

isf

INSPEKTIONEN FÖR
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

Rapport 2011:7

Beslut om
sjukersättning

isf

Rapport 2011:7

Beslut om sjukersättning

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Stockholm 2011

Rapporten kan beställas från Inspektionen för socialförsäkringen.

Beställningsadress:
Inspektionen för socialförsäkringen
Box 202
101 24 Stockholm

Telefon: 08-58 00 15 00

E-post: registrator@inspsf.se

Webb: www.inspsf.se

Tryckt av E-print

Stockholm 2011

Innehåll

Generaldirektörens förord	5
Sammanfattning	7
1 Inledning	11
1.1 Uppdraget.....	11
1.2 Regeländringarna	11
1.3 Kunskapsläge om handläggningen av sjukersättningsärenden	12
1.4 Syfte	12
1.5 Avgränsning.....	13
2 Metod och genomförande	15
2.1 Registerstudie av likformighet i utfallet mellan olika LFC	15
2.1.1 Kontroll för bakgrundsfaktorer.....	15
2.1.2 Indelning av LFC-grupper	16
2.2 Aktgranskningar.....	17
2.2.1 Urval	17
2.2.2 Granskningar	18
2.3 Analys av likformigheten utifrån granskningen av medicinska underlag.....	19
3 Resultat.....	21
3.1 Förstärkt minskning av nybeviljandet sedan regeländringarna.....	21
3.2 Regional likformighet i tillämpningen	23
3.2.1 Betydande skillnader i nybeviljande mellan LFC.....	23
3.2.2 Skillnader i beviljande bekräftas av försäkringsmedicinsk granskning	24

3.2.3 Skillnader mellan LFC framkommer även vid granskning av hela akten	26
3.2.4 Oklart vad som ligger bakom skillnaderna	27
3.3 Andra aspekter av rättssäkerhet	28
3.3.1 Kvalitetssäkringsprocessen.....	28
3.3.2 Hur motiveras besluten?	31
3.3.3 FK:s utredningar och prövningar	33
3.3.4 Renodlingen av sjukförsäkringen	36
3.4 Aspekter av effektivitet – handläggningstider	38
4 Sammanfattande slutsatser	41
Referenser	46
Bilaga 1 – regressionsskattningar av generositet och restriktivitet i LFC-grupper	48
Noter.....	53

Generaldirektörens förord

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har till uppgift att genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning värna rättssäkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet. Med systemtillsyn avses granskning av om regelverket tillämpas korrekt och enhetligt. Med effektivitetsgranskning avses granskning av om en verksamhet fungerar effektivt med utgångspunkt i det statliga åtagandet.

I regleringsbrevet för år 2010 gavs ISF uppdraget att granska om de nya reglerna i sjukförsäkringen fått genomslag i tillämpningen på ett rättssäkert och effektivt sätt. Granskningen har genomförts inom ramen för fyra delprojekt. Denna rapport redovisar det delprojekt som granskat aspekter av Försäkringskassans beslut om sjukersättning.

Granskningen visar bland annat att det förekommer omotiverade skillnader mellan lokala försäkringscenter (LFC). Genom användning av både registeruppgifter och granskningar av ärendeakter utförda av läkare respektive jurister har det fastställts att försäkrade som ansöker om sjukersättning har högre sannolikhet att beviljas ersättning i vissa LFC än i andra. Detta innebär dock inte att dessa skillnader har ökat.

Av granskningen framgår också att de bedömningar som Försäkringskassan gör alltför ofta inte är motiverade så att det går att förstå skälen för beslutet, varken för de försäkrade eller för utomstående.

Granskningen har genomförts av Jon Dutrieux (projektledare), Charlotte Gilén, Toni Nastev och Anne Wahlfridsson. Anders Romelsjö har genomfört den medicinska granskningen.

Stockholm i maj 2011

Per Molander

Sammanfattning

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har fått i uppdrag att granska om de nya reglerna i sjukförsäkringen fått genomslag i tillämpningen på ett rättssäkert och effektivt sätt. Denna rapport redovisar det delprojekt som granskat aspekter av Försäkringskassans beslut om sjukersättning. Flera förbättringsområden har identifierats.

Omotiverade skillnader mellan LFC

År 2010 fanns betydande skillnader mellan lokala försäkringscentra (LFC) i andelen nybeviljad sjukersättning, när hänsyn tagits till socioekonomiska och demografiska faktorer. De två LFC-grupper som identifierats skiljer sig signifikant under hela perioden från januari 2009 till september 2010. Det regionala mönstret för nybeviljandet samvarierar till stor del med mönstret för andel personer som övergår från tidsbegränsad till icke tidsbegränsad sjukersättning.

Vid granskning av ärendeakter framkommer att skillnaderna mellan LFC delvis är omotiverade. Detta gäller både då en läkare tagit ställning till enbart det medicinska underlaget i akterna och då jurister gjort bedömningar utifrån hela akten. Den grupp LFC som i registerstudien visat sig ha det högsta nybeviljandet framstår konsekvent som mer generös än den grupp som har det lägsta. Samtidigt *minskar* totala regionala skillnader i nybeviljande sedan 2008. Även om regional olikformighet finns, ser den alltså ut att minska.

Otillfredsställande motiveringar

Försäkringskassans bedömningar är alltför ofta inte är motiverade så att det går att förstå skälen för besluten. Därmed blir det till exempel svårt för den försäkrade att veta i vilka avseenden FK anser att det finns brister i underlaget vilka behöver kompletteras vid en eventuell begäran om omprövning. Utan tydliga motiveringar av Försäkrings-

kassans bedömningar försvåras också granskningar av andra myndigheter och av Försäkringskassan själv.

Vid avslag finns en tydlig motivering i de handlingar som skickas till den försäkrade, i endast drygt hälften av ärendena. Vid bifall är motiven för beslutet endast i undantagsfall tydligt beskrivna i dessa dokument. Att bifallsbeslut inte motiverats bättre kan bero på att den tidigare versionen av Försäkringskassans riktlinjer¹ för att skriva beslut inte ställde krav på utförliga motiveringar i dessa fall. Då redan dessa riktlinjer ställde krav på begriplighet av avslagsbeslut är det dock inte en garanti för att resultatet tillräckligt ofta blir acceptabelt.

Nödvändiga kompletterande utredningar saknas

Ett tillräckligt och riktigt beslutsunderlag är en grundläggande förutsättning för en rättssäker tillämpning av regelverket. Försäkringskassan bör i många ärenden gå längre i sin utredning. Bristfälliga utredningar kan bland annat bero på myndighetens målstyrning av handläggningstider. För att inte överskrida det interna målet för handläggningstider kan det finnas risk för att beslutsfattaren avslår ansökan i stället för att begära ytterligare kompletteringar av ärendet.

Vissa prövningar som underlaget ger utrymme för görs inte

Det förekommer att Försäkringskassan inte gör sådana prövningar som underlaget ger utrymme för. I stället för att pröva om ersättning kan beviljas på en lägre nivå än i ansökan, avslås denna. Denna tendens är tydligast i den LFC-grupp där nybeviljandet är lägst.

Formell beslutsordning ingen garanti för tillräcklig kvalitet

Beslut om rätten till sjukersättning fattas enligt en särskild beslutsordning. En begränsad grupp tjänstemän föredrar respektive beslutar i de ärenden som omfattas. Det framgår sällan av akterna att beslutsfattare, som har det yttersta ansvaret för beslutet, eller föredragande ändrar handläggarens förslag till beslut eller begär komplettering av underlaget. Beslutsordningen kan upplevas som en trygghet för handläggarna. Utifrån akterna framstår det emellertid som att beslutsfattare och föredragande alltför sällan aktivt bidrar till att ytterligare underlag tas in.

Då övriga delar av granskningen pekar på att det finns flera förbättringsområden beträffande handläggning och beslut, kan det finnas anledning att ge förutsättningar för föredragande och beslutsfattare att ta ett aktivare ansvar.

Ofullständig renodling av sjukförsäkringen?

Genom avskaffandet av möjligheten att, om det fanns särskilda skäl, beakta den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare yrkeserfarenhet och andra liknande omständigheter har sjukförsäkringen renodlats. I akterna framkommer aldrig uttryckligen att sådana hänsyn tagits vid bedömning av rätten till sjukersättning. Där-
emot bedöms vid vissa både bifall och avslag att andra skäl än rent medicinska kan ha beaktats vid bedömningen av rätten till ersättning.

Det vanligaste exemplet är att den försäkrades ålder kan ha haft betydelse för beslutet, antingen till för- eller till nackdel för denne. Också den försäkrades försörjning kan ha påverkat bedömningen. Detta gäller exempelvis försäkrade som sedan länge är beroende av försörjningsstöd, eller vars dagar med sjukpenning ska ta slut.

Ej ändamålsenlig styrning av handläggningstider

Handläggningstiderna för beslut om sjukersättning framstår ofta som onödigt långa. Detta förefaller i många fall kunna bero på Försäkringskassans målstyrning. Då målet är satt till att beslut ska fattas inom 120 dagar riskerar onödigt många beslut att fattas först när denna dag närmar sig, i stället för när tillräckligt beslutunderlag föreligger. Vid en eventuell justering av styrningen måste mål om korta respektive förutsebara handläggningstider vägas mot varandra.

1 Inledning

I regleringsbrevet för 2010 fick Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) i uppdrag att granska om Försäkringskassan (FK) har säkerställt att de regler inom sjukförsäkringen som infördes i juli 2008 och i januari 2010 tillämpas likformigt, rättssäkert och effektivt, i enlighet med propositionens intentioner. Föreliggande rapport, vilken gäller FK:s beslut om sjukersättning, är en delredovisning av detta uppdrag.

1.1 Uppdraget

I regeringsuppdraget anges att granskningen ”ska avse om de vägledning, metodstöd och den utbildning som FK:s personal fått och de system för intern kontroll som finns inom myndigheten medfört att de nya reglerna på ett likformigt sätt fått genomslag i FK:s tillämpning.” Två delar av sjukförsäkringen som uppdraget specifikt preciserar ska granskas är ”beslut om sjukersättning” samt ”renodlingen av sjukförsäkringen genom avskaffandet av de särskilda skäl som gjorde att hänsyn tidigare togs till den försäkrades ålder, bostadsort, utbildning och tidigare yrkeserfarenhet.” Den senare av dessa punkter behandlas både inom denna rapport och i ISF:s rapport 2011:5, *Bedömning av arbetsförmågan vid de fasta tidsgränserna*.

1.2 Regeländringarna

De delar av reformen som omfattar sjukersättningen trädde i kraft den 1 juli 2008.² Kraven skärptes då för beviljande av sjukersättning. För att ersättning ska kunna beviljas ska den försäkrades arbetsförmåga vara *stadigvarande* nedsatt och medicinsk eller arbetslivsinriktad *rehabilitering* inte bedömas kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga.³ Med begreppet *stadigvarande nedsatt* avses, enligt förarbetena till lagstiftningen, att nedsättningen bedöms bestå för all överskådlig framtid.⁴ Prövningen av arbetsförmågan ska avse

om den försäkrade kan försörja sig själv genom *förvärvsarbete på arbetsmarknaden*.⁵ Det ska därmed inte längre vara möjligt att få sjukersättning i väntan på lönebidrag eller annan liknande anställning.⁶ Genom reformen avskaffades möjligheten att, om det fanns *särskilda skäl*, beakta den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet, och andra liknande omständigheter. Vidare togs möjligheten bort att nybevilja tidsbegränsad sjukersättning. För personer som hade rätt till tidsbegränsad ersättning vid ikraftträdandet finns det övergångsregler som gör det möjligt att bevilja ytterligare perioder om totalt högst 18 månader, dock längst till och med december 2012. Försäkringskassans möjlighet behölls att på eget initiativ byta ut en försäkrads sjukpenning mot sjukersättning.⁷ Tidpunkten för när prövning senast ska göras togs dock bort.⁸

1.3 Kunskapsläge om handläggningen av sjukersättningsärenden

Under hösten 2009 genomförde FK en granskning av beslut om både nybeviljande av sjukersättning och avslag på ansökan⁹. Huvudresultaten i studien var att underlaget för beslut bedömdes som otillräckligt i omkring ett av tio avslagsbeslut och i två av tio bifallsbeslut. Både beslut som bedömdes för generösa och för restriktiva förekom. Utöver FK:s uppföljning har ingen större studie genomförts av hur myndigheten tillämpar de nya reglerna om rätt till sjukersättning. Ingen studie har genomförts av någon oberoende instans.

