ett internt mål om antalet möten som skulle hållas under ett år. Målet var satt till 90 000 per år, varav hälften skulle hållas inom 90 dagar.⁶³ År 2008 formulerades inte något mål för avstämningsmöten, i stället infördes ett mål för plan för återgång i arbete. Målet är att en sådan plan ska upprättas i alla aktiva ärenden där sjukskrivningen pågått mer än 60 dagar.^{64, 65}

Vidare visar materialet att avstämningsmöten och plan för återgång i arbete sker allt tidigare i sjukskrivningsprocessen, även om de hålls respektive upprättas tämligen sent. Under 2009 hölls avstämningsmöte i genomsnitt dag 169 i sjukfallet, att jämföras med dag 267 under 2006. Plan för återgång i arbete upprättades i genomsnitt dag 71 i sjukfallet under 2009, jämfört med dag 211 under 2006.

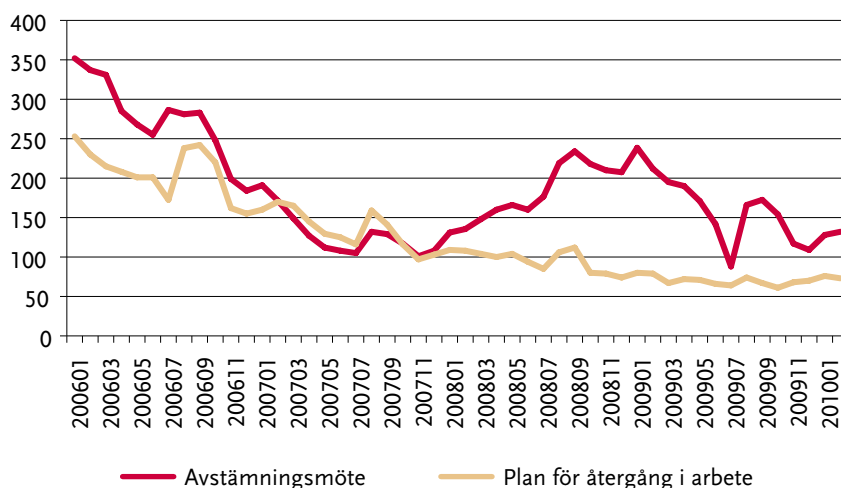
⁶² Uppgift vid telefonsamtal med företrädare för Försäkringskassan den 15 februari 2010.

⁶³ Detaljerad beskrivning av mått 2006, Produktionsdivisionen, Försäkringskassan 2006, samt Styrkort för Produktionsdivisionen, verksamhetsåret 2007, Försäkringskassan 2007.

⁶⁴ Sjukpenning och samordnad rehabilitering, version 12, Försäkringskassan 2009.

⁶⁵ Ett aktivt ärende är ett ärende där det inte bedöms sannolikt att den försäkrade kommer att återgå till tidigare sysselsättning efter normal läknings- och behandlingstid utan insatser från Försäkringskassan.

Figur 5. Tid till avstämningsmöte respektive plan för återgång i arbete (median)



Källa: Försäkringskassans statistiksystem DoA respektive Mälker, egen bearbetning.

Riksrevisionen noterar att tiden till avstämningsmöte fluktuerar relativt kraftigt över tid, jämfört med tiden till upprättande av plan för återgång i arbete.

4.3 Samspelet med hälso- och sjukvården fungerar inte fullt ut

En viktig förutsättning för att rehabiliteringskedjan ska fungera är att hälso- och sjukvården fungerar väl. Vid intervjuerna med handläggarna har det framkommit en mycket varierad bild av hur samarbetet med hälso- och sjukvården fungerar. Ungefär en tredjedel av de intervjuade personliga handläggarna tycker att samarbetet fungerar bra, en tredjedel tycker att det fungerar dåligt medan det i den sista tredjedelen var många som var osäkra. I den sistnämnda gruppen var det många handläggare som hade svårt att sammanfatta samarbetet med vården, vissa delar fungerade bra medan andra fungerade dåligt.

När det gäller medicinska åtgärder bedömer två tredjedelar av de intervjuade personliga handläggarna att de försäkrade inte får medicinska åtgärder i sådan tid att rehabiliteringskedjans tidsgränser kan upprätthållas. Långa väntetider i vården, till exempel till psykiatri och ortopedi, innebär många gånger att individen går sjukskriven i avvaktan på medicinsk rehabilitering. Flera av de intervjuade handläggarna uppmuntrar personer som väntar på vård att utnyttja vårdgarantin, vilket har lett till att vissa individer skaffat vård i ett annat landsting.

Enligt uppgift från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har det inte varit ovanligt att väntetider för personer med diagnoser inom ortopedi och psykiatri uppgått till mer än ett halvår. SKL framhåller dock att väntetiderna i vården nu minskar.⁶⁶

Handläggarnas uppfattning om hur väl samarbetet med läkare fungerar varierar, men de pekar på ett par områden där samarbetet kan utvecklas. En uppfattning som ofta har framförts vid våra intervjuer är att tillgängligheten till behandlande läkare brister, det kan till exempel vara svårt att få kontakt med läkare, och det förekommer att handläggare måste använda och stå i samma telefonkö som allmänheten. Läkarförbundet pekar på liknande tillgänglighetsproblem men i motsatt riktning. Förbundet framhåller att läkarna har svårt att få kontakt med handläggarna då det till exempel inte alltid finns kontaktuppgifter.⁶⁷

Vidare kan det vara svårt att få till stånd avstämningsmöten där läkaren deltar. Flera handläggare påpekar också att en hög omsättning av läkare riskerar att ge dålig kontinuitet i sjukfallen och därmed påverka rehabiliteringskedjan negativt.

Vidare framförs att kvaliteten på läkarintygen många gånger är bristfällig. Detta överensstämmer med vad Riksrevisionen har funnit i en tidigare granskning.⁶⁸ I en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting konstateras också att rehabiliteringskedjan ställer höga krav på kvalificerade medicinska beslutsunderlag i sjukpenningärenden, och man pekar på att kvaliteten i många medicinska underlag brister.⁶⁹ Vidare betonas vikten av att det inom hälso- och sjukvården utarbetas arbetsmetoder för att ta fram korrekta medicinska beslutsunderlag i tid.

Sammantaget bedömer Riksrevisionen att genomförandet av rehabiliteringskedjan påverkas av hur hälso- och sjukvården fungerar i respektive landsting.

Enligt de intervjuade handläggare som samarbetar med företagshälsovårdsenheter är erfarenheterna övervägande positiva och uppfattningen är att företagshälsovården är väl medveten om reglerna i sjukförsäkringen och att den är snabb på att vidta åtgärder i sjukfallen. Handläggarna bedömer dock inte vad gäller företagshälsovården att det är någon skillnad mot situationen innan rehabiliteringskedjans införande.

