



MISSIV

DATUM  
2003-10-28  
ERT DATUM  
2002-03-27

DIARIENR  
2002/135-5  
ER BETECKNING  
S2002/2762/SF

Regeringen  
Socialdepartementet  
103 33 Stockholm

## Uppdrag att följa och utvärdera förnyelsen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

Statskontoret fick den 27 mars 2002 i uppdrag av regeringen att följa och utvärdera Riksförsäkringsverkets och Arbetsmarknadsstyrelsens arbete för att utveckla den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Bifogade promemoria ”Metodutveckling inom socialförsäkringsadministrationen” är den fjärde lägesrapporten och redovisar Statskontorets iakttagelser och bedömningar angående Riksförsäkringsverkets arbete med att utveckla försäkringskassornas arbetsmetoder.

Generaldirektör Knut Rexed har beslutat i detta ärende. Direktör Anna Karlgren, chef för Enheten för utvärderingsfrågor, avdelningsdirektör Charlotte Andersson, föredragande, och avdelningsdirektör Enar Lundgren var närvarande vid den slutliga handläggningen.

Enligt Statskontorets beslut

Charlotte Andersson



## Metodutveckling inom socialförsäkrings- administrationen

### Sammanfattning

Statskontoret har av regeringen fått i uppdrag att följa och utvärdera ett utvecklingsarbete för förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Utvecklingsarbetet sker inom ramen för tre uppdrag riktade till Riksförsäkringsverket (RFV) och Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS).

Detta är den fjärde lägesrapporten och den redovisar Statskontorets hittillsvarande arbete med att följa RFV:s arbete med att utveckla försäkringskassornas arbetsmetoder och förtydliga rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll. Arbetet har bedrivits i en rad olika delprojekt. Det tidigare projektet Prohälsa med åtta olika delprojekt har numera avslutats. Flera av dessa är nu i en implementeringsfas.

Metodutvecklingsarbetet har i stora delar förlöpt enligt planerna. Ett undantag utgörs av den del som gäller rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll. I denna del råder fortfarande osäkerhet kring när det kommer att uppnås konsensus bland kassorna kring en beskrivning av yrkesrollen.

Det nuvarande utvecklingsarbetet bedrivs dels i form av fyra olika projekt som i sin tur är indelade i delprojekt, dels som en del av RFV:s ordinarie verksamhet. Två av projekten (inom regeringsuppdrag 1) är inriktade mot att finna bättre utredningsmetoder. Dessa prövas i fem pilotområden. Övrigt utvecklingsarbete som bedrivs för närvarande (inom regeringsuppdrag 2) är inriktat mot förebyggande ohälsorbet och mot att förtydliga rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll. Det sistnämnda arbetet bedrivs i två delprojekt.

#### *Ett splittrat utvecklingsarbete*

Inom metodutvecklingsarbetet har arbetet varit i hög grad fragmentiserat kring avgränsade frågeställningar. Det kan vara en fördel att ett problem belyses från flera olika håll samtidigt. Bristen på samordning av utvecklingsprojekten var dock tydlig redan förra året och den märks fortfarande i det skriftliga material som Statskontoret har tagit del av. Ytterligare ansträngningar bör därför göras för att samordna utvecklingsarbetet.

#### *Ett omfattande arbete*

Mängden delprojekt ger även en bild av att metodutvecklingsarbetet har varit omfattande. En stor insats har exempelvis lagts ned på att beskriva befintliga metoder och utifrån dessa välja de delar man tror är mest effektiva. I vissa delprojekt har man även lagt ned ett omfattande arbete på att inventera teoribildningen inom ett område och utifrån den utveckla eller vidareutveckla metoder.

*Effekterna är okända*

Effekterna av de framtagna metoderna är i de flesta fall okända. Vad gäller handläggningen av sjukfallsärenden är det i allmänhet svårt att avgöra vad som är nytt i de föreslagna metoderna och arbetssätten och vad det är i det nya arbetssättet som ska skynda på och förbättra handläggningen. Systematiska uppföljningar saknas. Att följa upp effekter av och resursåtgång för nya arbetsmetoder bör ha högre prioritet än tidigare.

*Ett professionellt förhållningssätt*

Metodutvecklingen till trots faller det fortfarande på den enskilde handläggaren att göra en rad individuella bedömningar.

Dessa bedömningar har i flera fall visat sig vara svåra att göra. Man söker avhjälpa detta genom att i vissa fall sträva mot att handläggaren inte ensam ska göra bedömningen. Trots detta lämnas handläggaren ensam med många svåra val. Mycket talar enligt vår bedömning för en arbetsorganisation där man i högre grad än i dag arbetar i team. Genom att viktiga bedömningar som rör individer görs i team kan förmodligen både effektiviteten i verksamheten och likformigheten i besluten öka.

Det finns i dag en brist på kompetens i framför allt samtalsmetodik men även i bemötandefrågor och processmetodik. Fler av delprojekten ser en sådan kompetens som önskvärd eller till och med som en förutsättning för att på ett bra sätt tillämpa de metoder som tagits fram. Det är vårt intryck att det även behöver utvecklas en bättre förmåga att ta tillvara den högskolekompetens som finns ute på kassorna.