1.4 Syfte

Syftet med denna granskning är att undersöka aspekter av rätts-säkerhet, likformighet och effektivitet i FK:s handläggning av ärenden om sjukersättning. De aspekter som granskats är:

- om det förekommer omotiverad regional variation i tillämpningen av de nya reglerna
- om FK motiverar beslut och ställningstaganden så att de blir begripliga för de försäkrade och så att uppföljning blir möjlig
- om FK gör de prövningar som underlaget ger utrymme för och vid behov genomför kompletterande utredningar
- hur handläggning och beslut kvalitetssäkras

- om avskaffandet av möjligheten att, om det fanns särskilda skäl, beakta den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare yrkeserfarenhet och andra liknande omständigheter efterlevs i tillämpningen samt
- om handläggningen sker så snabbt som möjligt.

1.5 Avgränsning

Granskningen avser endast beslut som fattats under 2010, omkring två år efter införandet av de nya reglerna. Perioden för genomförandet av regeländringarna analyseras alltså inte och inga jämförelser görs med tidigare perioder.

Granskningen omfattar bara beslut om rätt till sjukersättning för personer som inte har tidsbegränsad ersättning. Därmed exkluderas drygt hälften av både avslag och beviljanden av sjukersättning enligt nuvarande bestämmelser. Merparten av gruppen med tidsbegränsad sjukersättning har redan prövats mot rätten till ersättning tills vidare. Från 89 000 personer i juli 2008 kommer gruppen att ha minskat till 10 000 tre år senare.¹⁰ Hanteringen av denna grupp är därför en snart utagerad fråga. Förutsättningarna för FK:s prövning av rätten till sjukersättning för personer som inte har tidsbegränsad ersättning bör inte komma att förändras väsentligt inom ramen för nuvarande regelverk. Att granska dessa nybeviljandebeslut är därför mer framåt-syftande.

Alla typer av bifallsbeslut har granskats. Däremot har avslag exkluderats där avslagsgrunden var att arbetsförmågan bedömts inte vara nedsatt med minst en fjärdedel. Dessa ärenden, vilka motsvarar 45 procent av alla avslag under januari till september 2010, har bedömts tillföra alltför lite till analysen av hur FK tillämpar bestämmelserna om rätt till sjukersättning i de delar som har ändrats.

Slutligen har de beslut exkluderats som myndigheten fattat efter att den försäkrade begärt omprövning. Det har dels ett egenvärde att redan grundbesluten håller god kvalitet. Dels ändras bara omkring 5 procent av alla beslut om sjukersättning vid omprövning.

2 Metod och genomförande

I detta kapitel presenteras utgångspunkter och tillvägagångssätt för de tre delstudier som ingår i granskningen. För den läsare som främst är intresserad av resultaten kan dock kapitel 3 läsas fristående.

En registerstudie har genomförts i vilken andelen beviljanden av sjukersättning har beräknats per lokala försäkringscentra (LFC) efter det att hänsyn tagits till sammansättningen av försäkrade.

Två genomgångar av akter i sjukersättningsärenden har genomförts. En första aktgranskning har syftat till att kartlägga FK:s handläggning i hela landet. En andra granskning har genomförts för att svara på om det finns omotiverade skillnader mellan LFC. De grupper som granskats är de LFC som haft högst respektive lägst nybeviljande i registerstudien. Företrädare för FK:s huvudkontor har intervjuats om vissa delar av kvalitetssäkringsprocessen.

2.1 Registerstudie av likformighet i utfallet mellan olika LFC

2.1.1 Kontroll för bakgrundsfaktorer

De studerade perioderna är januari-juni 2009, juli-december 2009, samt januari-augusti 2010. Detta motsvarar i stort sett hela den möjliga undersökningsperioden vid beräkningstillfället i oktober 2010. Bland personer som antingen ansökt om sjukersättning eller som varit sjukskrivna i minst 180 dagar, ”*riskgruppen*”¹¹, har andelen som beviljats sjukersättning beräknats per LFC. För att skillnader i dessa andelar inte ska bero på olikheter i riskgruppens sammansättning har en så kallad linjär sannolikhetsmodell skattats. Beviljandet av sjukersättning används som beroende variabel och ett antal demografiska och socioekonomiska variabler som oberoende variabler.

De beräknade nybeviljandeandelarna beror därmed inte på att de försäkrade i olika LFC skiljer sig åt i de hänseenden som observerats. I praktiken beror sannolikheten att få sjukersättning dock på flera individuella faktorer som inte observeras. Dit hör till exempel vilka diagnoser den försäkrade har samt hur allvarlig sjukdomen är. En annan typ av möjlig orsak till att nybeviljandet kan skilja sig mellan olika LFC är om det finns systematiska skillnader i vilka som alls tillhör den riskgrupp som använts här. Om sannolikheten att bli långtidssjuk-skriven eller om det tidigare nybeviljandet skiljt sig åt mellan olika LFC kan inga enkla slutsatser dras från skillnader i beviljandeandel. Det kan alltså finnas saklig grund till att denna andel skiljer sig åt mellan LFC, trots kontroll för bakgrundsfaktorer. Registerstudien används av dessa anledningar endast för att gruppera LFC.

2.1.2 Indelning av LFC-grupper

Utifrån de beräknade nybeviljandeandelarna har två LFC-grupper definierats: *Hög*, de LFC där nybeviljandet efter kontroll för bakgrundsfaktorer översteg 8 procent, samt *Låg*, där det understeg 4 procent. Indelningen har gjorts med målet både att finna grupper som i registren har tydligt skiljda beviljandeandelar (minst dubbelt så hög i den första gruppen) och att de ska representera en betydande del av alla beslut som FK fattar. Tillsammans stod de två grupperna för omkring 45 procent av antalet beslut under perioden januari till augusti 2010. Dessa två LFC-grupper har undersökts i den andra aktgranskningen.

Resultatet av beräkningarna framgår av tabell 2.1. Andelen redovisas både före och efter att hänsyn tagits till socioekonomiska och demografiska bakgrundsfaktorer.¹²

Tabell 2.1. Nybeviljandeandel (%), spann av andelar per LFC – januari till september 2010

	<i>Justerat</i>	<i>Ojusterat</i>	<i>Antal i riskgruppen</i>
LFC-grupp Hög	8,2–10,2	7,4–10,2	13 620
Övriga	4,1–7,7	3,6–8,7	42 319
LFC-grupp Låg	2,4–4,0	3,6–4,8	22 824

2.2 Aktgranskningar

2.2.1 Urval

Två urval har dragits på nationell nivå. Urvalsramarna består av beslut om bifall (nybeviljande eller utbyte) eller avslag på ansökan om sjukersättning från september 2010.¹³ Ett obundet slumpmässigt urval om 150 akter från varje urvalsram har beställts. Lika många akter av varje beslutstyp drogs för att kunna dra slutsatser om både avslag och bifall snarare än att få ett representativt urval av alla beslut. Denna aktgenomgång benämns här *granskning 1*. En slumpmässig delmängd om drygt 100 akter per beslutstyp granskades. Delmängden drogs från de kompletta akter som tillhörde urvalsramen.

Ytterligare fyra urval av akter drogs utifrån den LFC-indelning som beskrivs ovan. Urvalsramarna bestod av beslut om antingen bifall eller avslag som fattats av LFC-grupperna *Hög* eller *Låg* under perioden januari till september 2010¹⁴. Ett urval om 100 akter beställdes från var och en av dessa urvalsramar. Genomgången av dessa akter benämns *granskning 2*.

Bortfallet i granskning 2 (16 procent) berodde på att ärenden inte beslutats vid något av de LFC som identifierats, att de var av fel beslutstyp, eller att inget medicinskt underlag fanns. Bortfallet har inte bedömts påverka resultaten (se bilaga 1). Urvalsramarna, urvalen samt granskade ärenden framgår av tabell 2.2. Urvalsramarnas storlek används som vikt när bifall och avslag beskrivs gemensamt.

Tabell 2.2. Urvalsram, urval, samt granskade akter

	Urvalsram	Urval	Granskade akter
<i>Hela landet september 2010</i>			
Bifall (nytt regelverk)	535	150	101
Avslag	221	161	107
<i>LFC-grupp Hög januari - september 2010</i>			
Bifall (nytt regelverk)	1 346	100	92
Avslag	431	100	69
<i>LFC-grupp Låg januari - september 2010</i>			
Bifall (nytt regelverk)	984	100	89
Avslag	1 017	100	86

2.2.2 Granskningar

Frågor och svarsalternativ till de båda granskningarna togs fram och testades på ett antal akter, av de personer som skulle genomföra granskningen. Sammanlagt reviderades frågorna i tre omgångar. Frågorna omfattade uppgifter om den försäkrade, beslutet, FK:s kvalitetssäkringsprocess, samt handläggningstider. Dessutom värderades hur tydligt motiverade FK:s bedömningar var.¹⁵

Frågorna i granskning 1 omfattade uppgifter om den försäkrade, beslutet, FK:s kvalitetssäkringsprocess, samt handläggningstider. Dessutom värderades hur tydligt motiverade FK:s bedömningar var. Granskning 2 bestod av tre delar. Den första omfattade en kortare version av granskning 1. Den andra bestod i att jurister¹⁶ värderade FK:s bedömning av rehabiliteringsmöjligheterna, beslutsmotiveringar, samt om andra omständigheter än arbetsförmågans nedsättning kan ha påverkat beslutet. Om granskningen ledde till slutsatsen att FK brustit i sin handläggning har samråd skett med minst ytterligare en granskare. Samsyn har krävts för att denna bedömning ska registreras.

Det tredje steget bestod i en särskild försäkringsmedicinsk bedömning. En läkare fick ta del av det medicinska underlaget i akten. Läkaren fick värdera bedömningen av funktionsförmågan i de medicinska underlagen samt av vad bedömningen av arbetsförmågan skett emot. Därtill skulle han fastställa intygsskrivande läkares förslag i senaste medicinska underlag. Slutligen bedömdes om, och isåfall vilken, stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan som förelåg, utifrån de medicinska dokumenten.

Frågor och svarsalternativ togs fram tillsammans med den granskande läkaren och ytterligare en läkare.¹⁷ Frågorna testades av de två läkarna oberoende av varandra på ett tiotal pilotfall. Därefter skedde en mindre revidering. Inledningsvis skedde gemensam granskning av de två läkarna av omkring trettio ärenden, framför allt gällande rörelseorganens sjukdomar.

Det medicinska underlaget utgjordes i de allra flesta fall av ”Läkarutlåtande om hälsotillstånd” (LUH), ofta tillsammans med andra underlag. I två procent av ärendena fanns endast ”Medicinskt underlag för bedömning av förmåga att arbeta vid sjukdom” (MU) som används vid bedömning av rätten till sjukpenning. Detta antyder att dessa fall avsåg utbyte av sjukpenning. Beslutet kunde alltså antas vara känt. I praktiken ingick både nybeviljanden efter ansökan och

avslag i denna grupp av ärenden. Granskningen var alltså blind, det vill säga bedömningen gjordes utan vetskap om vilket beslut som fattats, inom vilket LFC det fattats eller vilka LFC som tillhör vilken grupp.

2.3 Analys av likformigheten utifrån granskningen av medicinska underlag

Syftet med den medicinska granskningen var att undersöka om skillnaderna i utfall kan vara omotiverade. Den här valda metoden är betydligt bättre än enbart en registerstudie för att besvara frågan om eventuella skillnader eftersom hänsyn i varje ärende kan tas till en professionell bedömning av den försäkrades arbetsförmåga.

Den medicinska granskningen fastställer dock inte om FK:s beslut är korrekta. Omständigheter som framkommit i FK:s utredning, men inte i det medicinska underlaget, har inte funnits med i bedömningen. Vidare är försäkringsmedicin en medicinsk specialitet som grundas på ett betydande inslag av bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet. Eftersom granskningen har bedrivits av en läkare och under en koncentrerad tid kommer bedömningen dock vara mer enhetlig än de beslut som fattats vid ett antal olika LFC under en niomånadersperiod.