⁶⁶ Uppgift vid telefonsamtal med företrädare för SKL den 26 februari 2010.

⁶⁷ Uppgift vid intervju med företrädare för Sveriges läkarförbund den 25 juni 2009.

⁶⁸ Beslut om sjukpenning – Har Försäkringskassan tillräckliga underlag? Riksrevisionen 2009.

⁶⁹ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010–2011.

4.4 Arbetsgivarna är medvetna om regelverket men hittar få arbetsmöjligheter

För att rehabiliteringskedjan och dess tidsgränser ska fungera är det viktigt att arbetsgivarna är medvetna om regelverket och snabbt kan vidta eventuella åtgärder för att den anställde så snart som möjligt ska kunna återgå i arbete. Två tredjedelar av de intervjuade personliga handläggarna bedömer att arbetsgivarna är medvetna om rehabiliteringskedjan och de uppsatta tidsgränserna. Uppfattningen är dock att medvetenheten varierar mellan olika arbetsgivare och att det också kan skilja sig inom en och samma organisation.

Ungefär hälften av de intervjuade handläggarna ansåg att arbetsgivarna hade blivit snabbare efter rehabiliteringskedjans införande, medan en fjärdedel av handläggarna inte ansåg det och övriga var osäkra. I en undersökning av Svenskt Näringsliv anger 37 procent av arbetsgivarna att de har blivit mer aktiva i rehabiliteringen av sjukfrånvarande.⁷⁰ Flera handläggare har kommenterat att många arbetsgivare uppger att det inte finns några andra arbetsmöjligheter hos arbetsgivaren. Enligt handläggarna är det inte ovanligt att arbetsgivarna endast letar arbetsmöjligheter inom den del av verksamheten där individen har sitt ordinarie arbete, snarare än inom hela organisationen.

En rapport från Försäkringskassan visar också att arbetsgivarna har svårt att erbjuda sjukskrivna anställda andra tillfälliga arbetsuppgifter, omplacering eller anpassning av exempelvis arbetstider eller arbetsuppgifter.⁷¹

4.5 Samarbetet med Arbetsförmedlingen fungerar huvudsakligen bra

Samarbetet med Arbetsförmedlingen fungerar bra anser hälften av de intervjuade personliga handläggarna, och endast ett par handläggare tycker att det fungerar dåligt. Arbetsförmedlingen kommer in i sjukskrivningsprocessen först när Försäkringskassan tagit kontakt. De aktiviteter som Arbetsförmedlingen då ansvarar för är överlämningsmöten och kontaktmöten.⁷² Såväl intervjuer som statistik visar att dessa möten ökar i antal, vilket indikerar att Arbetsförmedlingen är mer aktiv jämfört med vid tiden för införandet av regeländringarna.

⁷⁰ Företagarpanelen – Q1, 2010, Svenskt Näringsliv 2010.

⁷¹ Kvalitet på inkomna arbetsgivarutlåtanden, Försäkringskassan 2009.

⁷² Utöver dessa kan Arbetsförmedlingen också delta i avstämningsmöten, men då är det Försäkringskassan som är ansvarig.

Majoriteten av handläggarna anser att överlämningsmöten fungerar bra och flertalet uppfattar att antalet möten har ökat.⁷³ Statistik från Försäkringskassan visar också att allt fler överlämningsmöten genomförs men då uppgifter om antalet möten började registreras i maj 2009 saknas en längre utveckling över tid.⁷⁴ Även kontaktmöten har ökat enligt statistiken och också i detta fall saknas en längre tidsserie. De intervjuade handläggarnas erfarenheter från kontaktmötena är övervägande positiva.⁷⁵

Några av de intervjuade handläggarna påpekar att det i vissa fall har funnits olika uppfattningar hos Försäkringskassan respektive Arbetsförmedlingen om huruvida rehabiliteringsmöjligheterna har varit uttömda för en försäkrad. Dessa handläggare menar att konsekvensen av detta kan bli att individen är sjukskriven onödigt länge.

4.6 Positiv utveckling av sjukfrånvaron

Riksrevisionen har i granskningen inte studerat effekten på sjukfrånvaron av rehabiliteringskedjan och de övriga regeländringar som infördes vid samma tidpunkt. Då det övergripande syftet med införandet av regeländringarna var att minska sjukfrånvaron finns det ändå skäl att redovisa några olika mått på sjukfrånvaro. Måtten ger en bild av situationen före och efter införandet av regeländringarna.

Inspektionen för socialförsäkring (ISF) har under 2010 publicerat en rapport där rehabiliteringskedjans effekt på sjukskrivningstiderna studeras.⁷⁶ I rapporten konstaterar myndigheten att rehabiliteringskedjan leder till kortare sjukfall. Under den studerade perioden hade sjukskrivningstiderna minskat med i genomsnitt 0,35 dagar, vilket motsvarar 0,4 procent. ISF tolkar de uppskattade effekterna i första hand som beteendeförändringar hos individerna, men framför också hypotesen att det kan vara Försäkringskassans förändrade arbetssätt i och med rehabiliteringskedjan som kortat sjukskrivningstiderna. Riksrevisionen noterar att de studerade sjukfallen påbörjades den första veckan efter att regelverket trätt i kraft. Med

⁷³ Överlämningsmöte ska erbjudas den försäkrade vid beslut om indrag eller för de personer vars dagar med sjukpenning eller månader med sjukersättning tar slut. Under överlämningsmötet ska den försäkrade få den information som han eller hon behöver för övergången till Arbetsförmedlingen.

⁷⁴ Antal överlämningsmöten och kontaktmöten. Uppgift i excel-fil från Försäkringskassan den 28 januari 2010.

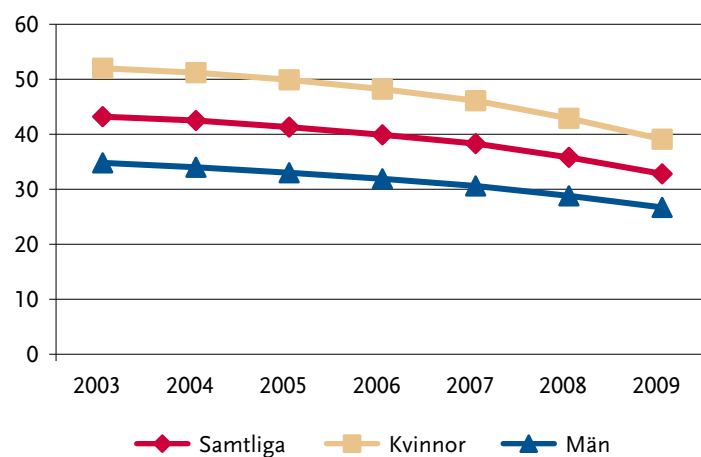
⁷⁵ Kontaktmöte ska erbjudas den försäkrade om det finns risk att personen inte kommer att kunna gå tillbaka till något arbete hos sin arbetsgivare före dag 181. Den försäkrade ska då ges möjlighet att få kontakt med Arbetsförmedlingen för att under dag 91–180 kunna söka nytt arbete samtidigt som man har kvar sin anställning och får sjukpenning.