Frågor av tillämpningsart har inte tagits upp i utvecklingsarbetet. Möjligen kan ett projekt om etikfrågor räknas som ett undantag. Etikprojektet ger dock inte handläggaren någon vägledning vad gäller problem av etisk karaktär i den dagliga handläggningen. Vi bedömer att det finns ett stort behov av att en etisk kod utvecklas inom socialförsäkringsområdet.

*Implementeringen osäker*

Implementeringen av de nya arbetsmetoderna är fortfarande i vissa delar osäker. Visserligen omfattas stora delar av utvecklingsarbetet av en principiell överenskommelse om implementering av framtagna arbetsmetoder. I praktiken har det emellertid visat sig att gamla erfarenhetsbaserade arbetssätt ibland tenderar att ta över. Det gäller framför allt då handläggaren inte ser fördelarna med det nya arbetssättet. Det finns dessutom än så länge en relativt stor frihet för kassorna vad gäller graden av införande av nya metoder.

Alla delar av utvecklingsarbetet omfattas inte av överenskommelsen. Det gäller framför allt det arbete som avser att förtydliga rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll. Här finns fortfarande en stor osäkerhet vad gäller acceptans och implementering.



*Uppföljningen bör förbättras*

Förutom att uppföljningen av effekter och resursåtgång måste förbättras måste även ett system för att följa upp metodefterlevnaden skapas på flera områden. Vi menar att detta arbete inte bör ligga enbart på de enskilda delprojekten utan ett mer övergripande arbete för att förbättra uppföljningen av metodefterlevnaden bör göras över hela handläggningskedjan.

Arbetsmiljöinspektionen är en viktig aktör i det förebyggande ohälsorbetet. Det är av största vikt att samarbetet mellan försäkringskassan och Arbetsmiljöinspektionen fungerar lokalt. Det är därför avgörande att man följer upp hur samarbetet fungerar i praktiken.



## 1 Inledning

Regeringen har uppdragit åt Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) och Riksförsäkringsverket (RFV) att inleda en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Det övergripande målet för förnyelsearbetet är att fler sjukskrivna ska återfå förmågan att försörja sig själva genom eget förvärvsarbete.

### 1.1 Uppdragen till AMS och RFV

Regeringens uppdrag till RFV och AMS består av tre olika uppdrag.

**Uppdrag 1.** Utveckla en metod för tidig fördjupad bedömning av den enskildes arbetsförmåga och behov av rehabilitering. Uppdraget riktas enbart till RFV. Metodutvecklingen ska bedrivas i fem pilotområden.

**Uppdrag 2.** Utveckla metodiken i försäkringskassornas handläggning av sjukfall och rehabiliteringsärenden samt förtydliga rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll. Uppdraget riktas enbart till RFV.

**Uppdrag 3.** Genomföra en pilotverksamhet avseende en samordnad organisation mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen för arbetslivsinriktad rehabilitering. Uppdraget riktas till RFV och AMS.

RFV och AMS ska redovisa utvecklingsarbetet i ett antal lägesrapporter och en slutrapport i februari 2005.

### 1.2 Uppdraget till Statskontoret

Statskontoret har av regeringen fått i uppdrag att följa och utvärdera arbetet med att förnya den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Arbetet ska redovisas i ett antal lägesrapporter och en slutrapport senast i juni 2005.

*Syftet med Statskontorets uppdrag i denna del är att bistå regeringen med att kontinuerligt följa arbetet med utgångspunkt i regeringens direktiv till RFV. Målet är att regeringen ska kunna bedöma och säkerställa att förnyelsearbetet genomförs i enlighet med regeringens uppdrag och på ett framgångsrikt sätt. Statskontorets uppföljning ska kunna ge regeringen underlag för eventuella tilläggsbeslut för det pågående förnyelsearbetet.*

I den praktiska verksamheten hänger stora delar av uppdrag 1 intimt samman med uppdrag 3. Delar av uppföljningen av uppdrag 1 rör frågor som direkt berör uppföljningen av uppdrag 3. Detta gäller framför allt frågor som rör ärendeöverföringen från försäkringskassorna i pilotområdena till försöksverksamheten Faros.



Dessa frågor kommer att behandlas på ett samlat sätt i nästa lägesrapport, som i övrigt kommer att redovisa resultatet av Statskontorets arbete med att följa uppdrag 3.

### **1.3 Frågor och avgränsningar**

Vad gäller uppdrag 1 och 2 ska Statskontoret följa

- om och hur man använder sig av forskningsresultat och tidigare erfarenheter,
- om och hur delprojekten fokuserar vissa punkter regeringen lägger vikt vid,
- om planer och budget följs,
- om delprojektens mål uppnås samt
- om det finns genomförandeproblem, risker och osäkerheter.

Statskontorets uppföljning är inriktad mot att följa om RFV:s och försäkringskassornas arbete med utveckling av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedrivs på ett ändamålsenligt sätt, om relevanta forskningsresultat har tagits tillvara etc.

Vi uttalar oss däremot inte direkt om kvaliteten eller effektiviteten i de arbetsmetoder som har utvecklats. Vi uttalar oss heller inte om arbetsprocesser eller arbetsformer. Vårt arbete innebär ingen kvalitetsgranskning eller kvalitetssäkring av projekt eller delprojekt. Däremot lyfter vi fram delar av en kvalitetsgranskning som har gjorts av en forskargrupp.