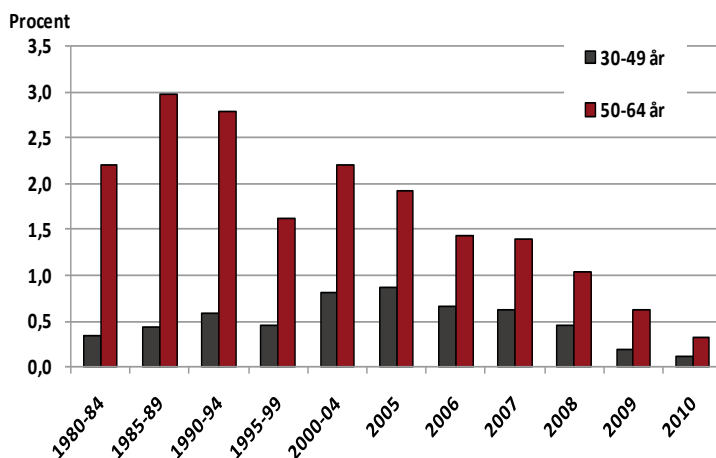
Var på en generositetsskala den granskande läkarens bedömningar befinner sig påverkar inte resultaten, såvida inte bedömningarna konsekvent varit mer restriktiva eller mer generösa än besluten i båda de studerade LFC-grupperna. Om så varit fallet skulle inte metoden ha fungerat för att studera likformighet i besluten, eftersom inga skillnader då skulle ha observerats mellan LFC-grupperna.

Att bedömningen gjorts utan att ta del av hela ärendet innebär att resultatet kan påverkas av om det finns systematiska skillnader i vilka uppgifter som återfinns i de medicinska underlagen. Denna möjliga felkälla minskas av att granskningen innehåller en del där hela akten har värderats. Skillnaderna mellan de två grupperna har också studerats efter kontroll för att olikheter i nybeviljande kan bero på skillnader i sammansättning av ärenden (se bilaga 1). Att denna analys ger samma resultat som vid den ursprungliga analysen stärker metodens tillförlitlighet.

3 Resultat

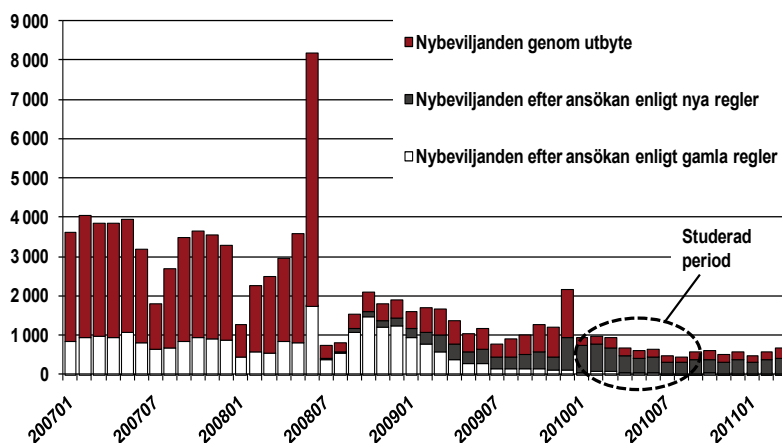
3.1 Förstärkt minskning av nybeviljandet sedan regeländringarna

Nybeviljandet av sjukersättning (förtidspension och sjukbidrag till 2002) har förändrats mycket sedan slutet av 1980-talet. Framför allt har nybeviljandet bland personer över 50 år minskat. Samtidigt har beviljandet *ökat* bland personer mellan 30 och 49. Under början av 2000-talet följdes emellertid den då höga långtidssjukfrånvaron av att nybeviljandet ökade även bland personer över 50 år. Sedan 2005-2006 har nybeviljandet istället minskat i alla grupper över 30 år (den lägsta åldern för att beviljas sjukersättning). Under 2007 var denna andel lägre än vad som tidigare uppmätts i befolkningen 50-64 år.



Figur 3.1. Nybeviljandefrekvens (%) av sjukersättning (förtidspension eller sjukbidrag -2002) per ålder

Regeländringarna i juli 2008 har följts av en fortsättning på denna trend, vilken pågick ännu under det första kvartalet 2011. Denna fortsatta minskning av nybeviljandet har medfört att det nu motsvarar omkring en tiondel av vad det var under 2000-talets första år. Minskningen av nybeviljandet har omfattat försäkrade i alla åldrar, av båda könen samt personer både med och utan tidigare sjukskrivning. I figur 3.2. redovisas antalet nybeviljanden av sjukersättning som beslutats varje månad sedan januari 2007. Främst är det antal ärenden där FK tar initiativ till att byta ut sjukpenning mot sjukersättning som har minskat.¹⁸ Det höga antalet utbyten i juni 2008 beror på att FK på våren 2008 beslutade att prioritera de prövningar om utbyte som pågick innan de nya reglerna trädde ikraft. Det något högre nybeviljandet i december 2009 omfattade främst personer vars dagar med sjukpenning skulle ha tagit slut i januari 2010.



Figur 3.2. Antal nybeviljanden av sjukersättning per månad

En anledning till den fortsatta minskningen av det totala antalet nybeviljanden under 2010 är att beslut enligt det tidigare regelverket ännu 2009 stod för en betydande del av besluten. I fall där ansökan inkommit före oktober 2008 har rätten till ersättning kunnat prövas enligt tidigare regelverk. Under den period som framför allt studerats inom detta uppdrag, januari till september 2010, utgjorde beslut enligt nuvarande regelverk 93 procent av det totala nybeviljandet. Alla ärenden som har granskats omfattas av nuvarande regelverk.

I ISF:s rapport 2010:6, *Regionala skillnader i sjukförsäkringens utfall*, visades att de geografiska skillnaderna i nybeviljande av sjuk-

ersättningen *ökade* väsentligt efter 2007. En möjlig orsak till detta antogs vara att tillämpningen av försäkringen blivit mindre geografiskt likformig efter regeländringarna i juli 2008. När helårsuppgifter för 2010 nu föreligger visar det sig dock att denna ökning varit tillfällig, och att de relativa regionala skillnaderna i nybeviljandet var *lägre* detta år än under merparten av det gångna decenniet.

3.2 Regional likformighet i tillämpningen

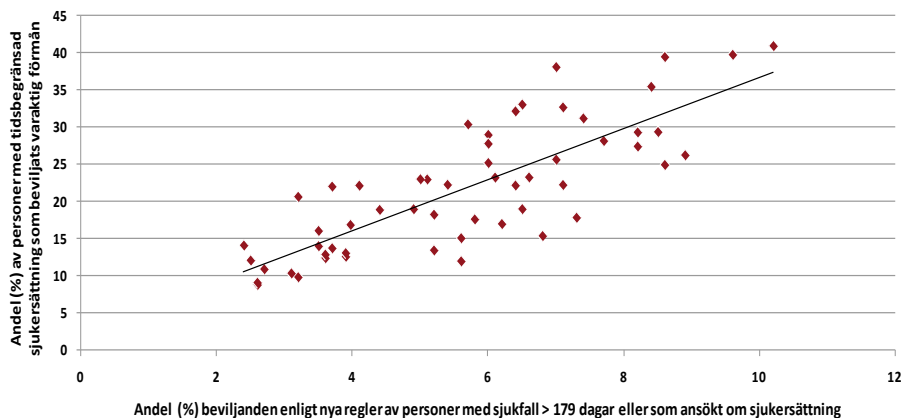
3.2.1 Betydande skillnader i nybeviljande mellan LFC

I metodkapitlet beskrivs den registerstudie som använts för att beräkna nybeviljandet av sjukersättning per LFC, efter kontroll för bakgrundsfaktorer hos dem som riskerar att beviljas sjukersättning. Den grupp som studerats är personer som ansökt om sjukersättning eller som varit sjukskrivna i minst 180 dagar. Nybeviljandet har studerats under perioden januari till augusti 2010.

I 9 LFC (motsvarande 25 procent av nybeviljandet under perioden) beviljades under januari till augusti 2010 mer än 8 procent av gruppen sjukersättning (här benämnd grupp *Hög*). Nybeviljandet var i 17 LFC (motsvarande 19 procent av nybeviljandet) lägre än 4 procent av gruppen (här benämnd grupp *Låg*). Motsvarande beräkningar har även genomförts för det första respektive andra halvåret 2009. Mönstren visar sig då förändras relativt mycket på ett år.¹⁹ Det justerade nybeviljandet är dock signifikant högre för grupp *Hög* än för grupp *Låg* under de tre perioderna. De regionala mönstren framstår alltså som relativt föränderliga, men de LFC som ligger högst respektive lägst skiljer sig ändå åt under hela den period under vilken det nya regelverket tillämpats. De regionala mönstren består till stor del även för perioden efter undersökningsperioden.²⁰

Dessa mönster kan även jämföras med utfallet för personer som tidigare haft tidsbegränsad sjukersättning (vars ärenden inte studerats närmare i denna granskning). Sedan i januari 2010 har varje månad omkring 4 000 - 5 000 personer med ersättning enligt övergångsbestämmelserna nått sin sista månad med sådan ersättning. Av dessa har i genomsnitt omkring 20 procent beviljats icke tidsbegränsad sjukersättning. Även denna andel skiljer sig betydligt åt mellan LFC. Av figur 3.3 framgår att andelen som i detta läge beviljas icke tidsbegränsad ersättning till stor del sammanfaller med den beräknade

nybeviljandeandelen. Även om den förra andelen varierar mellan 10 och 40 procent och den senare mellan 2 och 10 procent, är en hög andel för det ena måttet förknippat med en hög andel för det andra.²¹



Figur 3.3. Nybeviljande och övergångar från tidsbegränsad till tills vidare sjukersättning per LFC - januari till augusti 2010

Sammanfattningsvis förekom alltså, under januari till augusti 2010, betydande skillnader i andel nybeviljande av sjukersättning efter det att hänsyn tagits till socioekonomiska och demografiska faktorer. Detta mönster förändras över tiden, men de två LFC-grupper som identifierats skiljer sig signifikant under samtliga undersökta perioder mellan januari 2009 och september 2010, och det tycks bestå även under 2011. Det regionala mönster för nybeviljandet samvarierar till stor del med andelen personer med tidsbegränsad ersättning som beviljas sjukersättning tills vidare.²²

3.2.2 Skillnader i beviljande bekräftas av försäkringsmedicinsk granskning

I metodavsnittet beskrivs två aktgranskningar som genomförts för att studera FK:s handläggning av sjukersättning. ISF har granskat drygt 200 ärenden där beslut fattats i september 2010 (*granskning 1*) samt drygt 150 ärenden vardera från två specifika LFC-grupper där beslut fattats under perioden januari-september 2010 (*granskning 2*). Vid genomgång av dessa har uppgifter registrerats om bland annat hur ärendena kvalitetssäkras, hur tydligt motiverade FK:s bedömningar var, samt om handläggningstider. Inom granskning 2 har akterna

granskats djupare av jurister. En läkare har granskat de medicinska underlagen.

Av tabell 3.1 framgår att andelen av FK:s beslut som skiljer sig åt mot den bedömning som gjorts av den granskande läkaren, skiljer sig betydligt åt mellan de bägge LFC-grupperna. I de flesta fall är FK:s beslut och den granskande läkarens bedömning desamma. Besluten i LFC-grupp *Hög* har dock oftare än i *Låg* varit mer generösa än den granskande läkarens bedömning. För andelen beslut som är mer restriktiva än den granskande läkarens bedömning gäller det motsatta förhållandet. Besluten som är både generösare och restriktivare förekommer dock i båda grupperna.

Tabell 3.1. Andel (%) beslut som avviker från den granskande läkares bedömning

	<i>Differens mellan grupper (signifikans)</i>		
	<i>Hög</i>	<i>Låg</i>	
Mer generöst än granskande läkare	25	7	***
Beslut motsvarande granskande läkares bedömning	68	78	*
Mer restriktivt än granskande läkare	7	15	**

*** = signifikant på 1 %-nivån, **=signifikant på 5 %-nivån, *=signifikant på 10 %-nivån.

De konstaterade skillnaderna mellan LFC-grupperna består även om man tar hänsyn till de försäkrades kön, ålder, status vid ansökan, diagnoser, samt till bedömningen av kvaliteten i de medicinska underlagen och till den intygsskrivande läkarens bedömning av arbetsförmågenedsättningen. Dessa uppgifter har använts som bakgrundsfaktorer i en så kallad logistisk regression (se bilaga A). Efter kontroll för dessa faktorer har *Hög* 5-6 gånger högre sannolikhet än *Låg* att ha fattat ett generösare beslut än den granskande läkarens bedömning. Sannolikheten att ha fattat ett mer restriktivt beslut än den granskande läkarens bedömning är, efter kontroll, 3-4 gånger högre i *Låg* än i *Hög*.