⁷⁶ Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna, Inspektionen för socialförsäkring 2010.

tanke på den osäkerhet som rådde bland handläggarna vid regelverkets införande, vilket beskrivits i kapitel 3, är det osäkert om regelverket då tillämpades fullt ut.

Riksrevisionen har studerat några olika mått på sjukfrånvaro. Ett av de mått som ofta används är det så kallade ohälsotalet, som utgörs av det genomsnittliga antalet dagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk- eller aktivitetsersättning. Ohälsotalet var 38,3 året innan rehabiliteringskedjan och de andra regeländringarna infördes (2007) för att sedan minska till 32,8 året efter införandet (2009). Minskningen av ohälsotalet påbörjades redan under 2003, och det är därför oklart vilken roll förändringarna i sjukförsäkringen spelat.

Figur 6. Ohälsotalet 2003–2009

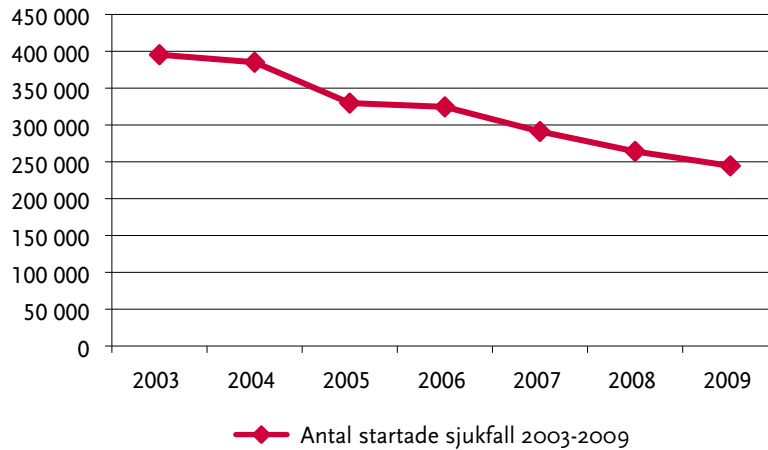


Källa: Försäkringskassans datalager Store, egen bearbetning.

Det sjunkande ohälsotalet är en konsekvens av att både antalet sjukpenningdagar och antalet dagar med sjuk- eller aktivitetsersättning minskat. När ohälsotalet började minska kring 2003 var det dagarna med sjukpenning som minskade, medan dagarna med sjuk- eller aktivitetsersättning fortsatte att öka. Sedan slutet av 2005 minskar även antalet dagar med sjuk- eller aktivitetsersättning.

Vidare visar statistiken att både antalet påbörjade sjukfall och den genomsnittliga sjukskrivningslängden har minskat över tid. Antalet påbörjade sjukfall har stadigt minskat, från 395 000 under 2003 till 245 000 under 2009 – en minskning med 38 procent (se figur 7).

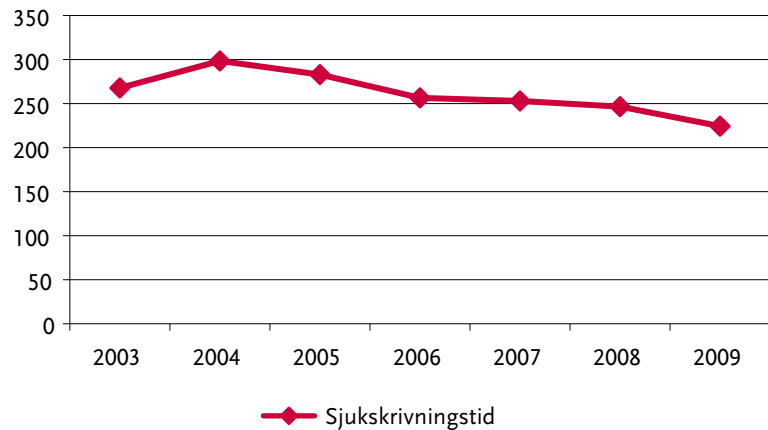
Figur 7. Antal startade sjukfall 2003–2009



Källa: Försäkringskassans statistiksystem Midas, egen bearbetning.

Statistik från Försäkringskassan visar också att den genomsnittliga sjukskrivningstiden minskat (se figur 8). För sjukfall som blev minst 29 dagar var den genomsnittliga sjukskrivningslängden 298 dagar år 2004, medan den sjunkit till 224 dagar 2009 – en minskning med 25 procent. Mellan 2006 och 2008 var sjukskrivningstiden relativt konstant, medan en minskning kan urskiljas mellan 2008 och 2009.

Figur 8. Genomsnittlig sjukskrivningstid för sjukfall som blir minst 29 dagar (medelvärde)



Källa: Försäkringskassans datalager Store, egen bearbetning.

Vidare visar statistiken att sjukfallen blir allt kortare och avslutas tidigare än förut. Under slutet av 2003 utgjordes nästan hälften av alla sjukfall av sjukfall som var ett år eller längre. I slutet av 2009 hade motsvarande andel minskat

till 33 procent.⁷⁷ Även utflödet av sjukfall har ökat över tid. Bland de sjukfall som blivit minst 30 dagar finns en allt lägre andel sjukfall kvar i sjukskrivning efter exempelvis ett halvår. Det ökade utflödet av sjukfall gäller främst för åren 2008 och 2009, även om en viss minskning kan ses även för 2006 och 2007.⁷⁸

Samtidigt kan det noteras att människors självupplevda hälsa, enligt Statistiska centralbyråns undersökning om levnadsförhållanden (ULF), har varit stabil under 2000-talet.⁷⁹ Sammantaget kan Riksrevisionen konstatera att de redovisade måtten på sjukfrånvaro sedan 2004 visar en stadig minskning. I hur hög grad minskningarna efter juli 2008 är en effekt av rehabiliteringskedjan, ettårsgränsen och ändrade regler i sjukersättningen eller av något annat – alternativt en kombination – kan Riksrevisionen inte uttala sig om.