### **1.4 Genomförande**

Statskontoret har i arbetet med denna lägesrapport granskat

- arbetsplaner,
- rapporter från olika delprojekt inom utvecklingsarbetet,
- rapporter från en forskargrupp med uppgift att granska resultaten av utvecklingsarbetet och
- en lägesrapport från RFV till regeringen.

Insamlingen av skriftlig information har huvudsakligen skett genom kontakter med RFV. Intervjuer har genomförts med företrädare för RFV och en del av de delprojekt som har bedrivits.

## 2 Organisering av RFV:s reformarbete

### 2.1 Arbetet bedrivs i många delprojekt

Vid RFV har under föregående år gemensamt med försäkringskassorna bedrivits ett utvecklingsprojekt benämnt Prohälsa. Beställare av projektet och mottagare av resultatet var ursprungligen RFV:s och kassornas gemensamma direktion. Prohälsa avslutades planenligt vid årsskiftet. Därefter har arbetet tagits över av RFV.

Utvecklingsarbetet inom regeringsuppdrag 1 bedrivs i enlighet med direktiven huvudsakligen inom pilotområdena i form av en försöksverksamhet.

#### Projektet Prohälsa

Under 2001 sattes projektet Prohälsa igång av RFV och försäkringskassorna. Avsikten med Prohälsa var att det skulle leda till en ökad samsyn i viktiga frågor inom ohälsoområdet å ena sidan mellan RFV och försäkringskassorna och å andra sidan försäkringskassorna sinsemellan. Projektet skulle arbeta för utjämning av obefogade regionala skillnader och öka rätts säkerheten genom att gemensamma arbetsmetoder etablerades.

I och med regeringsuppdraget gav RFV Prohälsa uppdraget att driva större delen av utvecklingsarbetet under 2002. Man hade då inom Prohälsa redan definierat vilka problem man ville koncentrera sig på och formerat delprojekt kring dessa problem. Man beslöt att Prohälsa skulle fortsätta drivas vidare med i stort sett oförändrad inriktning och oförändrad tidplan, men med större resurser.

En överenskommelse slöts mellan samtliga kassadirektörer och RFV att de metoder som Prohälsas arbete resulterade i skulle implementeras vid alla landets försäkringskassor. Då ett av Prohälsas delprojekt inte lyckades uppnå målet, drevs arbetet vidare i ett nytt projekt, utanför Prohälsa. Resultatet av det projektets arbete omfattas emellertid inte av överenskommelsen mellan kassadirektörerna och RFV och frågan om huruvida resultatet ska accepteras av samtliga kassor är ännu inte löst.

Arbetet inom Prohälsa bedrevs i följande åtta delprojekt:

1. Förebyggande ohälsöarbete.
2. Arbetsgivarens medverkan.
3. Utredning om rehabiliteringsbehov.
4. Samordning.
5. Rätten till sjukpenning.
6. Diskussionsunderlag om etiskt förhållningssätt.
7. Kundens delaktighet i sin rehabiliteringsprocess.
8. Det korta perspektivet – informationsinsatser gentemot vårdgivare och arbetsgivare.



### **Fortsättningen efter Prohälsa**

Prohälsa avslutades vid årsskiftet 2002/2003 tillsammans med fem av dess åtta delprojekt, nämligen delprojekten 2, 4, 6, 7 och 8. Delprojekten 1, 3 och 5 har fortlevt i olika former under 2003. Delprojekt 3 och 5 är numera helt integrerade med varandra i regeringsuppdrag 1.

Den metod som togs fram av delprojekt 5 *Rätten till sjukpenning* behöver till vissa delar kompletteras och under 2003 har därför ett nytt projekt inletts, *Rätt förmån – rätt ersättning*. I detta projekt ska utvecklingsarbetet fortsätta i två delprojekt, ett med inriktning mot försäkringsläkare och läkare och ett annat med inriktning mot en ökad professionalisering i bedömning och handläggning.

Delprojekt 4 *Samordning* avslutades vid årsskiftet men nådde inte ända fram. Arbetet har därför fått en fortsättning i ytterligare ett projekt *Försäkringskassans samordningsuppdrag*, som i sin tur består av två delprojekt. Delprojekten omfattar uppdrag och yrkesroll samt verktyg och metoder. Detta arbete har från början legat helt utanför Prohälsa. Det betyder att det inte omfattas av den överenskommelse om implementering som gjordes mellan kassorna och RFV angående Prohälsa.

Prohälsas delprojekt 1 *Förebyggande ohälsorabete* har numera inordnats i RFV:s linjeverksamhet. Inom delprojekt 8 *Det korta perspektivet – informationsinsatser gentemot vårdgivare och arbetsgivare (Dialogprojektet)* har utvecklingsarbetet avslutats och projektet befinner sig i en fas där ett stort antal handläggare får utbildning. Även övriga delprojekt i det gamla Prohälsa står numera mer eller mindre inför en implementeringsfas.