Den sammantagna bilden av de medicinska underlagen är att de skillnader som observeras mellan de bägge LFC-grupperna inte kan förklaras av slumpen eller av olikheter i sammansättningen av försäkrade mellan olika LFC. LFC med ett högt nybeviljande bedömde de

undersökta fallen mer generöst än LFC med ett lågt nybeviljande, och vice versa.

3.2.3 Skillnader mellan LFC framkommer även vid granskning av hela akten

Bilden av omotiverade skillnader får stöd även av de bedömningar som gjorts med hela akterna som underlag. LFC-grupp *Hög* har oftare funnits ha bedömt rehabiliteringsmöjligheterna som uttömda i fall där granskningen funnit att underlaget inte stödjer detta tillräckligt. LFC-grupp *Låg* tycks oftare ha funnits bedöma att rehabiliteringsmöjligheterna *inte* varit uttömda, i fall där ISF funnit att underlaget *ger* tillräckligt stöd för att så är fallet. Denna senare skillnad är dock inte signifikant, med det begränsade material som använts (se tabell 3.2).

Tabell 3.2. Andel(%) ”ja” + ”tveksamt” på frågor om FK:s bedömning av rehabiliteringsmöjligheterna i två LFC-grupper

	<i>Hög</i>	<i>Låg</i>	<i>Differens mellan grupper (signifikans)</i>
Har FK bedömt att rehabiliteringsmöjligheterna <i>är</i> uttömda trots att tillräcklig utredning saknas för denna bedömning?	30	9	**
Har FK bedömt att rehabiliteringsmöjligheterna <i>inte</i> är uttömda trots att utredningen <i>ger</i> tillräckligt stöd för att rehabiliteringsmöjligheter saknas?	17	34	

*** = signifikant på 1 %-nivån, **=signifikant på 5 %-nivån, *=signifikant på 10 %-nivån.

En ytterligare indikation på att det föreligger omotiverade skillnader mellan de två LFC-grupperna kommer från bedömningen av om FK tagit hänsyn till andra omständigheter än nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom eller inte. I *Låg* är andelen avslagsärenden där FK bedöms ha gjort detta betydligt högre än i *Hög*. Det framstår även som troligt att det motsatta förhållandet gäller för bifallsärenden. Denna senare skillnad är dock inte signifikant.

Tabell 3.3. Kan FK ha beaktat andra faktorer än nedsättningen av arbetsförmågan? - andel (%) 'ja'

	Hög	Låg	Differens mellan grupper (signifikans)
Avslag	4	20	**
Bifall	11	5	

*** = signifikant på 1 %-nivån, **=signifikant på 5 %-nivån, *=signifikant på 10 %-nivån.

Skillnaderna i tabell 3.3. ger stöd för att det föreligger omotiverade skillnader mellan LFC-grupper. Däremot är denna fråga inte ett lika bra mått på förekomsten av ärenden där FK:s beslut har påverkats av andra omständigheter än av arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom. Om det fattade beslutet uppfattas som för generöst eller restriktivt, finns risken att detta påverkar bedömningen i denna del av granskningen. Denna fråga framstår därför som en bättre signal om omotiverade skillnader än som mått på hur ofta FK faktiskt tar hänsyn till andra omständigheter än arbetsförmågans nedsättning.

3.2.4 Oklart vad som ligger bakom skillnaderna

Inget regionalt mönster har identifierats som skulle kunna förklara vad som ligger bakom de konstaterade skillnaderna. LFC med oväntat både högt och lågt nybeviljande förekommer i både glesbygd och i storstadsområden, i både Norrland, Svealand och Götaland. Det finns inte heller några tydliga statistiska samband mellan nybeviljandet och handläggningstider för sjukersättning eller med lokal arbetslöshet.²³

Betydande *likheter* kan däremot konstateras mellan de bägge grupperna. Andelen ärenden som handlagts inom 120 dagar är snarlik inom respektive beslutstyp.²⁴ LFC inom båda grupperna startar handläggningen i stort sett lika snabbt. Båda grupperna beviljar också partiell ersättning oftare än genomsnittligt i riket.

Ingen uppenbar strukturell förklaring till de konstaterade skillnaderna har alltså uppdragats. I FK:s stora studie om regionala skillnader inom sjukförsäkringen²⁵ framkom att dessa skillnader under 2005 till viss del kunde förklaras av lokala attityder. Huruvida sådana faktorer ännu med FK:s nya organisation kan ha påverkat resultaten är omöjligt att säga utifrån föreliggande granskning. Att totala regionala skillnader ökade tillfälligt 2008, i likhet med vid tidigare regeländringar, antyder att ändringarna i sig medför inledningsvis osäkerhet i tillämpningen

men att denna eventuella effekt inte framstår som en trolig bidragande orsak till de skillnader som konstaterats här.

3.3 Andra aspekter av rättssäkerhet

3.3.1 Kvalitetssäkringsprocessen

När socialförsäkringsnämnderna avskaffades 2008, infördes en särskild beslutsordning som innebär att handläggningen sker i tre steg (SBO3). Utredningen genomförs av en handläggare som sedan överlämnar ärendet till en föredragande. Denne föredrar ärendet för en särskilt utsedd beslutsfattare. Enligt FK:s handlägningsstöd²⁶ är det föredraganden som ansvarar för kvalitetssäkringen. Sedan september 2010 pågår ett försök i hälften av landets LFC med en beslutsordning i två steg (SBO2) där funktionen föredragande tagits bort. I stället ska ärendet föredras av den handläggare som utrett ärendet. I SBO 2 ansvarar beslutsfattaren för kvalitetssäkringen. FK kommer att till i juni 2011 utvärdera om denna beslutsordning är förenlig med en bibehållen eller ökad kvalitet i beslut om sjukersättning.

I utredningen deltar i vissa fall även en särskild beräkningshandläggare, som bland annat beräknar eventuell ersättning. Av journalen framgår inte sällan att denne upptäcker brister i underlagen och påpekar detta för handläggaren. Handläggaren kan också under en pågående utredning konsultera en specialist för att få råd och stöd i försäkringstolkningen i ett specifikt ärende. Det finns dessutom möjlighet att konsultera försäkringsmedicinska rådgivare (FMR) vid behov av medicinsk sakkunskap. FMR har bland annat till uppgift att vägleda handläggaren när han eller hon ska ta ställning till om det medicinska underlaget är tillräckligt. I hanteringen av sjukersättningsärenden kan alltså eventuella brister i underlaget upptäckas av handläggare, beräkningshandläggare (när sådan deltar), föredragande (i SBO 3) och beslutsfattare, samt vid eventuell konsultation med specialist eller FMR.

I granskningen registrerades huruvida det av akten framgick att föredragande eller beslutsfattare begärt komplettering eller ändrat förslag till beslut. Resultaten av granskning 1 framgår av tabell 3.4. Motsvarande resultat i granskning 2 avviker inte nämnvärt från dessa.

Tabell 3.4. Andel (%) beslut där det av akten framgår att föredragande eller beslutsfattare begärt komplettering eller ändrat förslag till beslut – hela riket i september 2010

	<i>Särskild beslutsordning i två steg</i>	<i>Särskild beslutsordning i tre steg</i>
Har beslutsfattaren vid något tillfälle lämnat ärendet åter till handläggaren för komplettering eller annan handläggningsåtgärd (annat än för ordinarie kommunikering vid avslag)?		
Ja	16	3
Nej	84	97
Har förslag till beslut ändrats av beslutsfattaren?		
Ja	2	1
Nej	98	99
Har föredraganden vid något tillfälle lämnat ärende åter till handläggaren för komplettering eller annan handläggningsåtgärd (annat än för ordinarie kommunikering vid avslag)?		
Ja	-	17
Nej	-	83
Har förslag till beslut ändrats av föredraganden?		
Ja	-	1
Nej	-	99
Antal akter	69	139

Det framgår praktiskt taget aldrig i akterna att föredraganden eller beslutsfattaren ändrar förslag till beslut. Detta hände i knappt 2 procent av ärendena. Den kvalitetssäkring som görs av föredraganden (eller av beslutsfattaren i SBO 2) lämnar betydligt oftare spår i form av krav på kompletteringar av ärendet. Komplettering begärs i 16 procent respektive 17 procent av de ärendena där beslut fattades i september 2010. Komplettering sker i samtliga fall det begärs. Det kan exempelvis röra sig om att FMR behöver konsulteras. Ofta framgår det dock inte vilken komplettering som avses. Däremot visade det sig vara mycket ovanligt att det framgick av akten att beslutsfattaren inom SBO 3 begärt att ärendet skulle kompletteras (3 procent av ärendena). I FK:s metodstöd²⁷ anges att om beslutsfattaren anser att ärendet ska kompletteras ska han eller hon ange vad som ska utredas och varför. Det ska dokumenteras i journalen vilka kompletteringar

som ska göras. Varken aktgranskning eller uppföljande intervju med representanter för FK:s huvudkontor ger svar på varför det så sällan framgick av akten att beslutsfattaren begärt komplettering av ärendet. I idealfallet beror detta på att de utredningar som lämnas för beslut är tillräckliga. En möjlighet är också att det är journalföringen som brister. En annan fråga som väcks är om, och i så fall hur, den målsatta handläggningstiden spelar in (se vidare avsnitt 3.3.3).

Enligt FK:s vägledning²⁸ gäller som övergripande princip att handläggaren ska konsultera FMR om han eller hon är tveksam till vad som kan läsas ut av det medicinska underlaget eller är osäker på om underlaget behöver kompletteras. En konsultation görs muntligt vid en diskussion i grupp, som leds av en specialist. Vid muntlig konsultation diskuteras ärendet alltid avidentifierat. Syftet med gruppdiskussionen är att stärka handläggares förmåga att självständigt bedöma ärenden.²⁹ En muntlig konsultation kan ibland resultera i att handläggaren bedömer att det behövs ett skriftligt yttrande. Då ska FMR utfärda ett sådant.

FMR har sammantaget konsulterats i mellan 28 och 44 procent av alla ärenden. Det framgår sällan direkt av akten i vilken utsträckning FK:s bedömning ändras efter FMR-konsultationen.

Tabell 3.5. Andel (%) ärenden, per beslutstyp, där det av akten framgår att försäkringsmedicinsk rådgivare rådfrågats, september 2010

	<i>Avslag</i>	<i>Nybeviljande efter ansökan</i>	<i>Utbyte</i>
Totalt	28	37	44
Därav gruppkonsultation	26	20	41

Sammanfattningsvis konstateras att det finns en formaliserad beslutsordning för att säkra en rättssäker handläggning och likformiga beslut vilken följs i samtliga ärenden. Utifrån vad som dokumenteras framgår dock sällan att beslutsfattare eller föredragande ändrar handläggarens förslag till beslut eller begär komplettering av underlaget. Detta kan bero på att handläggaren stämmer av med föredraganden eller beslutsfattaren under handläggningens gång. Det framgår dock normalt inte av akterna.

3.3.2 Hur motiveras besluten?

Det finns olika skäl för att beslut bör vara väl motiverade. Motiveringen gör det möjligt att kontrollera hur myndigheten värderat olika delar av underlaget och hur det bedömts mot regelverket. Vid avslagsbeslut kan motiveringen ge förståelse för i vilka avseenden FK anser att det finns brister i underlaget vilka behöver kompletteras vid en begäran om omprövning. En tydlig motivering kan även övertyga den försäkrade om att beslutet är korrekt, vilket kan bidra till att omprövning inte begärs i onödan. För bifallsbeslut anges i FK:s riktlinjer för att skriva beslut³⁰ att motiveringen är viktig för att den försäkrade ska veta på vilka grunder som han eller hon får ersättning och därmed kan meddela när förändringar inträffar som kan påverka rätten till ersättning. Beslutsmotiveringen kan även fylla en viktig funktion vid de granskningar som genomförs av andra myndigheter, eller av FK själv för att följa upp kvaliteten i handläggning och beslutsfattande. Av förvaltningslagen följer att beslut om avslag på ansökan om sjukersättning ska motiveras. Något motsvarande krav finns inte vid bifallsbeslut.

Inom aktgranskningarna har FK:s beslutsmotiveringar studerats. I granskningen av beslut från hela riket bedömdes om det fanns en tydlig motivering angående vissa förutsättningar för rätt till sjukersättning (oförmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden, stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan, uttömda rehabiliteringsmöjligheter). I den andra granskningen gjordes en samlad bedömning av om det utifrån beslutsdokument och eventuellt förslag till beslut (kommunicering) som sänts till den försäkrade, gick att förstå skälen för beslutet. Flera tydliga mönster framkommer.