4.7 Sammanfattande iakttagelser

Riksrevisionen har gjort följande väsentliga iakttagelser:

- Försäkringskassan klarar inte att fullt ut göra bedömningar av arbetsförmåga inom de uppsatta tidsgränserna. Bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden, eller undantag från prövningen på grund av särskilda skäl, hade till exempel gjorts i 77 procent av de sjukfall som passerade 180 dagar i februari 2010. Försäkringskassan har dock blivit bättre på att klara tidsgränserna.
- De personliga handläggarna bedömer att sjukskrivningsprocessen som helhet har blivit mer aktiv. Granskningen visar att plan för återgång i arbete upprättas förhållandevis ofta och i ökande utsträckning. Samma mönster går inte att utläsa för avstämningsmöten där en mycket låg andel genomförs och där andelen dessutom minskar. Avstämningsmöten genomförs tidigare i sjukskrivningsprocessen och även plan för återgång i arbete upprättas tidigare.
- Samspelet med hälso- och sjukvården fungerar inte till fullo. Bland annat kan väntetider för vissa diagnoser göra det svårt att uppfylla rehabiliteringskedjans tidsgränser.
- Olika mått på sjukfrånvaro visar en nedgång i jämförelse med hur situationen såg ut före regeländringarna. Minskningarna påbörjades dock redan före regeländringarna. Huruvida minskningarna är en effekt av ändringarna – och i så fall i hur hög grad – kan Riksrevisionen inte uttala sig om.

⁷⁷ Sjukfall med olika längd. Uppgift från Försäkringskassans webbplats den 21 april 2010.

⁷⁸ Avslut av nya sjukfall. Uppgift från Försäkringskassans webbplats den 5 mars 2010.

⁷⁹ Undersökning om hälsotillstånd (ULF). Uppgift från SCB:s webbplats den 6 april 2010.

5 Slutsatser och rekommendationer

Riksrevisionen har genomfört en granskning av ett förändrat regelverk inom sjukförsäkringen. Det handlar om rehabiliteringskedjan, ettårsgränsen och ändrade regler i sjukersättningen. Granskningen visar att införandet av de nya reglerna fungerade mindre väl. Granskningen visar också att sjukskrivningsprocessen har blivit mer aktiv men att det fortfarande finns vissa brister i tillämpningen.

5.1 Regeringen gav inte Försäkringskassan tillräckliga förutsättningar

Regeringen gav inte Försäkringskassan tillräckliga förutsättningar för att införa rehabiliteringskedjan på ett bra sätt. Riksrevisionen bedömer att de bristande förutsättningarna gav negativa konsekvenser för Försäkringskassans tillämpning av regelverket under de första månaderna efter införandet i juli 2008.

Rehabiliteringskedjan trädde i kraft drygt tre veckor efter riksdagens beslut. Beslutet innebar att en ändring av övergångsbestämmelserna gjordes i förhållande till regeringens förslag. I remissbehandlingen inför propositionen påpekade Försäkringskassan att alla förberedelser inför det nya regelverket behövde vara färdiga före riksdagens beslut. Eftersom Försäkringskassan hade slutfört förberedelserna innebar beslutet att Försäkringskassan behövde gå ut med ny information till handläggarna. Riksdagens ändring var inte av större betydelse i sak, men den nya, ändrade informationen bidrog till en osäkerhet bland handläggarna. Hälften av de intervjuade personliga handläggarna ansåg att de vid införandet av det nya regelverket hade otillräcklig kunskap för att tillämpa reglerna och informera externa aktörer.

Vidare hann inte Försäkringskassan utveckla ett lämpligt IT-stöd för beräkning av ramtid, och enligt de intervjuade handläggarna gjordes beräkningarna därför manuellt under de första månaderna.

Det är Riksrevisionens uppfattning att regeringen i liknande situationer bättre bör avväga tidpunkten för riksdagens beslut så att den genomförande myndigheten har möjlighet att på ett samlat sätt genomföra förberedelsearbetet. Detta är särskilt viktigt i stora organisationer som Försäkringskassan där information om regeländringar behöver ges till ett stort antal handläggare utspridda i landet.

I de regeländringar som infördes fanns en rad nya begrepp. I granskningen har det framkommit att flera begrepp är otydliga och svåra att tolka. Dessutom är flera begrepp snarlika och därmed svåra att förklara för de försäkrade och andra aktörer.

Även de ändringar i regelverket som gjorts efter införandet av rehabiliteringskedjan har präglats av kort förberedelsestid och otydliga begrepp. Riksdagen fattade beslut den 9 respektive 14 december 2009 om två olika uppsättningar av regeländringar som båda trädde i kraft den 1 januari 2010. Det senare beslutet baserades på ett utskottsinitiativ och några förarbeten utöver Socialförsäkringsutskottets betänkande finns inte. Betänkandet är knapphändigt vad gäller vägledning i hur regeländringarna ska uttolkas. Försäkringskassan påpekade i samband med Socialförsäkringsutskottets behandling att de föreslagna reglerna var för otydligt beskrivna för att myndigheten skulle kunna säkerställa en enhetlig tillämpning, särskilt med det snabba ikraftträdande som föreslogs.

Riksrevisionen bedömer att det fanns otydliga begrepp i regeländringarna. Det finns ett ansvar för regering och riksdag att utforma regelverket så tydligt som möjligt. Försäkringskassan har dock också ett ansvar för att uttolka regelverket för att underlätta för handläggarna i tillämpningen.

Sammantaget anser Riksrevisionen att regeringen har gett Försäkringskassan bristfälliga förutsättningar för en korrekt och enhetlig tillämpning. Riksrevisionen bedömer att Försäkringskassan under omständigheterna gjort ett rimligt arbete med uttolkning av regelverket och med förberedelsearbetet i övrigt.

5.2 Förutsägbarheten i sjukförsäkringen har ökat

Ett av syftena med rehabiliteringskedjan var att öka förutsägbarheten i sjukförsäkringen. Riksrevisionen bedömer att tidsgränserna i rehabiliteringskedjan samt tidsbegränsningen av sjukpenningen ökar förutsägbarheten för individer som påbörjar nya sjukfall. Tidsgränserna är ett stöd för de försäkrade att få en överblick över processen.

Samtidigt bedömer Riksrevisionen att det finns sådant som har påverkat förutsägbarheten negativt. Det tog ett drygt år innan regeringen presenterade det sista steget i rehabiliteringskedjan, det vill säga det arbetsmarknadspolitiska introduktionsprogrammet. Fram till dess var såväl handläggare som försäkrade ovetande om vad som skulle hända när dagarna med sjukpenning tog slut. Vidare har bedömningsgrunden för fortsatt sjukpenning ändrats så att personer som tidigare nekats sådan sjukpenning skulle kunna ha beviljats ersättning i dag. Dessutom har nya begrepp introducerats som saknar tydliga definitioner.