## **2.2 Pilotverksamhet i fem olika geografiska områden**

Uppdrag 1 och 3 ska enligt regeringens direktiv bedrivas i form av en pilotverksamhet inom fem olika geografiska områden. Områdena har utsetts gemensamt av AMS och RFV efter att samtliga länsarbetsnämnder och försäkringskassor inbjudits att ansöka om deltagande. De områden som utsetts är Blekinge län, Övertorneå och Haparanda, Västerås, Norrköping samt Västra Frölunda lokalkontorsområde. I pilotområdena finns lokala projektledare för såväl uppdrag 1 som uppdrag 3. Pilotområdena valdes utifrån tre kriterier, nämligen förekomst av tidigare samarbete mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen, det koncept som presenterades i ansökan samt geografisk spridning.

De personer som skrivs in i försöket med en samordnad organisation enligt regeringsuppdrag 3 selekteras av försäkringskassan inom ramen för det arbete som bedrivs inom uppdrag 1. Ett framgångsrikt selektionsarbete vid försäkringskassan är med andra ord en förutsättning för att försöket med en



samordnad organisation mellan arbetsförmedlingen och försäkringskassan ska kunna genomföras på ett meningsfullt sätt.

### 2.3 En sammanfattande bild

Utvecklingsarbetet omfattar såväl handläggningen av sjukfallsärenden som det förebyggande arbetet. Delprojekten har i vissa fall överlappat varandra ämnesmässigt. Vad gäller handläggningen av sjukfallsärenden så omfattas i huvudsak hela handläggningen på ett eller annat sätt om än inte i varje detalj.

	<b>Rätt till sjukpenning</b>	<b>Behov av rehabilitering</b>	<b>Insatser i sjukfallet</b>	<b>Avslutning av sjukfallet</b>
Uppdrag 1:	.....			.....
Uppdrag 2:		.....		.....
		Delprojekt 2 Delprojekt 3 Delprojekt 4 Försäkringskassans samordningsuppdrag	Delprojekt 2  Delprojekt 4 Försäkringskassans samordningsuppdrag	Delprojekt 4 Försäkringskassans samordningsuppdrag Delprojekt 5
Delprojekt 5 Rätt förmån – rätt ersättning				
Delprojekt 6		Delprojekt 6 Delprojekt 7 Delprojekt 8	Delprojekt 6 Delprojekt 7 Delprojekt 8	Delprojekt 6 Delprojekt 7 Delprojekt 8
Kompetensstrategiprojektet		Kompetensstrategiprojektet	Kompetensstrategiprojektet	Kompetensstrategiprojektet
Delprojekt 2		Arbetsgivarens medverkan.		
Delprojekt 3		Utredning om rehabiliteringsbehov.		
Delprojekt 4		Samordning.		
Delprojekt 5		Rätten till sjukpenning.		
Delprojekt 6		Diskussionsunderlag om etiskt förhållningssätt.		
Delprojekt 7		Kundens delaktighet i sin rehabiliteringsprocess.		
Delprojekt 8		Informationsinsatser gentemot vårdgivare och arbetsgivare.		

Arbetsmetoderna i det återstående av Prohälsas delprojekt, *Förebyggande ohälsöarbete*, är inte riktade mot den försäkrade utan i första hand mot arbetsgivaren.

Kompetensstrategiprojektet var ett samarbetsprojekt mellan delprojekten 3, 5 och 7. Arbetet har resulterat i en gemensam kompetensstrategi. Delprojekt 6, etikprojektet, inverkar på alla stegen i processen gentemot den enskilde.

### 3 Arbetet med att genomföra uppdrag 1

RFV ska enligt regeringsuppdrag 1 utveckla en metod för tidig, fördjupad bedömning av den enskildes arbetsförmåga och behov av rehabilitering. Målet är att beslutsunderlagen ska hålla hög kvalitet. Bedömningen av behovet av rehabilitering ska ske tidigt i sjukfallen så att relevanta rehabiliteringsåtgärder ska kunna sättas in.

#### Prioriterade frågor i uppdraget

I direktiven till uppdraget föreskrivs att den nya arbetsmetoden ska ange exempelvis vid vilken tidpunkt i sjukfallet som en fördjupad bedömning av den försäkrades arbetsförmåga och behov av rehabilitering normalt bör ske. Metoden ska också ange i vilka sjukfall försäkringsläkaren bör konsulteras. Samtidigt ska den ge utrymme för ett arbetssätt som är mer flexibelt och individanpassat än vad som var fallet enligt den tidigare lagstiftningen om s.k. fördjupad bedömning av sjukpenningrätten.

Metoden ska vidare innehålla bedömningskriterier för när försäkringskassan ska begära att den enskilde genomgår kompletterande utredning i form av försäkringsmedicinsk utredning eller arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning. När metoden prövas ska samtliga personer som försäkringskassan bedömer ha behov av att genomgå utredning få göra detta. Uppdrag 1 ska genomföras inom pilotområdena.

#### Uppdragsläget

De ursprungliga delprojekten i Prohälsa, *Rätten till sjukpenning* och *Utredning av rehabiliteringsbehov* är helt integrerade i regeringsuppdrag 1. Det centrala samordnande arbetet med metodutvecklingen i pilotområdena utförs av en uppdragsgrupp. Uppdragsgruppen består av representanter från de fem pilotområdena, projektledaren och ytterligare en representant från det gamla Prohälsa samt en representant från RFV. Även Prohälsas delprojekt 7 *Kundens delaktighet i sin rehabiliteringsprocess* tangerade arbetet med regeringsuppdrag 1. Resultatet av det arbetet är numera integrerat i den modell som tagits fram inom uppdrag 1.