Tabell 3.6. Andel (%) ärenden där det finns en tydlig motivering, september 2010

	Avslag	Bifall
I beslut eller vid kommunikering	49	20
Hela akten	56	75

Avslag motiveras betydligt oftare än bifall i de handlingar som skickas till den försäkrade. Motiveringen bedöms dock som otillräcklig också i en stor del av avslagen. Det förekommer ofta att en tydlig

motivering finns någonstans i akten men att denna inte framgår av de handlingar som skickats till den försäkrade. Ibland finns en mer fullständig motivering i beslutsdokumentet än i kommunicerat förslag till beslut men ofta gäller det motsatta. I vissa fall krävs, för att man ska få en fullständig bild av skälen för FK:s ställningstagande, att motiveringen i beslutet läggs ihop med motiveringen i förslaget till beslut. I ett antal ärenden saknas rekvisitet ”stadigvarande” i kommunicerat förslag till beslut samtidigt som det utgör avslagsgrunden. I dessa fall finns risk för att den försäkrade inte förstår vad som behöver kompletteras i underlaget.

En vanlig utformning av motiveringen av avslagsbeslut är att FK redogör för de förutsättningar som ska vara uppfyllda för rätt till ersättning, och därefter konstaterar att det inte är styrkt att dessa förutsättningar är uppfyllda, utan närmare precisering. Ett exempel från en av de granskade akterna på en sådan motivering är denna:

”För att beviljas sjukersättning tillsvidare förutsätts att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt för all överskådlig framtid. Ytterligare medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering ska inte kunna leda till att arbetsförmåga återfås eller förbättras. Prövningen ska vara gjord mot förvärsarbeten på hela arbetsmarknaden inklusive arbeten med lönebidrag eller skyddat arbete vid Samhall.

Försäkringskassan bedömer med stöd av inkomna medicinska underlag att din arbetsförmåga inte är stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel i alla förvärsarbeten på arbetsmarknaden. Rehabiliteringsmöjligheterna kan inte anses vara uttömda.”

En förklaring till att det vid bifall sällan anges någon tydlig motivering i beslutsdokumentet kan vara att det i de riktlinjer för att skriva beslut som gällde under den undersökta perioden³¹ anges att motivering är överflödig vid positiva beslut. Detta har delvis ändrats i den version av riktlinjerna som gäller sedan januari 2011. Detta förklarar dock inte de bristande motiveringarna vid avslagsbeslut. I båda versionerna av riktlinjerna understryker FK att negativa beslut alltid ska motiveras, och att det är viktigt att mottagaren förstår skälen för beslutet. Det ska tydligt framgå varför mottagaren inte fått det han eller hon begärt, vilket FK illustrerar med följande exempel:

”Din sjukersättning sänks från halv till en fjärdedels ersättning. Det beror på att du arbetat 24 timmar per vecka hos din arbetsgivare sedan den 9 januari och fram till att anställningen upphörde den 1 juli. Med hänsyn till att du klarat att arbeta mer än halvtid bedömer Försäkringskassan att din arbetsförmåga har förbättrats väsentligt. Du kan därför inte få mer än en fjärdedels ersättning.”³²

Flera av de motiveringar som används frekvent återfinns i en förteckning med exempel som finns under rubriken ”Olika typer av bedömningar” i FK:s metodstöd. Dessa kan uppfattas som exempel på beslutsmotiveringar. Det framgår dock inte om detta är avsikten.

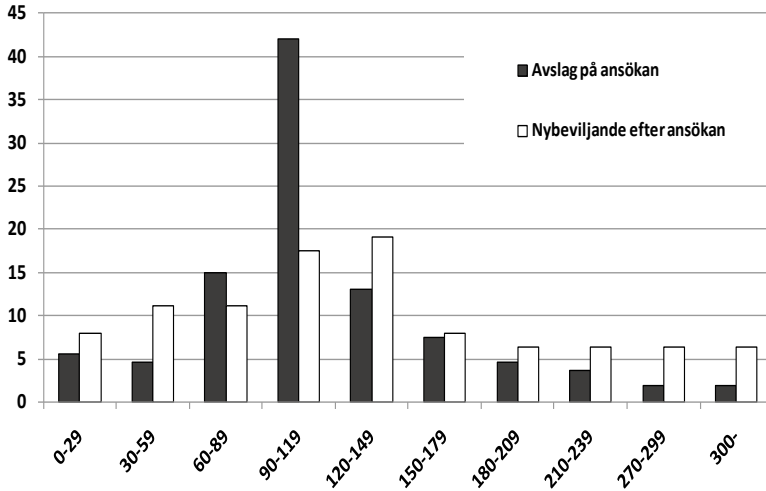
Sammanfattningsvis konstateras att FK:s bedömningar alltför ofta inte är tydligt motiverade.

3.3.3 FK:s utredningar och prövningar

Ett tillräckligt och korrekt beslutsunderlag är en förutsättning för en rättssäker tillämpning av regelverket. Ingen strukturerad granskning av hur FK lever upp till sin utredningsskyldighet har gjorts. I många ärenden är dock bedömningen att FK inte begär nödvändiga kompletteringar av utredningen, framför allt i form av förtydligande av läkare. I valet mellan att utreda vidare och att fatta beslut på befintligt underlag faller valet ofta på det senare. När underlaget egentligen skulle ha behövt kompletteras och därför är otillräckligt för ett bifall, blir beslutet ofta ett avslag.

I ett flertal avslagsärenden har noterats att beslut fattats med kort tid kvar till dag 120, samt att underlaget borde ha kompletterats. En anledning till att handläggare och beslutsfattare kan känna press att avslå snarare än att utreda vidare är därför den målstyrning av handläggningstiderna som sker. Det interna målet är satt till att minst 75 procent av beslut om sjuk- eller aktivitetsersättning ska fattas inom 120 dagar från att ansökan kommit in (se vidare under avsnitt 3.4.).

Avslag är dessutom betydligt mer koncentrerade till intervallet 90-119 dagar än vad bifall är (se figur 3.5). Handläggningstider överstigande 120 dagar kan noteras i 33 procent av avslagen mot 52 procent av bifallen (se vidare avsnitt 3.4). Det framstår alltså som om styrningen av handläggningstiderna kan inverka på hur mycket FK utreder sjukersättningsärenden, och eventuellt även kan påverka risken för avslag.



Figur 3.5. Andel (%) beslut fördelat på antal dagar mellan inkommen ansökan och expedierat beslut

I FK:s metodstöd framhålls vikten av att ärendet avslutas inom den målsatta tiden genom följande uttalande: ”I komplicerade fall kan beslutsfattaren behöva gå igenom underlaget ytterligare och fattar därefter beslut. Detta måste göras så att ärendet avslutas inom målsatt tid”.³³

En parallell till de ärenden där FK:s utredning framstår som otillräcklig är de ärenden där bedömningen är att myndigheten inte har gjort nödvändiga prövningar. Ett relativt ofta förekommande exempel är att FK avslår en ansökan om sjukersättning i stället för att pröva rätten till ersättning på lägre nivå än den sökta.³⁴ Hur ofta FK har avslagit ansökan, respektive beviljat ersättning på lägre nivå, framgår av tabell 3.7. I tabellen har endast ärenden inkluderats där den intygsskrivande läkaren bedömt nedsättning med minst hälften.³⁵ I hur stor andel av dessa avslag som det funnits förutsättning att bevilja ersättning på lägre nivå har inte beräknats.

Tabell 3.7. Andel (%) beslut av olika typ – ärenden där läkare bedömt nedsättning med minst hälften – två LFC-grupper under januari till september 2010

LFC-grupper	Hög	Differens mellan grupper	
		Låg	(signifikans)
Avslag	30	55	***
Nybeviljande på lägre omfattning än ansökt	7	1	*

*** = signifikant på 1 %-nivån, **=signifikant på 5 %-nivån, *=signifikant på 10 %-nivån.

Denna tendens tycks vara följd av ett medvetet val. FK anger i sin vägledning³⁶ att man vanligtvis ska vänta med att byta ut sjukpennningen mot sjukersättning tills möjligheterna till rehabilitering är uttömda. Det gäller även om FK får underlag som visar att den försäkrade kommer att ha en partiell stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan även efter rehabilitering. Vidare anges att det i regel inte går att bedöma i vilken utsträckning den försäkrades arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt, så länge rehabiliteringsmöjligheterna inte är uttömda på *heltid*.

Denna inställning framgår även av det undervisningsmaterial från FK:s så kallade ”Lika-seminarier” om sjuk- och aktivitetsersättning som myndigheten organiserade för vissa specialister, beslutsfattare och föredragande under februari och mars 2010, i syfte att uppnå en mer likformig tillämpning. Typfallet ”Matteus”, som beskrevs vid seminarierna, gällde en försäkrad för vilken FK tillsammans med Arbetsförmedlingen planerat en arbetsträning med målet lättare arbetsuppgifter på heltid. Enligt behandlande läkare skulle den försäkrade aldrig kunna arbeta heltid men borde efter arbetsträningen kunna stå till arbetsmarknadens förfogande på deltid. Den försäkrade blev tvungen att avbryta arbetsträningen på grund av ökade besvär när han försökte att trappa upp arbetsträningen.

I facit till ärendet ger FK uttryck för samma inställning som framgår av vägledningstexten som citeras ovan. FK anger att rätt till sjukersättning som regel föreligger först när rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda på heltid även om det finns ett medicinskt underlag som visar att det finns en partiell nedsättning som är stadigvarande. Det framgår inte av facit, eller av utbildningsmaterialet i övrigt, att ställning ska tas till om rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda motsvarande minst en fjärdedel och att ersättning på en lägre nivå än

hel förmån därmed kan beviljas. Utformningen av vägledningen och utbildningsmaterialet kan vara en bidragande orsak till att myndigheten avslår i stället för att pröva sjukersättning på den del det inte bedömts vara möjligt att återställa någon arbetsförmåga.

I granskningarna har ISF alltså funnit både ärenden där styrningen av handläggningstiderna kan leda till att nödvändiga utredningar inte genomförs och ärenden där myndighetens tillämpning verkar medföra att nödvändiga prövningar inte görs.

3.3.4 Renodlingen av sjukförsäkringen

Med renodling avses här de regeländringar som trädde i kraft den 1 juni 2008, och som innebär att andra faktorer än nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom inte längre ska kunna påverka rätten till ersättning. Dessförinnan kunde, om det fanns *särskilda skäl*, den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare yrkeserfarenhet och andra liknande omständigheter beaktas.

För beslut från i september 2010 har det granskats om FK nämnt eller begärt in någon av de omständigheter som tidigare kunde beaktas om det förelåg särskilda skäl. Därtill har bedömts om dessa omständigheter har påverkat beslutet. Sammantaget bedöms att någon sådan omständighet kan ha påverkat FK:s beslut i 6 procent av bifallen.

Vid genomgång av akter från de två LFC-grupperna har frågan ställts, ”Är det din bedömning att FK i sin bedömning kan ha beaktat andra omständigheter än nedsättningen av arbetsförmågan?” Redan av den första granskningen framgår att FK sällan anger att man beaktar de omständigheter som tidigare kunde åberopas enligt bestämmelserna om särskilda skäl. Avsikten har därför varit att bredda frågeställningen till att gälla fler omständigheter och alla beslut. I bifallsärenden bedöms FK ha vägt in andra omständigheter i 8 procent av fallen och i avslagsärendena i 15 procent. Samma fråga har inte ställts för alla LFC, så det finns ingen motsvarande siffra för hela riket. Då dessa bägge grupper representerar omkring 45 procent av alla beslut om sjukersättning tyder detta dock på att andelen ärenden där FK:s beslut kan ha påverkats av sådana omständigheter inte är försumbar.

Möjligheten att beakta andra omständigheter vid bedömning av rätten till sjukersättning än sjukdom var tänkt att tillämpas för att ge den försäkrade en mer gynnsam bedömning. De omständigheter som här bedöms ha inverkat på beslutet kan emellertid ha verkat ibland till

fördel, ibland till nackdel för den försäkrade. Som exempel på sådana omständigheter kan nämnas ålder. Yngre personer kan i vissa ärenden ha bedömts restriktivt på grund av sin ålder. För personer över 60 år bedöms åldern ha inverkat både i restriktiv riktning (kanske som ett utslag för en rädsla för att tillämpa den tidigare regleringen om särskilda skäl) och i mer generös riktning. Att ta ställning till om arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt kan vara svårare om den försäkrade är yngre jämfört med någon som närmar sig ålderspension. Att renodla bedömningen av rätten till ersättning med avseende på ålder är därför i praktiken inte enkelt.