Sammantaget bedömer Riksrevisionen ändå att förutsägbarheten har ökat för de sjukfall som påbörjats efter regeländringarnas införande. Givet att inga nya regeländringar som minskar förutsägbarheten görs, bedömer Riksrevisionen att förutsägbarheten bör kunna förbättras ytterligare framöver.

5.3 Vissa brister i tillämpningen av rehabiliteringskedjan

Försäkringskassan klarar för närvarande inte att hålla rehabiliteringskedjans tidsgränser. Exempelvis hade Försäkringskassan bedömt arbetsförmågan mot den reguljära arbetsmarknaden, eller bedömt att särskilda skäl fanns, i 77 procent av de sjukfall som passerat dag 180 i februari 2010. Enligt regelverket ska andelen vara 100 procent. Samtidigt kan Riksrevisionen konstatera att utvecklingen går åt rätt håll: motsvarande siffra i januari 2009 var 31 procent.

I granskningen har det framkommit att det kan vara svårt att hinna göra bedömningen av arbetsförmågan inför dag 91. Att ärenden kommer in sent till de nationella försäkringscentren beror ofta på sena och otillräckliga underlag från den försäkrade, arbetsgivaren och läkaren. Försäkringskassan är beroende av att underlag kommer in i tid från andra aktörer. Det tar till exempel i genomsnitt en dryg månad innan individens sjukförsäkring kommer in till Försäkringskassan, och många läkarintyg behöver kompletteras. Försäkringskassan har identifierat ett antal förseningsfaktorer i en rapport från 2010, och resultaten i rapporten överensstämmer med vad Riksrevisionen har funnit i granskningen. Det är Riksrevisionens uppfattning att Försäkringskassan bör arbeta vidare med de frågor som lyfts fram i rapporten. Det handlar bland annat om tidpunkten för individens sjukförsäkring, komplettering av läkarintyg respektive sjukförsäkring samt vissa organisatoriska frågor.

Om Försäkringskassan inte hinner fatta beslut i tid ska ersättning betalas ut i avvaktan på att beslut kan fattas. I de fall Försäkringskassan sedan kommer fram till att den försäkrade inte har rätt till sjukpenning blir konsekvensen att dessa personer ändå får behålla ersättningen som betalats ut under perioden.

I granskningen har det framkommit att många av de begrepp som infördes är otydliga och svåra att tolka. Detta riskerar att leda till godtycklighet i tillämpningen. Riksrevisionen bedömer att Försäkringskassan behöver arbeta vidare med insatser för handläggarna så att en enhetlighet i hur begreppen tolkas och används säkerställs.

I de flesta sjukfall sker beräkning av ramtiden automatiskt i IT-systemet. För närvarande är det dock cirka 14 procent av sjukfallen som inte beräknas maskinellt. I de fall maskinella uträkningar inte kan göras har Försäkringskassans ledning inte säkerställt att handläggarna har tillgång till ett bra IT-stöd för beräkning av ramtid. Uppgifterna läggs i dag in manuellt i lokala, icke kvalitetssäkrade räknenuddor, vilket är tidskrävande och gör att risken för fel ökar.

Det finns IT-stöd för att beräkna vilken dag i rehabiliteringskedjan en person befinner sig på, men det krävs en manuell hantering om den försäkrade har haft tidigare sjukfall. Enligt de intervjuade handläggarna är det först när det finns flera sjukfall under perioden som beräkningen kan bli svår.

Riksrevisionen bedömer att det bristfälliga IT-stödet kan orsaka både felaktiga beräkningar och bristande enhetlighet i handläggningen.

Sammantaget menar Riksrevisionen att Försäkringskassan behöver säkerställa att tillämpningen inom vissa områden förbättras. Det gäller uppfyllandet av tidsgränser, ett bättre IT-stöd och ett utvecklat stöd för handläggarna när det gäller vissa begrepp som införts i regelverket.

5.4 Sjukskrivningsprocessen har blivit mer aktiv

En mer aktiv sjukskrivningsprocess med tidiga insatser kännetecknas av att fler aktiviteter genomförs under sjukskrivningsperioden och att aktiviteterna genomförs tidigare under perioden. Förhoppningen är att en mer aktiv process ska leda till en minskad sjukfrånvaro.

I granskningen har följande framkommit som talar *för* att sjukskrivningsprocessen har blivit mer aktiv efter införandet av rehabiliteringskedjan, ettårsgränsen och de ändrade reglerna i sjukersättningen:

- Enligt en samstämmig bild som framkommit i de intervjuer som genomförts i granskningen har sjukskrivningsprocessen blivit mer aktiv jämfört med den tidigare steg-för-steg-modellen. Det gäller i första hand aktiviteter som genomförs av Försäkringskassan, men majoriteten av de intervjuade handläggarna bedömer att även andra aktörer har blivit mer aktiva.
- Andelen sjukfall där Försäkringskassan bedömer arbetsförmågan och rätten till sjukpenning i tid har ökat jämfört med situationen när rehabiliteringskedjan infördes. Myndigheten klarar dock inte för samtliga ärenden de tidsgränser som finns i rehabiliteringskedjan. Det är inte möjligt att ta fram jämförbar statistik över handläggningstider i den tidigare stegmodellen respektive situationen i dag. Som en jämförelse

kan dock nämnas att Riksrevisionen i en tidigare granskning av stegmodellen fann att det för anställda och egenföretagare som varit sjukskrivna i minst 90 dagar tog i genomsnitt 1,5 år innan bedömning av arbetsförmåga gjordes mot hela arbetsmarknaden. För arbetslösa var motsvarande tid sex månader.⁸⁰ Tidsperioderna avser de sjukfall där bedömningen överhuvudtaget gjordes.

- Plan för återgång i arbete upprättas allt oftare. För sjukfall som i december 2009 hade pågått i minst 90 dagar hade en plan för återgång i arbete upprättats i 71 procent av fallen, att jämföra med 21 procent motsvarande månad 2007.
- Avstämningsmöte hålls och plan för återgång i arbete upprättas allt tidigare i sjukskrivningsprocessen. Avstämningsmöte hölls i genomsnitt dag 169 i sjukfallet 2009, att jämföra med dag 267 under 2006, medan plan för återgång i arbete upprättades i genomsnitt dag 71 under 2009 och dag 211 under 2006.
- Arbetsgivarna är i dag mer medvetna om regelverket och hälften av handläggarna menar att arbetsgivarna har blivit snabbare på att vidta åtgärder. Resultatet bekräftas i en undersökning där en dryg tredjedel av arbetsgivarna uppger att de har blivit mer aktiva i rehabiliteringen av sjukskrivna.