Inom regeringsuppdrag 1 drivs ytterligare ett projekt, *Rätt förmån – rätt ersättning*, som påbörjades under 2003. Det består av två delprojekt med inriktning mot dels läkare och försäkringsläkare, dels mot ökad professionalisering i bedömning och handläggning på försäkringskassan. Syftet med projektet är att komplettera de metoder som har tagits fram i Prohälsas delprojekt 5 *Rätten till sjukpenning*.

Arbetet i regeringsuppdrag 1 kommer att organiseras om under hösten, för att få en fastare styrning av utvecklingsarbetet. Eftersom arbetet främst har skett ute på fältet i pilotområdena har de lokala ledningarna vid de aktuella försäkringskassorna tidigare inte berörts på samma sätt som i regeringsuppdrag 3 (Faros). Regeringsuppdrag 1 går nu in i en ny fas, där avsikten är att

metodiken ska göras uppföljningsbar, med mätbara effekter som ställs mot resursåtgång, samt anpassas till befintliga ledningsinformationssystem. Behovet av en fastare organisation och större förankring i de lokala ledningarna har därmed blivit tydligare. Det har därför bildats en styrgrupp som ska leda verksamheten.

Inom ramen för regeringsuppdrag 1 skulle det vara möjligt att pröva olika metoder innan det slutliga valet av arbetssätt görs. Flera olika modeller har därför testats i pilotområdena. Därutöver har ett verktyg för att utreda behov av rehabilitering testats i delar av Malmö.

#### *Utredningsinstrumentet SASSAM*

I två av pilotområdena valde man att från början pröva ett redan existerande instrument för utredningar, SASSAM, för att fastställa om behov av rehabilitering föreligger. Utvecklingsarbetet hade påbörjats redan innan Prohälsa startade. Personalen i pilotområdena genomgick utbildningar i hur man använder instrumentet. Dessa utbildningar var relativt resurskrävande.

Inom Prohälsa utformades ett verktyg för jämförelse av de olika metoder som prövas i pilotområdena. Fokus har lagts på de metoder som används i utredningsarbetet. Utvärderingen skulle ligga till grund för valet av det arbetssätt som i framtiden ska införas på försäkringskassorna.

Vid årsskiftet 2002/2003 beslutade emellertid direktionen (RFV och kassadirektörerna) att SASSAM ska införas som en gemensam utredningsmetod vid landets alla försäkringskassor 2004. De pilotområden som tidigare inte har haft SASSAM har påbörjat utbildningar under hösten 2003 och kommer att börja använda SASSAM därefter.

#### *En gemensam utredningsmetodik*

Inom regeringsuppdrag 1 lämnades i juli 2003 en rapport<sup>1</sup> till RFV. I denna ges en sammanställning av olika förslag till utredningsmetoder som ska bilda basen för en ny utredningsmetodik på försäkringskassorna.

Arbetet med metodutveckling tycks i stora drag ha varit inriktat mot att identifiera och beskriva det arbetssätt som redan fanns ute på kassorna. Man har därefter infört identifierade arbetssätt i pilotområdena, gjort iakttagelser och rekommendationer till kassorna.

Man har identifierat två huvudsakliga steg i utredningsarbetet. Det första steget i processen utgörs av en tidig bedömning avseende sjukpenningrätten. I nära samband med den görs ett första vägval, som avser om en fördjupad utredning behövs eller inte. Syftet med detta är att urskilja de ärenden, där man behöver utreda ett eventuellt behov av rehabilitering, från de ärenden som man bedömer kan avslutas utan åtgärder från kassan. Det

---

<sup>1</sup> En gemensam utredningsmetodik på försäkringskassan, 2003-07-30.

har emellertid visat sig vara svårt att göra denna typ av bedömning som i grunden är en prioritering mellan ärenden.

I de fall man bedömer att en fördjupad utredning behövs, går man vidare till nästa steg. I den fördjupade utredningen ingår samtal med den enskilde och arbetsgivarkontakter. I den fördjupade utredningen ska SASSAM-instrumentet användas. En fördjupad bedömning av rehabiliteringsbehovet, det andra vägvalet, sker så snart som möjligt. Efter 365 dagar görs den s.k. ettårsbedömningen om sjukfallet ska avslutas.

Metoden anger att försäkringsläkaren bör konsulteras vid tidpunkterna för tre olika ställningstaganden, samt i de fall då det finns en s.k. symtomdiagnos. Bedömningskriterier för när försäkringskassan ska begära en kompletterande försäkringsmedicinsk eller arbetslivsinriktad utredning anges också.

Metoden har enligt Statskontorets bedömning, åtminstone på ett ytligt plan, uppfyllt de kriterier som angavs i direktiven. Huruvida samtliga personer med behov av utredning verkligen genomgår en sådan finns det ingen uppföljning av från centralt håll. Endast ett pilotområde har gjort en systematisk uppföljning av ärenden.