Också den försäkrades försörjning kan ha påverkat bedömningen i vissa fall. Detta gäller exempelvis försäkrade som sedan länge var beroende av försörjningsstöd, eller vars dagar med sjukpenning snart skulle ta slut.

I FK:s vägledning finns en beskrivning av ett förarbetsuttalande som skulle kunna missuppfattas. I förarbetsuttalandet³⁷, sägs att

”För att berättiga till ersättning från sjukförsäkringen eller förtidspensioneringen skall nedsättningen av arbetsförmågan vara orsakad av sjukdom (eller ett därmed jämställt medicinskt tillstånd). Med detta är emellertid inte sagt att det inte skall gå att ta hänsyn till individuella förhållanden med avseende på *hur sjukdomen i det enskilda fallet påverkar* den försäkrades arbetsförmåga.” (ISF:s kursivering)

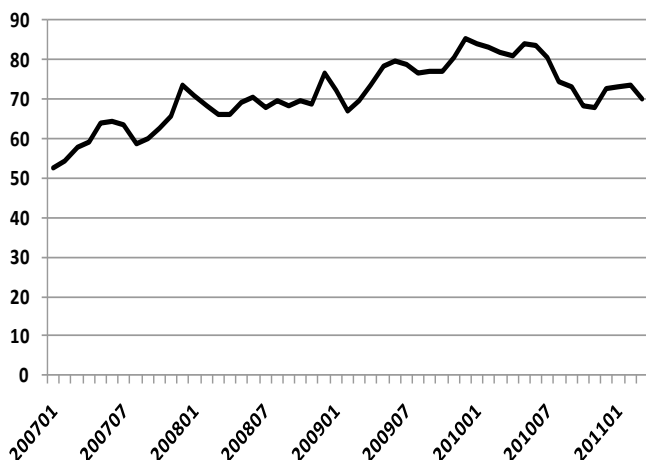
I FK:s vägledning har den kursiverade texten inte tagits med, vilket skulle kunna uppfattas som att det finns utrymme för att beakta individuella förhållanden generellt. Att detta skulle vara en betydande orsak till de konstaterade mönstren framstår dock som osannolikt.

Sammanfattningsvis finns inga starka tecken på att FK fortsatt att tillämpa de tidigare särskilda skälen inom sjukersättningen. Endast i något enstaka undantag framgår det att andra omständigheter än arbetsförmågenedsättning till följd av sjukdom har beaktats. Av intervjuer med bland annat handläggare på FK framkommer att dessa ytterst sällan använde sig av dessa möjligheter, redan innan regeländringen. Omställningen upplevdes därför inte som svår i denna del.³⁸ I närmare var tionde ärende bedöms dock att sådana omständigheter kan ha påverkat FK:s beslut.

3.4 Aspekter av effektivitet – handläggningstider

Förturbara och rimligt långa handläggningstider är ett viktigt mått på rättssäkerhet och effektivitet. I de aktgranskningar som genomförts har olika mått på handläggningstider registrerats med utgångspunkt i både den försäkrades perspektiv och i ett produktionsperspektiv.

FK följer upp handläggningstiderna inom sjukersättningen via andelen beslut som fattats inom 120 dagar från inkommen ansökan. Därmed mäts inte handläggningstider för utbyten. Av figur 3.6. framgår andelen ärenden som i FK:s uppföljning uppfyller detta mål sedan januari 2007. En andel över 75 procent bedöms av FK vara ett godkänt resultat. I FK:s uppföljning av myndighetens styrkort³⁹ förklaras nedgången under hösten 2010 med ”ett minskat inflöde p.g.a. att de tidsbegränsade sjukersättningarna utfasas. Under en övergångsperiod innebär det att ärendestocken består av oproportionerligt många äldre ärenden.”⁴⁰

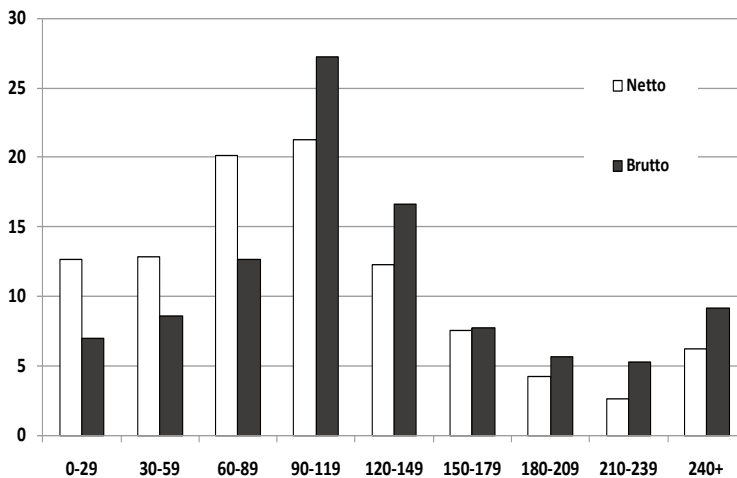


Figur 3.6. Andel (%) beslut om sjukersättning (ansökningsärenden) inom 120 dagar i FK:s uppföljning

Av uppföljningen framgår inte om syftet med styrningen av handläggningstiderna främst är att minimera väntetiden för de försäkrade eller om det snarare är att effektivisera de interna processerna. Med två olika mått för dessa två syften kan de bägge aspekterna jämföras. För att mäta den tid som den försäkrade får vänta på beslut har här

total handläggningstid mätts. Till skillnad från hos FK mäts dock tiden fram till dess att beslutet *meddelas* den försäkrade. Detta sker i de allra flesta fall genom att FK skickar ett beslutsbrev, men det händer också att handläggaren ringer den försäkrade. Då den handläggningstid som den försäkrade upplever är tiden fram till besked om beslut är det här använda måttet mer relevant ur den försäkrades perspektiv.

För de beslutstyper som granskats har 54 procent av besluten i september 2010 expedierats inom 120 dagar och 71 procent inom maximalt 149 dagar. Av alla beslut om sjukersättning som fattade i september 2010 visar FK:s uppföljning att 73 procent fattades inom 120 dagar. En viktig orsak till skillnaden är att det mått som använts här är tid till dess att beslutet expedieras. I de flesta fall sker detta i stort sett samma dag som beslut fattats, men i 16 procent av ärendena tar det minst ytterligare 10 dagar. Orsaken till detta framgår sällan.



Figur 3.7. Andel (%) av samtliga granskade beslut med handläggningstid inom respektive antal dagar - sep 2010

För att bättre mäta handläggningstider ur ett produktionsperspektiv har även en *nettohandläggningstid* per ärende beräknats, där tid under vilken FK väntar på ytterligare kompletteringar har dragits bort. Det finns tillfällen då FK verkar ha gjort allt för att få in tillräckliga underlag för beslut men där dessa dröjer. Av figur 3.7 framgår brutto- och nettohandläggningstid för beslut i september 2010. Även denna

nettohandläggningstid överstiger 120 dagar i en tredjedel (35 procent) av besluten. FK:s bedömning och utredning tycks dock i många fall ha kunnat genomföras på en dag. Även nettohandläggningstiden består alltså till allra största del av ligg tid för ärenden.

Det framgår sällan av akten varför handläggningen tagit så lång tid. Det förekommer ärenden med rik korrespondens mellan FK och den försäkrade och där den senare kommer med underlag som skjuter upp planerade beslut. Dessa utgör dock undantag. Många fall blir i stället liggande utan åtgärd veckor i sträck, innan handläggningen skyndsamt sker för att beslut ska kunna fattas innan dag 120.

En anledning till att flera ärenden tagit lång tid att handlägga kan vara att beslut som fattats i september har granskats. En tendens finns till att ärenden blivit liggande över sommaren, under ordinarie handläggares semester. Frågan är hur mycket detta ska få påverka handläggningen. Det är inte rimligt att en ansökan som inkommer den 30 juni inte börjar handläggas förrän den 16 augusti, vilket var fallet i ett ärende. I många fall blir ärenden liggande längre tid än så. I två ärenden finns inget tecken på aktivitet mellan april och juli 2010.

I många av ärendena framstår just målet om beslut inom 120 dagar som en trolig anledning till att handläggningen inte varit snabbare. När ett ärende fördelats på en personlig handläggare markeras dag 120 efter det att ansökan inkommit. Ofta händer det att inget mer skrivs i journalen på flera veckor. I många fall tycks det alltså som att en betydande del av handläggningstiden inte beror på behov av utredning utan snarare på myndighetens uppsatta mål för när beslut ska vara fattade.

Den målstyrning som sker bedöms bidra till handläggningstider som är mer koncentrerade än de annars skulle ha varit (delvis illustrerat i figur 3.5). Om detta sker genom att vissa ärenden beslutas senare än nödvändigt medför det längre genomsnittliga handläggningstider. Å andra sidan blir handläggningstiden lättare att förutse för den försäkrade, vilket även det har ett egenvärde.

Sammanfattningsvis kan det finnas anledning att se över hur handläggningstiden följs upp och styrs inom sjukersättningen. En första viktig fråga är då om det är korta eller förutsebara handläggningstider som bör prioriteras. En andra är om det är den försäkrades väntetid eller myndighetens produktionstakt (eller båda) som ska målsättas.

4 Sammanfattande slutsatser

Sedan de nya reglerna för beviljande av sjukersättning infördes, den 1 juli 2008, har nybeviljandet minskat till historiskt låga nivåer. Det har i flera sammanhang konstaterats att tiden för införandet av de nya reglerna varit knapp. Detta gäller främst införandet av den tidsatta rehabiliteringskedjan. Den ansträngda situationen kan dock ha påverkat förutsättningarna för de personliga handläggare som ofta utreder rätten till sjukersättning. Nu har det emellertid gått nästan tre år sedan de nya reglerna trätt i kraft. Granskningen avser inte införandefasen. Tid har funnits att anpassa styrdokument, utbilda medarbetare med mera. Följande potentiella förbättringsområden har identifierats.

Omotiverade skillnader mellan LFC

Under januari till september 2010 fanns betydande skillnader mellan lokala försäkringscentra (LFC) i andelen nybeviljad sjukersättning, när hänsyn tagits till socioekonomiska och demografiska faktorer. De två LFC-grupper som identifierats skiljer sig signifikant under hela perioden från januari 2009 till september 2010. Det relativa nybeviljandet är dubbelt så högt i den ena gruppen som i den andra ännu under det första kvartalet 2011. Det regionala mönstret för nybeviljandet samvarierar till stor del med mönstret för andel personer som övergår från tidsbegränsad till icke tidsbegränsad sjukersättning. Inga tydliga tecken finns på att skillnaderna i nybeviljandet kan förklaras av *tidigare* olikformighet i hanteringen av sjukskrivning.

Resultaten från aktgranskningarna ger stöd för att skillnaderna mellan LFC delvis är omotiverade. Detta gäller både då en läkare tagit ställning till enbart det medicinska underlaget i akterna då jurister gjort bedömningar utifrån hela akten. Den grupp LFC som i registerstudien visat sig ha det högsta nybeviljandet framstår konsekvent som mer generös än den grupp som har det lägsta. Det förekommer alltså

systematiska och omotiverade skillnader vid tillämpningen av bestämmelserna om rätten till sjukersättning. Samtidigt pekar uppdaterade beräkningar av regionala skillnader i nybeviljande på att dessa skillnader *minskat* väsentligt sedan 2008. Även om problemet med regional olikformighet kvarstår, ser det alltså ut att minska.

Otillfredsställande motiveringar

Försäkringskassans bedömningar är alltför ofta inte motiverade så att det går att förstå skälen för besluten. Därmed blir det till exempel svårt för den försäkrade att veta i vilka avseenden FK anser att det finns brister i underlaget vilka behöver kompletteras vid en eventuell begäran om omprövning. Utan tydliga motiveringar av Försäkringskassans bedömningar försvåras också granskningar av andra myndigheter och av Försäkringskassan själv för att följa upp kvaliteten i handläggning och tillämpning. Vid avslag finns en tydlig motivering i de handlingar som skickas till den försäkrade, i endast drygt hälften av ärendena. Vid bifall – där förvaltningslagen inte ställer krav på motivering – är motiven för beslutet endast i undantagsfall tydligt beskrivna i dessa dokument. Däremot finns en sådan motivering någonstans i akten i drygt tre fjärdedelar av ärendena.