Därutöver har det i granskningen framkommit indikationer på att individerna många gånger är drivande i sjukfallet som en följd av tidsgränserna i regelverket. Det kan till exempel handla om att individen ser till att det fortlöpande sker aktiviteter i ärendet och söker vård i annat landsting om väntetiden i det egna landstinget är lång.

Vad som talar *mot* en aktivare sjukskrivningsprocess är att andelen ärenden där avstämningsmöte har hållits har minskat. I december 2007 hade avstämningsmöten hållits i 16 procent av ärendena, medan andelen minskat till 7 procent i december 2009.

För att rehabiliteringskedjan och sjukskrivningsprocessen ska fungera väl är hälso- och sjukvårdens bidrag viktigt. Riksrevisionen har noterat att väntetider i vården kan påverka Försäkringskassans möjlighet att uppfylla rehabiliteringskedjans tidsgränser. Regeringen har genomfört särskilda satsningar inom hälso- och sjukvården, till exempel rehabiliteringsgarantin och kömiljarden, i syfte att minska väntetiderna. Det finns skäl för regeringen att noga följa utvecklingen och vid behov vidta ytterligare åtgärder för att minska väntetiderna i vården.

⁸⁰ Omställningskrav i sjukförsäkringen – Att pröva sjukas förmåga i annat arbete, Riksrevisionen 2009.

Sammantaget bedömer Riksrevisionen att sjukskrivningsprocessen har blivit mer aktiv och att insatser görs tidigare jämfört med hur det var innan rehabiliteringskedjan och övriga regeländringar infördes. Riksrevisionen bedömer också att för att rehabiliteringskedjan ska fungera som avsett krävs att samtliga aktörer, även de försäkrade, är aktiva och arbetar för att åtgärder snabbt vidtas. En underlåtenhet från aktörerna att agera tidigt i sjukskrivningsprocessen kan få konsekvenser för den som är sjukskriven då en bortre tidsgräns i sjukförsäkringen har införts.

5.5 Rekommendationer

Utifrån granskningens iakttagelser och slutsatser rekommenderar Riksrevisionen regeringen att

- vid större förändringar i regelverket se till att den genomförande myndigheten ges tid att efter riksdagens beslut på ett samlat sätt genomföra förberedelsearbetet
- definiera begrepp av central betydelse för handläggningen så tydligt som möjligt för att underlätta en korrekt och enhetlig tillämpning.

Riksrevisionen rekommenderar Försäkringskassan att

- fortsätta arbetet för att klara tidsgränserna i rehabiliteringskedjan
- arbeta vidare med att förtydliga och skapa en enhetlig tillämpning av begreppen i regelverket
- säkerställa att handläggarna har tillgång till ett gemensamt, kvalitetssäkrat IT-stöd för beräkning av ramtid respektive dag i rehabiliteringskedjan.

Källförteckning

Lagar och förordningar

Lag (1962:381) om allmän försäkring.

Förordning (2009:1423) om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet.

Förordning (2009:1601) om ändring i förordningen (2000:634) om arbetsmarknadspolitiska program.

Regeringens propositioner

Prop. 2007/08:136 *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.*

Prop. 2008/09:1 *Budgetpropositionen för 2009, utg.omr. 10.*

Prop. 2009/10:1 *Budgetpropositionen för 2010, utg.omr. 10.*

Prop. 2009/10:45 *Kompletterande förändringar i sjukförsäkringen m.m. i samband med förstärkta insatser för återgång i arbete.*

Utskottsbetänkanden

Bet. 2007/08:SfU12 *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.*

Bet. 2008/09:SfU1 *Utgiftsområdena 10, 11 och 12 inom socialförsäkringsområdet.*

Bet. 2009/10:SfU1 *Utgiftsområdena 10, 11 och 12 inom socialförsäkringsområdet.*

Bet. 2009/10:SfU10 *Kompletterande förändringar i sjukförsäkringen, m.m. i samband med förstärkta insatser för återgång i arbete.*

Bet. 2009/10:SfU13 *Ändringar i sjukförsäkringen.*

Regeringens beslut

Försäkringskassans regleringsbrev för 2010.

Kommittédirektiv: *Följa och föreslå förbättringar inom rehabiliteringsområdet* (dir. 2009:131).

Uppdrag att följa upp och bedöma landstingens insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin (S2009/4649/SF).

Uppdrag att utvärdera effekten på arbetsförmågan för personer som genomgår rehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin (S2009/4650/SF).

Material från Försäkringskassan

Beslutsstödet – Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar. Försäkringskassan 2009 (Socialförsäkringsrapport 2009:5).

Detaljerad beskrivning av mått 2006, Produktionsdivisionen, Försäkringskassan 2006.

Försäkringskassan och förvaltningslagen. Försäkringskassan 2009 (Vägledning 2004:7, version 5).

Försäkringskassans årsredovisning 2009. Försäkringskassan 2010.

Förändringar i sjukförsäkringen från och med den 15 januari 2010. Försäkringskassan 2010 (Informationsmeddelande IM 2010:003).

Kvalitet på inkomna arbetsgivarutlåtanden. Försäkringskassan 2009 (dnr 82211-2009).

Rehabiliteringskedjan – bedömningen från dag 181. Försäkringskassan 2009 (dnr 39114-2009-FUO).

Sjukpenning och samordnad rehabilitering. Försäkringskassan 2009 (Vägledning 2004:2, version 12).

Sjukpenning och samordnad rehabilitering. Försäkringskassan 2010 (Vägledning 2004:2, version 14).

Styrkort för Produktionsdivisionen, verksamhetsåret 2007, sjätte utkast, Försäkringskassan 2007.

Tidig bedömning – en analys av faktorer som påverkar tidpunkten för överlämnande av ärenden till LFC. Försäkringskassan 2010 (Socialförsäkringsrapport 2010:1).

Uppföljning av rehabiliteringskedjan och plan för återgång i arbete.
Försäkringskassan 2009.

*Yttrande över promemoriorna "Införande av en rehabiliteringskedja" och
"Ettårsgräns för sjukpenning och införande av förlängd sjukpenning".*
Försäkringskassan 2008 (dnr 60580-2007, 60806-2007).