#### *RFV:s precisering av uppdraget*

RFV hade ursprungligen, som precisering av regeringens uppdrag, beslutat att bland annat följande skulle gälla:

- I pilotområdena ska prövas en fördjupad bedömning i samband med att ett sjukfall passerar 365 dagar.
- Pilotområdena ska utfärda och bekantgöra en garanti att alla försäkrade som så begär, ska få en utredning av sina behov av rehabilitering.

Kravet på en förnyad bedömning efter 365 dagar är numera lagstiftat (sedan juli 2003). Ettårsbedömningen skulle ursprungligen göras för att pröva den försäkrades rätt till sjukpenning, om rehabilitering kan sättas in eller om prövning av rätt till förtidspension kan ske. Sjukpenningrätten ska emellertid bedömas kontinuerligt genom hela sjukfallet. Det som i praktiken bedöms efter 365 dagar är förutsättningarna för att avsluta sjukfallet med sjuk- eller aktivitetsersättning (f.d. sjukbidrag/ förtidspension)

Garantin som ska riktas mot de försäkrade är formulerad men inte utfärdad. Den praktiska hanteringen är ännu inte löst.

Rapporten har normerats av RFV och metoderna ska enligt uppgift implementeras. De ska finnas med i ett utbildningspaket riktat till handläggare (SFA-utbildningen). Utbildningarna har startat och sammanlagt 5 000 handläggare kommer att utbildas i de nya metoderna.

**Risker och osäkerheter i det fortsatta arbetet**

Rapporten redovisar en metodutveckling som närmast kan liknas vid bench-marking. ”Man beskriver det bästa av befintliga metoder – det är ett sammandrag av allt” säger en av de lokala projektledarna. Arbetssättet har av de lokala projektledarna upplevts som positivt och utvecklande för de kassor som ingår i pilotverksamheten. Lärdomar från försöksverksamheten ligger till grund för slutsatser och rekommendationer från utvärderingsgruppen som bör vara användbara och möjliga att implementera mer generellt.

Rapporten ger dock inte en tydlig bild av vad i det föreslagna arbetssättet som är nytt i kassans sätt att arbeta. Den ger inte heller någon bild av i vilken utsträckning och med vilken systematik utvecklingsarbetet har bedrivits och metoderna har prövats. Det saknas en analys av olika utvecklingsalternativ. I den mån de i rapporten beskrivna arbetssätten har varit ineffektiva torde det problemet finnas kvar även i den nya metoden. Frågan är vilka nya drivkrafter för att påskynda handläggningen som byggts in i processen.

I samband med varje steg i processen lämnas rekommendationer till hur ett gemensamt arbetssätt kan se ut. Rekommendationerna är dock inte på något sätt bindande för kassorna. Avsikten är enligt projektledningen att rapporten ska användas som ett diskussionsunderlag. Enligt Statskontorets bedömning är det olyckligt att de nya metoderna inte kan genomföras med ett mer kraftfullt tillvägagångssätt, men i den nuvarande organisationen är detta det ”starkaste” tillvägagångssätt man har att genomföra en förnyelse av arbetssättet. RFV gör bedömningen att försäkringskassorna kommer att verka för den inriktning som man har kommit överens om och i den nya SFA-utbildningen betonas att metoderna ska användas.

I rapporten konstaterar man att vad gäller bedömningskriterierna så vinner det erfarenhetsbaserade arbetet i längden över de uppställda kriterierna, som upplevs som inflexibla<sup>2</sup>. Man har också observerat att det finns skillnader i arbetssätt som kan grunda sig i organisatoriska eller kulturskillnader<sup>3</sup>. Projektgruppen har därför undvikit att lägga detaljerade förslag till en gemensam utredningsmetodik. Man gör dock undantag för de särskilda blanketter och mallar som ska ligga till grund för kundens delaktighet i rehabiliteringsprocessen.

Man har strikt hållit sig till handläggningsmetodik och undvikit frågor av tillämpningsart. Därigenom har den föreslagna gemensamma utredningsmetodiken inte mött något motstånd. Men man har därmed också undvikit att beröra de viktiga men svåra frågor som rör tillämpning av lagar och regler i enskilda fall och som handläggarna ställs inför.

<sup>2</sup> En gemensam utredningsmetodik på Försäkringskassan, 2003-07-30, sidan 24.

<sup>3</sup> En gemensam utredningsmetodik på Försäkringskassan, 2003-07-30, sidan 9.



Rapporten visar på inbyggda dilemman i styrningen av kassans handläggning och utredningsmetoder. Direktiven till uppdraget speglar komplexiteten. Metoden ska både ange tidpunkter vid vilka åtgärder ska vidtas och vara flexibel och individanpassad. Det faller då på den enskilde handläggaren att göra bedömningarna.

Det har emellertid visat sig att vissa typer av bedömningar är svåra att göra för handläggarna. Ett exempel är då handläggaren ska prioritera mellan olika ärenden. I viss mån kom man in på denna typ av frågor i Prohälsas delprojekt 6, *Diskussionsunderlag om etiskt förhållningssätt*. Detta delprojekt har emellertid haft en teoretiserande och problematiserande ansats snarare än en klarläggande vad gäller bedömningsfrågorna. Det gör att det uppstår ett gap mellan det rent tekniska, (exempelvis vilket underlag beslut bör stödjas på), och det teoretiska, (exempelvis alla människors lika värde). I gapet finns de ibland svåra bedömningar som den enskilde handläggaren tvingas göra och där risken är uppenbar att lagen inte tillämpas likformigt i likvärdiga fall.