Att bifallsbeslut inte motiverats bättre kan bero på att den tidigare versionen av Försäkringskassans riktlinjer⁴¹ för att skriva beslut inte ställde krav på utförliga motiveringar i dessa fall. I de riktlinjer som gäller sedan januari 2011 anges att det även vid vissa bifallsbeslut kan finnas behov av en utförlig motivering. Då redan tidigare riktlinjer ställde höga krav på begriplighet av avslagsbeslut är det dock inte en garanti för att resultatet tillräckligt ofta blir acceptabelt.

Behovet av tydliga och utförliga motiveringar är särskilt stort i en situation med ett nytt regelverk, vilket dessutom varit föremål för omfattande medial kritik. För att stärka tilltron till försäkringen bör Försäkringskassan därför lägga särskild vikt på att beslut motiveras så att kopplingen blir tydlig mellan de konkreta omständigheterna i ärendet och de olika rekvisiten för rätten till ersättning. För att motiveringarna ska bli bättre kan i vissa sjukersättningsärenden krävas att Försäkringskassans utredningar förbättras.

Nödvändiga kompletterande utredningar saknas

Ett tillräckligt och riktigt beslutsunderlag är en grundläggande förutsättning för en rättssäker tillämpning av regelverket. Försäkringskassan bör i många ärenden gå längre i sin utredning. Bristfälliga utredningar kan bland annat bero på myndighetens målstyrning av handläggningstider. För att inte överskrida de 120 dagar som internt satts upp som mål kan det finnas risk för att beslutsfattaren avslår ansökan i stället för att begära ytterligare kompletteringar av ärendet.

Vissa prövningar som underlaget ger utrymme för görs inte

Det förekommer att Försäkringskassan inte gör sådana prövningar som underlaget ger utrymme för. I stället för att pröva om ersättning kan beviljas på en lägre nivå än den som angivits i ansökan, avslås ansökan. Denna tendens är tydligast i den LFC-grupp där nybeviljandet är lägst.

Formell beslutsordning ingen garanti för tillräcklig kvalitet

Beslut om rätten till sjukersättning fattas enligt en särskild beslutsordning. En begränsad grupp tjänstemän föredrar respektive beslutar i de ärenden som omfattas. Det framgår sällan av akterna att beslutsfattare, som har det yttersta ansvaret för beslutet, eller föredragande ändrar handläggarens förslag till beslut eller begär komplettering av underlaget.

Beslutsordningen kan upplevas som en trygghet för handläggarna. Utifrån akterna framstår det emellertid som att beslutsfattare och föredragande alltför sällan aktivt bidrar till att ytterligare underlag tas in. Detta kan bero på att det förekommer en kontinuerlig dialog mellan de olika yrkesrollerna innan ärenden formellt lämnas till föredraganden, vilken dock inte lämnar spår i akterna.

Då övriga delar av granskningen pekar på att det finns flera förbättringsområden beträffande handläggning och beslut, kan det finnas anledning att ge förutsättningar för föredragande och beslutsfattare att ta ett aktivare ansvar för sjukersättningsärendena. Detta gäller oavsett om Försäkringskassan, efter det försök som nu pågår, beslutar sig för att gå vidare med en beslutsordning i två eller tre steg.

Ofullständig renodling av sjukförsäkringen?

Genom avskaffandet av möjligheten att om det fanns särskilda skäl beakta den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare yrkeserfarenhet och andra liknande omständigheter har sjukförsäkringen renodlats. I akterna framkommer aldrig uttryckligen att sådana hänsyn tagits vid bedömning av rätten till sjukersättning. Däremot bedöms i knappt vart tionde bifall och i drygt vart tionde avslag att andra skäl än rent medicinska kan ha beaktats vid bedömningen av rätten till ersättning. Det är alltså troligt att omständigheter liknande de som tidigare kunde beaktas, i viss utsträckning vägs in vid bedömningen av rätten till ersättning.

Det vanligaste exemplet är att den försäkrades ålder verkar ha haft betydelse för beslutet, antingen till för- eller till nackdel för denne. Också den försäkrades försörjning kan ha påverkat bedömningen i vissa fall. Detta gäller exempelvis försäkrade som sedan länge är beroende av försörjningsstöd, eller vars dagar med sjukpenning snart tar slut.

Ej ändamålsenlig styrning av handläggningstider

Handläggningstiderna för beslut om sjukersättning framstår ofta som onödigt långa, med ärenden som blir liggande utan åtgärd under veckor eller månader. Detta förefaller i många fall kunna bero på den målstyrning som sker. Då det enda mål för handläggningstiderna som följs upp är huruvida beslut fattas inom 120 dagar, riskerar onödigt många beslut att fattas först när denna dag närmar sig, i stället för när tillräckligt beslutunderlag föreligger.

Den befintliga målstyrningen kan alltså bidra både till att vissa ärenden inte utreds tillräckligt och till att färdigutredda ärenden blir liggande i väntan på att beslut fattas. Handläggningstider skulle dessutom kunna mätas mer ändamålsenligt än vad Försäkringskassan gör. Tiden från inkommen ansökan till dess att beslutet har meddelats den försäkrade (vilket i mer än var sjunde ärende tar mer än 10 dagar efter beslut) är mer relevant för den försäkrade än tiden till beslut.

Vid en eventuell justering av styrningen måste minst två avväganden göras. Dels måste mål om korta respektive förutsebara handläggningstider vägas mot varandra. Dels måste Försäkringskassan ta ställning till om handläggningstiderna ska följas ur den försäkrades eller

ur myndighetens perspektiv. Om båda perspektiven ska tas tillvara kan olika mått behövas för att mäta måluppfyllelsen.

Referenser

Försäkringskassan, 2006, Sjukförsäkring - Kulturer och Attityder, Fyra aktörers perspektiv, Försäkringskassan Analyserar 2006:16.

Försäkringskassan, 2007, Riktlinje 2005:14, version 4, *Att skriva beslut i Försäkringskassan*.

Försäkringskassan, 2008, *Process för att tillhandahålla sjukersättning och aktivitetsersättning*, version 4.

Försäkringskassan 2009, *Sjukersättning – de bakomliggande skälen till ställningstagande*, Svar på regeringsuppdrag, Dnr 057501-2009.

Försäkringskassan 2009-2010, Metodstöd, *Handläggning av sjukersättning och aktivitetsersättning*.

Försäkringskassan, 2010, Vägledning, 2004:9, *Sjukersättning och aktivitetsersättning rätten till och beräkning m.m.* version 12.

Försäkringskassan, 2010, Vägledning, 2004:2, *Sjukpenning och samordnad rehabilitering*, version 16.

Försäkringskassan, 2010, Utbildningsmaterial till Lika-seminarier inom sjuk- och aktivitetsersättning, våren 2010.

Försäkringskassan, 2011, *Försäkringskassans månadsuppföljning – december 2010*.

Försäkringskassan, 2011, *Processen för att utreda och besluta om rätten till sjukersättning och aktivitetsersättning, beräkna och besluta om ersättningen samt samordna rehabilitering under tid med ersättning* (Ensa-process).

Försäkringskassan, 2011, Budgetunderlag för 2012-2014.

Försäkringskassan, 2011, Riktlinje 2005:14, version 5, *Att skriva beslut i Försäkringskassan*.

Inspektionen för socialförsäkringen 2010, Rapport 2010:6, *Regionala skillnader i sjukförsäkringens utfall*.

Inspektionen för socialförsäkringen 2011, Rapport 2011:2, *Styrning i Försäkringskassan*.

Bilaga 1 – regressions-skattningar av generositet och restriktivitet i LFC-grupper

I resultatkapitlet jämförs differensen mellan den granskande läkarens bedömning och FK:s beslut mellan de båda LFC-grupperna. De signifikantstest som redovisas i tabell 3.5 svarar dock endast på frågan om de uppmätta skillnaderna mellan grupperna kan bero på slumpen. För att på ett mer tillförlitligt sätt kunna bedöma LFC-tillhörighetens betydelse för sannolikheten att bedömas olika av FK, respektive av den granskande läkaren är det dock viktigt att kontrollera för andra faktorer som kan ha en inverkan. I denna bilaga genomförs därför en analys av faktorer som kan påverka risken att bedömas olika av FK och av den granskande läkaren.

En vanlig metod för att beräkna risken att en viss händelse inträffar är multivariat logistisk regression. Resultaten från regressionen visar den partiella effekten av varje enskild förklarande variabel på undersökningsvariabeln givet övriga variabler som ingår i analysen.

Regressionsresultaten redovisas i form av oddskvoter. Här anger oddskvoten om den förklarande variabeln ökar eller minskar risken att ärendet bedömts olika, jämfört med en vald referensgrupp. En oddskvot större än 1,0 för till exempel män visar att risken att bedömas olika är högre för män jämfört med kvinnor, medan en oddskvot mindre än 1,0 anger att män har lägre risk än kvinnor.

Fördelningen av de granskade ärendena enligt de variabler som testats i modellen framgår av tabell 1.1. De redovisade andelarna är viktade med storleken på respektive urvalsram.

Tabell 1.1. Beskrivning av ärenden som granskats – andelar (%) inom respektive urval

	Riket sep 2010	LFC-gr. Hög jan-sep 2010	LFC-gr. Låg jan-sep 2010
född 1950 eller tidigare	24	22	22
född 1951-60	40	40	41
född 1961-70	23	25	25
född 1971-80	13	14	12
Kvinna	47	50	55
Man	53	50	45
Status vid ansökan			
Aktivitetsersättning	1	0,3	0,0
Ersättningsperiod slut	9	10	14
Sjukpenning eller motsvarande	54	60	55
Ingetdera	37	30	32
Huvuddiagnos			
Svårare psykiska sjukdomar*	17	15	11
Lättare psykiska sjukdomar	20	24	23
Rörelseorganens sjukdomar	24	21	25
Uppgift om diagnos saknas	2	1	0
Övriga diagnoser	38	39	41
Andradiagnos			
Svårare psykiska sjukdomar*	4	5	6
Lättare psykiska sjukdomar	20	19	14
Rörelseorganens sjukdomar	14	9	7
Uppgift om diagnos saknas	39	39	46
Övriga diagnoser	22	29	26
Intygsskrivande läkares bedömn.			
100 % SA		48	47
75 % SA		7	5
50 % SA		26	29
25 % SA		12	8
Avslag		0	2
Saknas		7	10
Betyg på arbetsförmågebedömning i medicinskt underlag			
God		73	66
Halvbra		24	29
Dålig/saknas		2	5
	n=208	n=161	n=175

* Diagnoskoder F00-F31,F32.2 , F32.3, F33.2, F33.3, F34.9

Överlag framstår sammansättningen mellan de båda LFC-grupperna som snarlik. Inga större skillnader kan heller konstateras mot ärendena i Granskning 1, vars urvalsram motsvaras av beslut från hela landet från i september 2010. Ett undantag är att andelen män är lägre i de båda LFC-grupperna än i riket. Den granskande läkarens betyg på arbetsförmågebedömningen i de medicinska underlagen är 'god' oftare i de ärenden som handlagts i LFC-grupp *Låg* än i *Hög*.

Resultatet av de respektive skattningarna redovisas i tabell 1.2⁴². För det första skattas sannolikheten att FK:s beslut sammanfaller med den granskande läkarens bedömning av underlaget. LFC-grupp *Hög* har nästan 40 procent lägre sannolikhet för detta än LFC-grupp *Låg*. Att den granskande läkarens bedömning betydligt oftare sammanfaller med FK:s beslut i LFC-grupp *Låg* bekräftas alltså av regressions-skattningarna. Inga andra signifikanta samband finns.

För det andra skattas sannolikheten att FK:s beslut är mer generöst än den granskande läkarens bedömning. Detta har här mätts på två sätt. Först har det mätts som att FK beviljat ersättning på en högre omfattning än vad den granskande läkaren bedömt som motiverat. Det andra måttet (här benämnt *strikt generöst*) avser att FK beviljat sjukersättning i ett ärende där den granskande läkarens bedömning varit att beslutet bör bli avslag. Det alternativa måttet har undersökts eftersom steget från ett avslag till ett bifall kan antas vara större än till exempel steget mellan 75 procents omfattning till hel sjukersättning. Resultaten av de båda skattningarna är dock snarlika. Bland annat kan konstateras att i båda fallen har LFC-grupp *Hög* omkring 6 gånger högre sannolikhet än LFC-grupp *Låg* att beslut i ett ärende ska vara mer generöst jämfört med den granskande läkarens bedömning.