Statistik från Försäkringskassan

*Andel maskinella beräkningar 2009-12-20 – 2010-02-15. Uppgift i excel fil från
Försäkringskassan den 19 februari 2010.*

*Andel ärenden där bedömning av arbetsförmågan har gjorts i sjukfall
som passerar 90 dagar under en viss månad. Uppgift i excel fil från
Försäkringskassan den 28 januari 2010.*

*Andel ärenden där bedömning av arbetsförmågan har gjorts i sjukfall
som passerar 180 dagar under en viss månad. Uppgift i excel fil från
Försäkringskassan den 29 april 2010.*

*Andel ärenden med avstämningsmöte respektive plan för återgång i arbete inom
90 dagar. Uppgift i excel fil från Försäkringskassan den 28 januari 2010.*

*Antal dagar från insjuknande till begäran om sjukpenning. Uppgift i excel fil från
Försäkringskassan den 28 januari 2010.*

*Antal dagar från insjuknande till flytt till LFC. Uppgift i excel fil från
Försäkringskassan den 28 januari 2010.*

*Antal startade sjukfall. Uppgift i excel fil från Försäkringskassan den
28 januari 2010.*

*Antal överlämningsmöten och kontaktmöten. Uppgift i excel fil från
Försäkringskassan den 28 januari 2010.*

*Avslut av nya sjukfall. Uppgift från Försäkringskassans webbplats den
5 mars 2010.*

*Genomsnittlig sjukskrivningstid. Uppgift i excel fil från Försäkringskassan den
28 januari 2010.*

Ohälsotalet. Uppgift i excel fil från Försäkringskassan den 28 januari 2010.

*Sjukfall med olika längd. Uppgift från Försäkringskassans webbplats den
21 april 2010.*

*Tid till avstämningsmöte respektive plan för återgång i arbete. Uppgift i excel fil
från Försäkringskassan den 4 mars 2010.*

Material från andra myndigheter

Beslut om sjukpenning – Har Försäkringskassan tillräckliga underlag?
Riksrevisionen 2009 (RiR 2009:7).

Fler vägar till arbete för långtidssjukskrivna (2009). Pressmeddelande från Socialdepartementet och Arbetsmarknadsdepartementet den 4 september 2009.

Omställningskrav i sjukförsäkringen – Att pröva sjukas förmåga i annat arbete.
Riksrevisionen 2009 (RiR 2009:1).

Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Karolinska Institutet 2005.

Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna. Inspektionen för socialförsäkring 2010 (Rapport 2010-1).

Remissammanställning avseende promemorian "Införande av rehabiliteringskedja. Socialdepartementet 2008 (S2008/11032/SF).

Tas sjukskrivnas arbetsförmåga tillvara? – Försäkringskassans kontakter med arbetsgivare. Riksrevisionen 2007 (RiR 2007:19).

Uppföljning och utvärdering av Sjukvårdsmiljarden. IFAU 2009 (Rapport 2009:1).

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010–2011. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting 2009.

Övriga källor

Inslag i SVT den 3, 4 och 9 juli 2008. Uppgifterna från SVT:s webbplats den 11 februari 2010.

Undersökning om hälsotillstånd (ULF). Uppgift från Statistiska centralbyråns webbplats den 6 april 2010.

Företagarpanelen – Q1, 2010. Svenskt Näringsliv 2010.

Intervjuer och övriga kontakter

Intervjuer har genomförts med handläggare på Försäkringskassan i Gävle, Halmstad, Malmö, Sollentuna, Sundbyberg och Östersund.

Intervjuer har även genomförts med företrädare för Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens huvudkontor, Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Svenskt Näringsliv, Sveriges Kommuner och Landsting och Sveriges Läkarförbund.

Telefonsamtal med företrädare för Försäkringskassan den 15 februari 2010.

Telefonsamtal med företrädare för Sveriges Kommuner och Landsting den 26 februari 2010.

Bilaga 1 Övriga reformer som berör sjukförsäkringen

Regeringen har utöver de regeländringar i sjukförsäkringen som trädde i kraft vid halvårsskiftet 2008 även genomfört andra reformer under de senaste åren: försäkringsmedicinskt beslutsstöd, den så kallade sjukvårdsmiljarden, rehabiliteringsgaranti samt åtgärder för att utveckla företagshälsovården. De två förstnämnda reformerna initierades av förra regeringen. Reformerna syftar till att i förlängningen minska sjukfrånvaron och öka sysselsättningen.⁸¹ Nedan beskrivs reformerna.

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

Socialstyrelsen och Försäkringskassan har utarbetat ett så kallat försäkringsmedicinskt beslutsstöd inom ramen för ett regeringsuppdrag att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess.⁸² Beslutsstödet innehåller bland annat övergripande principer vid sjukskrivningsbedömningar och specifika rekommendationer för sjukskrivningstider vid olika diagnoser. Rekommendationerna ska vara vägledande för läkarens bedömning, men avsteg kan göras om läkaren lämnar en motivering i det medicinska underlaget. En första version av beslutsstödet presenterades i oktober 2007.

En uppföljande rapport från Försäkringskassan tyder på att rekommendationerna kan ha medfört kortare sjukskrivningar.⁸³ Rapporten visar bland annat att i 50 av 72 fysiska diagnoser där det finns rekommendationer har sjukskrivningarna blivit kortare. Någon analys av utfallet för de psykiska diagnoserna har ännu inte gjorts.

⁸¹ Prop. 2008/09:1 utg.omr. 10, bet. 2008/09:SfU1, rskr. 2008/09:138.

⁸² Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning, Socialstyrelsen 2007.

⁸³ Beslutsstödet – Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar, Försäkringskassan 2009.

Sjukvårdsmiljarden

Regeringen införde 2006 den så kallade sjukvårdsmiljarden i syfte att ge landstingen ekonomiska incitament att utveckla sjukskrivningsprocessen och att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården. Bakgrunden till reformen var bland annat en rapport från Karolinska Institutet som visade att sjukskrivningsfrågorna var ett relativt bortglömt område.⁸⁴ I rapporten som lämnades till regeringen konstaterades att det fanns problem inom landstingen som kunde relateras till brister i ledning, kunskap och samverkan.

Regeringen har i budgetpropositionen för 2010 konstaterat att erfarenheterna är positiva från sjukvårdsmiljarden och i december 2009 slöts en ny överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som ska gälla under åren 2010–2011.⁸⁵ Överenskommelsen ska stimulera hälso- och sjukvården att ”aktivt medverka till att ytterligare utveckla sjukskrivningsprocessen och att bibehålla de goda resultat som hittills uppnåtts”. Regeringen har avsatt två miljarder för tvåårsperioden och ersättningen består dels av en villkorad del som är kopplad till åtgärder som hälso- och sjukvården ska genomföra, dels en rörlig del som är kopplad till förändringar i sjukfrånvaron.

Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) har på regeringens uppdrag utvärderat sjukvårdsmiljarden. IFAU konstaterar dock att konstruktionen av sjukvårdsmiljarden inte möjliggör en utvärdering av miljardsatsningens effekt på sjukfrånvaron på nationell nivå.⁸⁶ Vidare anser IFAU att den incitamentsstruktur som finns i sjukvårdsmiljarden inte är optimal eftersom den kan ge drivkrafter att föra över sjukskrivna personer med sjukpenning till sjuk- eller aktivitetsersättning.