Rapporten tyder på att handläggningen även fortsättningsvis ligger i handläggarnas händer. Hela processen beskrivs som ett antal ”kontinuerliga vägval”. Ett exempel är modellen för kvalitetssäkring av beslutsunderlaget. Den innehåller inte någon beskrivning av de handlingar som måste finnas i ärendet, utan stödjer synsättet att ärendet ska handläggas flexibelt och vara individanpassat.

Det finns inte några möjligheter att bedöma effekterna av den nya utredningsmetodiken. Projektledaren för regeringsuppdrag 1 uppger att det finns väntetider i handläggningskedjan. Det går emellertid inte att följa upp fullt ut, eftersom system för sådan uppföljning saknas. Inte heller kan man följa upp i vilken utsträckning som personer med behov av fördjupad utredning verkligen får en sådan utredning. De bedömningar som handläggarna gör i enskilda fall går inte att följa upp av projektledningen. Trots att man inte har kunskap om de verkliga förhållandena, utgår man dock ifrån att en fördjupad utredning sker i de ärenden där det finns behov av det.

Såvitt vi känner till har endast ett av pilotområdena gjort en systematisk uppföljning av hur de nya arbetsmetoderna har fungerat i praktiken. Denna har gjorts på eget initiativ. Uppföljningen visar att efterlevnaden inte har varit hundra procentig annat än i det första steget i processen, tidig bedömning.

Statskontoret anser att det är av stor vikt att uppföljningen av det praktiska arbetet i regeringsuppdrag 1 förbättras generellt. Det är nödvändigt att man kan följa handläggarnas arbete och i vilken grad de nya arbetssätten tillämpas i praktiken. Inte minst viktigt för implementeringen är kunskaper om resursåtgång, effekter och krav på kompetens och organisatorisk struktur.



Enligt uppgift från RFV kommer man att följa upp handläggarnas arbets-sätt direkt efter utbildningsinsatser i varje län.

Projektgruppen tycks i princip ha samma uppfattning och skriver att ”vid implementeringen av en metod så måste de enskilda handläggarna se vinsterna med metoden, t.ex. i form av effektivare (arbetsbesparande) handläggning. Det är därför det erfarenhetsbesparande arbetet vinner i längden mot uppsatta kriterier.”<sup>4</sup> Det är projektledningens avsikt att arbeta vidare med uppföljningsbarheten i metoderna. Såväl kontroll av metodefterlevnad som resurs- och effektivitetsmätningar behöver utvecklas enligt projektledningen.

Ursprungstanken var att metoderna skulle testas fullt ut under innevarande år. Avsikten var att man efter det skulle ta ställning till vilken eller vilka metoder som skulle införas. Tidpunkten för implementering har emellertid tidigare lagts. Utredningsinstrumentet SASSAM ska införas i pilotområdena under hösten och vara implementerat i resten av landet senast fr.o.m. årsskiftet. Enligt vad Statskontoret har erfarit har SASSAM inte testats på det sätt som var planerat, utan implementeringen har skyndats på från den centrala nivån genom en överenskommelse i direktionen. SASSAM-metodiken förefaller vara resurskrävande. Trots detta är det en summarisk sammanställning av erfarenheter som redovisas i rapporten. En mer utförlig redovisning av erfarenheterna hade varit motiverad.

---

<sup>4</sup> En gemensam utredningsmetodik på Försäkringskassan, 2003-07-30, sidan 24.

## 4 Arbetet med att genomföra uppdrag 2

Vid arbetet med att utveckla metodiken i försäkringskassornas handläggning ska RFV enligt regeringens direktiv huvudsakligen fokusera följande områden:

- Att förebygga ohälsa.
- Den enskildes delaktighet i rehabiliteringsprocessen.
- Försäkringskassornas arbete gentemot arbetsgivarna.
- Försäkringskassornas arbete med rehabiliteringsplanering.
- Användning av medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster.

Man ska även förtydliga rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll, bland annat vad gäller försäkringskassans motivationsarbete gentemot enskilda personer. Regeringen anser att kassan inte bör bedriva djupgående motivationsarbete.

### 4.1 Försäkringskassornas arbete med att förebygga ohälsa

#### Prioriterade frågor

Särskild vikt ska läggas vid att påverka och mobilisera myndigheter och arbetsgivare att minska riskerna för långa sjukskrivningsperioder och att öka effektiviteten i rehabiliteringsprocessen.

Dessutom ska särskild vikt läggas vid det förebyggande arbete som innebär att följa, analysera och informera om sjukfrånvarons utveckling.

#### Projektläget

Arbetet med att utveckla det förebyggande ohälsarbetet har huvudsakligen bedrivits inom Prohälsas delprojekt 1 *Förebyggande ohälsarbete*. Målet för delprojekt 1 är att ta fram en strukturerad modell för socialförsäkringsadministrationens förebyggande arbete. Modellen ska möjliggöra för försäkringskassorna att prioritera och rikta insatser som minskar inflödet till sjukförsäkringen. Delprojektet är ännu inte avslutat men ingår numera formellt i RFV:s linjeverksamhet.