Tabell 1.2. Skattningar av sannolikheten (oddskvoter) att FK:s beslut *sammanfaller med*, är generösare eller mer restriktivt än den granskande läkarens bedömning

	Samma bedömning	Generös	Strikt generös	Restriktiv	Strikt restriktiv
LFC-grupp <i>Hög vs Låg</i>	0,62*	5,48***	6,28***	0,31***	0,25***
Född 1950 eller tidigare vs 1971-80	0,99	0,48	0,20**	2,39	2,6
Född 1951-60 vs 1971-80	1,12	0,44	0,37*	1,85	2,3
Född 1961-70 vs 1971-80	1,59	0,52	0,42	0,64	0,95
Kvinna vs Man	0,69	1,17	1,87	2,13*	2,09*
Status					
Aktivitetsersättning vs Sjukpenning eller motsvarande	-	-	-	-	-
Framgår ej vs Sjukpenning eller motsvarande	0,91	-	-	17,95***	11,18***
Ingetdera vs Sjukpenning eller motsvarande	1	0,54	0,74	2,39**	3,14***
Ersättningsperiod slut vs Sjukpenning eller motsvarande	1,3	0,23*	0,29	2,25	3,03*
Huvuddiagnos					
Rörelseorganens sjukdomar vs övriga diagnoser	0,84	2,02	2,4	0,49	0,55
Svårare psykiska sjukdomar* vs övriga diagnoser	0,64	2,23	1,89	0,37	0,16**
Lättare psykiska sjukdomar vs övriga diagnoser	0,81	0,71	0,87	2,01	1,85
Andradiagnos					
Rörelseorganens sjukdomar vs övriga diagnoser	1,19	1,1	1,9	0,68	0,71
Svårare psykiska sjukdomar* vs övriga diagnoser	0,73	1,87	3,57*	1,22	1,33
Lättare psykiska sjukdomar vs övriga diagnoser	1,05	0,43	0,58	1,38	1,42
Uppgift om diagnos saknas vs övriga diagnoser	1,38	1,44	1,87	0,31**	0,35**
Intygsskrivande läkares bedömning					
25 % vs 100 % sjukersättning	1,28	0,55	0,63	1,39	1,28
50 % vs 100 % sjukersättning	0,75	0,48	0,43	4,13***	2,75**
75 % vs 100 % sjukersättning	0,47	2,1	1,71	1,58	1,43
Avslag vs 100 % sjukersättning	-	-	-	-	-
Saknas vs 100 % sjukersättning	1,45	1,23	0,59	-	-
Betyg på arbetsförmågebedömning i underlaget					
Dåligt vs God	1,18	0,95	1,91	1,31	1,35
Halvbra vs God	0,76	3,05***	4,35***	0,47	0,42
Antal observationer	330	315	315	299	299
Andel där utfallsvariabeln = 1	74 %	12 %	10 %	14 %	13 %

*** = signifikant på 1 %-nivån, **=signifikant på 5 %-nivån, *=signifikant på 10 %-nivån.

Sannolikheten att FK:s beslut är mer generöst än den granskande läkarens bedömning är högre för personer födda på 1970-talet än för äldre. Vad detta beror på är svårt att säga. Generellt gäller att förutom LFC-tillhörighet och fattat beslut framgår övriga uppgifter ofta av de medicinska underlagen varför den granskande läkaren inte kan sägas ha varit blind för dem. Därmed kan de här redovisade sambanden för övriga variabler delvis vara ett utslag för olikformighet i den granskande läkarens bedömningar. Den granskande läkarens betyg på kvaliteten i det medicinska underlaget har förväntansriktig påverkan på sannolikheten att FK:s beslut ska vara mer generöst än den granskande läkarens bedömning. Betyget *halvbra* visar sig öka denna sannolikhet betydligt jämfört med betyget *god*. Det kan även konstateras att FK:s beslut är mer generösa än den granskande läkarens bedömningar för personer med svårare psykiska diagnoser.

slutligen skattas sannolikheten att FK:s beslut är mer restriktivt än den granskande läkarens bedömning. Med *strikt restriktivt* avses att FK avslagit ansökan där den granskande läkaren utifrån det medicinska underlaget bedömt att beslutet bör bli ett bifall. I LFC-grupp *Hög* är den betingade sannolikheten att FK:s beslut är mer restriktivt än den granskande läkarens omkring 30 procent av sannolikheten i *Låg* (omkring 25 procent av sannolikheten att vara *strikt restriktivt*), Den betingade sannolikheten att ett beslut ska vara mer restriktivt är alltså 3 till 4 gånger högre i *Låg*.

Grupperna *ersättningsperiod slut* och *ingetdera* bedöms oftare än sjukskrivna mer restriktivt av FK än av den granskande läkaren. Bland övriga större grupper bedöms kvinnor och försäkrade där intygsskrivande läkare bedömt 50 procent arbetsförmågenedsättning oftare mer restriktivt av FK än av den granskande läkaren. Försäkrade med svåra psykiska diagnoser bedöms mer sällan än övriga mer restriktivt av FK än av den granskande läkaren.

Tabell 1.3. Skattning av sannolikheter (oddskvoter) utan kovariater

	<i>Samma bedömning</i>	<i>Generös</i>	<i>Strikt generös</i>	<i>Restriktiv</i>	<i>Strikt restriktiv</i>
LFC-grupp <i>Hög</i> vs <i>Låg</i>	0.62*	4.41***	4.20***	0.42**	0.33***
Antal observationer	336	336	336	336	336
Andel där utfallsvariabeln = 1	74 %	12 %	10 %	14 %	13 %

*** = signifikant på 1 %-nivån, **=signifikant på 5 %-nivån, *=signifikant på 10 %-nivån.

Noter

- ¹ Riktlinje 2005:14, version 4, Att skriva beslut i Försäkringskassan.
- ² Rätten till sjukersättning regleras numera i socialförsäkringsbalken (2010:110), SFB, som trädde i kraft den 1 januari 2011 och ersatte lagen (1962:361) om allmän försäkring, AFL.
- ³ 33 kap. 6 § SFB, 7 kap. 1 § AFL.
- ⁴ Prop. 2007/08:136 sid. 103.
- ⁵ 33 kap. 10 § SFB, 7 kap. 3 § AFL.
- ⁶ Prop. 2007/08:136 sid. 88.
- ⁷ 36 kap. 25 § SFB, 16 kap. 1 § AFL.
- ⁸ Prop. 2007/08:136 sid. 88 och 103.
- ⁹ Försäkringskassan, 2009, *Sjukersättning – de bakomliggande skälen till ställningstagande*, dnr 057501-2009.
- ¹⁰ Försäkringskassan, 2011, budgetunderlag för 2012-2014, Bilaga 2, sid. 6.
- ¹¹ Endast ansökningar med ansökningsdatum från och med den 1 oktober 2008 har inkluderats. Tidigare ansökningar kan ha prövats enligt tidigare regler. Personer med sjukfall utgör riskgruppen för utbyte. Brytpunkten 180 dagar har valts då det är mycket ovanligt att få sin sjukpenning utbytt vid kortare sjukskrivning. Endast bosatta i Sverige, 30-64 år gamla ingår.
- ¹² De redovisade andelarna utgör inte inversen av en avslagsfrekvens eftersom omkring 90 procent av riskgruppen inte har fått något beslut om sjukersättning. Av samtliga beslut som fattas är hälften avslag. Då avslag med avslagsgrunden att arbetsförmågan inte bedöms vara nedsatt med minst en fjärdedel har exkluderats utgör övriga avslag omkring hälften av alla beslut.
- ¹³ Beställningen av avslagsärenden avsåg ett urval om 150 akter av samtliga beslut om avslag som fattades i september 2010. Leveransen omfattade samtliga beslut (161 st.) om avslag under perioden 9-30 september. Akterna har dock bedömts vara representativa för de beslut som fattades under hela månaden.

- ¹⁴ En längre period valdes än för de första urvalen för att få tillräckligt stora urvalsramar även efter att antal LFC begränsats.
- ¹⁵ De specifika frågorna och svarsalternativen skulle ta för stor plats att redovisa i den tryckta rapporten men levereras om de efterfrågas.
- ¹⁶ Denna del av granskningen genomfördes av tre jurister, alla med erfarenhet av sjukförsäkringsärenden hos Riksförsäkringsverket eller FK, och i allmän förvaltningsdomstol.
- ¹⁷ Båda hade tidigare arbetat som försäkringsläkare. Den granskande läkaren var specialist i allmänmedicin och socialmedicin och den andra läkaren i ortopedi.
- ¹⁸ På grund av brister i registerkvaliteten för beslutstypen är det svårt att fastställa exakt hur stor minskningen är.
- ¹⁹ Korrelationen mellan den betingade nybeviljandeandelen från en period till den närmast följande är omkring 0,80, men mellan första halvåret 2009 och perioden januari till augusti 2010 är den 0,69.
- ²⁰ Korrelationen för Försäkringskassans mått på nybeviljad sjukersättning per 1 000 inskrivna försäkrade mellan perioderna januari till september 2010 och oktober 2010 till mars 2011 är 0,81. Under det första kvartalet 2011 var detta mått på nybeviljande dubbelt så högt i LFC-grupp *Hög* som i *Låg* (16 respektive 8 per 1000).
- ²¹ Korrelationen mellan dessa mått för perioden januari till augusti 2010 var 0,81.
- ²² En möjlig orsak till att nybeviljandet av sjukersättning inom riskgruppen är lågt inom ett LFC skulle kunna vara att det *tidigare* nybeviljandet varit relativt högt. Inget starkt samband har dock hittats som antyder att detta är en viktig förklaring. Korrelationen mellan det betingade nybeviljandet i riskgruppen och andel sjukskrivna sedan minst 180 dagar i befolkningen är 0,06. Korrelationen mellan detta nybeviljande och andelen med tidsbegränsad sjukersättning bland dem som antingen har tidsbegränsad sjukersättning eller som är sjukskrivna sedan minst 180 dagar är 0,01.
- ²³ Korrelationen mellan betingat nybeviljande och andel beslut inom 120 dagar är 0,11. Korrelationen med relativ arbetslöshet i kommunen är 0,15.
- ²⁴ Däremot gör den högre andelen avslag inom *Låg* att en högre andel av samtliga beslut faller inom de 120 dagarna (se avsnitt 3.3.3).
- ²⁵ Försäkringskassan, 2006, *Sjukförsäkring - Kulturer och Attityder, Fyra aktörers perspektiv*, Försäkringskassan Analyserar 2006:16
- ²⁶ Se bland annat Försäkringskassans Ensa-process från 2011.
- ²⁷ Försäkringskassan, 2009-2010, Metodstöd Handläggning av sjukersättning och aktivitetsersättning, kap. 9
- ²⁸ Försäkringskassan, 2010, Vägledning 2004:2
- ²⁹ Ibid. Sid. 314-315.

- ³⁰ Riktlinje 2005:14, version 5, *Att skriva beslut i Försäkringskassan*.
- ³¹ Riktlinje 2005:14, version 4, *Att skriva beslut i Försäkringskassan*.
- ³² Ibid. Sid 18.
- ³³ Försäkringskassan, 2009-2010, Metodstöd Handläggning av sjukersättning och aktivitetsersättning, kap. 9.
- ³⁴ Sjukersättning kan beviljas som hel, tre fjärdedels, halv, eller en fjärdedels förmån.
- ³⁵ Att jämföra med intygsskrivande läkares bedömning kan endast göras för de två LFC-grupper som under januari-september 2010 stod för omkring 45 procent av antal beslut om sjukersättning.
- ³⁶ Försäkringskassan, 2010, Vägledning, 2004:9, under avsnitt 2.4.2 När initieras utbyte av sjukpenning mot sjuk- eller aktivitetsersättning? sid 35 ff.
- ³⁷ Prop. 1996/97:28 sid. 11.
- ³⁸ ISF 2011:2, *Styrning i Försäkringskassan*, sid. 106.
- ³⁹ FK:s styrkort är ett verktyg för styrning och uppföljning av myndighetens verksamhet i form av ett antal interna och externa mål.
- ⁴⁰ Försäkringskassans månadsuppföljning – december 2010, sid. 16.
- ⁴¹ Riktlinje 2005:14, version 4, *Att skriva beslut i Försäkringskassan*.
- ⁴² Samtliga regressionskattningar är viktade med de respektive urvalsramarnas storlek. Samma modellspecifikation har använts för samtliga fem utfallsvariabler.

isf

INSPEKTIONEN FÖR
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

adress Box 202, 101 24 Stockholm *besöksadress* Fleminggatan 7
telefon 08 58 00 15 00 *fax* 08 58 00 15 90 *e-post* registrator@inspsf.se *webb* www.inspsf.se