Rehabiliteringsgarantin

En överenskommelse mellan staten och SKL har tecknats om en rehabiliteringsgaranti för medicinska rehabiliteringsinsatser för två större diagnosgrupper: icke specifika rygg- och nackbesvär respektive lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa. Utifrån denna överenskommelse får landstingen ersättning per patient och behandling. Syftet med garantin är att få en mer

⁸⁴ Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning, Karolinska Institutet 2005.

⁸⁵ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetsssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010–2011.

⁸⁶ Uppföljning och utvärdering av Sjukvårdsmiljarden, IFAU 2009.

aktiv sjukskrivningsprocess och i högre grad åstadkomma återgång till arbete. Garantin infördes i juli 2008. För närvarande omfattar garantin två evidensbaserade behandlingsformer: multimodal rehabilitering och kognitiv beteendeterapi.

Regeringen har gett Socialstyrelsen respektive Karolinska Institutet i uppdrag att utvärdera olika delar av rehabiliteringsgarantin.⁸⁷ Uppdragen ska redovisas i flera steg under 2010 samt i en slutrapport den sista maj 2011.

Vidare har regeringen utsett ett så kallat rehabiliteringsråd, en kommitté med oberoende experter, som ska bistå regeringen i frågor med koppling till rehabiliteringsområdet.⁸⁸ En av rådets uppgifter blir att följa rehabiliteringsgarantin och föreslå en fortsatt utformning av garantin efter 2010.

Företagshälsovården

Regeringen framhöll i budgetpropositionen för 2008 att en vidareutvecklad företagshälsovård kan medverka till att förbättra stödet till såväl arbetsgivare som sjukskrivna förvärvsarbetande. Företagshälsovården skulle till exempel kunna ta en mer aktiv del i att identifiera fall där tidiga insatser behövs och bistå arbetsgivare och anställda med insatser som behövs för att underlätta återgång i arbete.

I detta syfte tecknades en överenskommelse mellan staten och SKL om åtgärder för att vidareutveckla företagshälsovården. Överenskommelsen skulle möjliggöra att primärvård kunde utföras av företagshälsovårdsenheter, givet att berört landsting anslutit sig till modellen. Överenskommelsen tecknades i juni 2008, men inget landsting anslöt sig till modellen.

I december 2009 beslutade regeringen att ge anordnare av företagshälsovård möjlighet till bidrag för vissa rehabiliteringsinsatser.⁸⁹ Bidrag kan utgå till anordnare av företagshälsovård som Försäkringskassan har godkänt och som kan tillhandahålla tjänster för att medicinskt förebygga, utreda och behandla arbetsrelaterade och icke arbetsrelaterade sjukdomar och skador. Regeringen har avsatt 550 miljoner kronor per år för ändamålet.⁹⁰

⁸⁷ Uppdrag att följa upp och bedöma landstingens insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin (S2009/4649/SF) respektive Uppdrag att utvärdera effekten på arbetsförmågan för personer som genomgår rehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin (S2009/4650/SF).

⁸⁸ Dir. 2009:131.

⁸⁹ Förordning (2009:1423) om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet.

⁹⁰ Försäkringskassans regleringsbrev för 2010.

Tidigare utgivna rapporter från Riksrevisionen

Rapporter utgivna före 2009 finns tillgängliga på Riksrevisionens webbplats, www.riksrevisionen.se.

- 2009 2009:1 Omställningskrav i sjukförsäkringen – att pröva sjukas förmåga i annat arbete
- 2009:2 Försäkringskassans inköp av IT-lösningar
- 2009:3 Skatteuppskov. Regeringens redovisning av bostadsuppskov och pensionsavdrag
- 2009:4 Swedfund International AB och samhällsuppdraget
- 2009:5 En effektiv och transparent plan- och byggprocess? Exemplet buller
- 2009:6 Energideklarationer – få råd för pengarna
- 2009:7 Beslut om sjukpenning – har försäkringskassan tillräckliga underlag?
- 2009:8 Riksrevisorernas årliga rapport 2009
- 2009:9 Regeringens försäljning av V&S Vin & Sprit AB
- 2009:10 Psykiatrin och effektiviteten i det statliga stödet
- 2009:11 Försvarsmaktens personalförsörjning – med fokus på officersförsörjningen
- 2009:12 Hanteringen av unga lagöverträdare – en utdragen process
- 2009:13 Omställningskraven i arbetslöshetsförsäkringen
- 2009:14 Tillämpningen av den finanspolitiska ramverket. Regeringens redovisning i 2009 års ekonomiska vårproposition
- 2009:15 Sidas stöd till utveckling av kapacitet i mottagarländernas statsförvaltning
- 2009:16 Underhåll av belagda vägar
- 2009:17 Tillämpningen av det finanspolitiska ramverket. Regeringens redovisning i budgetpropositionen för 2010
- 2009:18 IT-investeringar över gränserna
- 2009:19 E-legitimation – en underutnyttjad resurs
- 2009:20 Jobbskatteavdraget
- 2009:21 Vad är Sveriges utsläppsrätter värda? Hanteringen och rapporteringen av Sveriges Kyotoenheter
- 2009:22 Jobb- och utvecklingsgaranti – en garanti för jobb?
- 2009:23 Länsplanerna för regional transportinfrastruktur
- 2009:24 Internationell skattekontroll. Skatteverkets informationsutbyte med andra länder

- 2009:25 Resursstyrning i högskolans grundutbildning
- 2009:26 Statens garantier i finanskrisen
- 2009:27 Kriminalvårdens arbete med att förebygga återfall i brott.
Verkställighetsplanering och samverkan inför de intagnas frigivning
- 2009:28 Studenternas anställningsbarhet – regeringens och högskolans insatser
- 2009:29 Gäststudenter i högre utbildning – antagning till svenska lärosäten och prövning av uppehållstillstånd
- 2009:30 Omlokalisering av myndigheter
- 2009:31 Tillsynen av överförmyndarna – uppföljningsgranskning
- 2010 2010:1 Styrning inom arbetsmarknadspolitiken – mål, styrkort och modeller för resursfördelning
- 2010:2 Regeringens försäljning av Vasakronan
- 2010:3 Från många till en – sammanslagningar av myndigheter
- 2010:4 Klassificering av kurser vid universitet och högskolor – regeringens styrning och Högskoleverkets uppföljning
- 2010:5 Arbetspraktik
- 2010:6 Arbetsförmedlingens arbete med arbetsgivarkontakter
- 2010:7 Inställda huvudförhandlingar i brottmål
- 2010:8 Sveaskog AB och dess uppdrag

Beställning: publikationsservice@riksrevisionen.se