Projektgruppen angav i den första delrapporten<sup>5</sup> sju strategiska områden som bör utvecklas. Bland dessa nämndes *kartläggning och analys* samt *information*. *Uppföljning* och *utvärdering* är andra utpekade utvecklingsområden.

Kassorna har enligt uppgift från RFV lagt ned viss tid på kartläggning av riskarbetsgivare. För tillfället drivs ett projekt av RFV där ett diagnos- och

---

<sup>5</sup> Förebyggande ohälsarbete. förslag på Strategiska utvecklingsområden, 2002-06-13.



Enheten för utvärderingsfrågor  
Charlotte Andersson

2003-10-28

Dnr 2002/135-5

arbetsgivarregister skapas. Frågan om kassornas åtkomst till data är inte löst. Målsättningen är dock att försäkringskassorna i någon form ska få tillgång till materialet.

Även *samverkan* identifierades som ett strategiskt utvecklingsområde. En definition av socialförsäkringsadministrationens och arbetsgivarens roller och ansvar togs fram. Vikten av att samverka med Arbetsmiljöverket betonades. För att uppnå detta krävdes, menade projektgruppen, att en övergripande samverkanspolicy träffades mellan Arbetsmiljöverket och Riksförsäkringsverket. En avgörande faktor ansåg man var att Arbetsmiljöinspektionen avsatte resurser för samverkansaktiviteter. I den senaste delrapporten återkommer man till samma slutsats. ”Som en röd tråd genom hela processen såg vi en aktiv samverkan med Arbetsmiljöinspektionen.”<sup>6</sup>

I den senaste delrapporten<sup>7</sup> från delprojektet *Förebyggande ohälsorbet* har man definierat kunskaps- och kompetenskraven för vad man kallar en ny yrkesroll. Utifrån dessa ska man ta fram ett utbildningsprogram och ett förslag till strategi för implementering (november 2003).

Utvecklingsarbetet kommer att utvärderas med start under hösten 2003. Eftersom det är en del av RFV:s verksamhet kommer det inte att utvärderas av RFV. Ett utvärderingsuppdrag kommer i stället att ges till Stockholmskassans utredningsenhet.

Man har tagit fram arbetsmetoder inom de strategiska utvecklingsområdena för det förebyggande ohälsorbetet. Dessa testas i fem försöksområden och en slututvärdering ska göras under hösten 2003. Efter årsskiftet ska metoderna kunna implementeras i hela landet. Målsättningen med metoderna inom det förebyggande ohälsorbetet är att möjliggöra för handläggarna att göra prioriteringar och rikta insatserna dit där de har den största effekten. Insatserna ska vara riktade mot arbetsgivare. Försöket med det förebyggande arbetet gentemot arbetsgivare förefaller vara relativt okänt vid kassorna.

Medvetenheten om resultatet av gamla Prohälsas delprojekt 8 *Det korta perspektivet – informationsinsatser gentemot vårdgivare och arbetsgivare* är desto större. I detta delprojekt togs en utbildning av dialogförare fram. Målet är att öka kunskapen om bland annat sjukskrivningens effekter och försäkringskassans uppdrag genom att föra en dialog och därmed påverka attityderna hos arbetsgivare och vårdgivare. En strategi för information och dialog, en modell för kunskapsspridning och en utbildningsplan har tagits fram. Genom att sprida kunskap till och föra dialog med arbetsgivare om deras ansvar ska man få dessa att aktivt arbeta med att förebygga ohälsa. Utbildningar för cirka 250 personer, s.k. dialogförare, har genomförts. Syftet med att utbilda dialogförare är att de, genom att lära sig ett nytt förhållningssätt och genom att föra en dialog, ska kunna påverka attityderna

<sup>6</sup> Delrapport. Projekt Förebyggande ohälsorbet, 1 juli 2003, sidan 12.

<sup>7</sup> Delrapport. Projekt Förebyggande ohälsorbet, 1 juli 2003.

hos arbetsgivare och vårdgivare mer effektivt än genom den information som man har lämnat tidigare.

Dialogförarutbildningarna har utvärderats på uppdrag av RFV<sup>8</sup>. I utvärderingen konstaterades att metoden har visat sig ha effekt på attitydbildning hos framför allt arbetsgivare men också bland vissa vårdgivare (se vidare avsnitt 4.3). Dialogförarutbildningar hålls även under hösten innevarande år.

Även projektet *Försäkringskassans samordningsuppdrag* tar upp det förebyggande ohälsarbetet, men snarare som ett inslag i samordningsuppdraget och rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll än som ett särskilt uppdrag.

### **Risker och osäkerheter i det fortsatta arbetet**

Angreppssättet att rikta in sig på ”problemarbetsgivare” och att i samarbete med Arbetsmiljöinspektionen föra en dialog med dessa arbetsgivare om förbättringar i arbetsmiljön verkar i grunden vara riktigt. Det som i teorin kan se bra ut kan emellertid visa sig vara svårt att genomföra i praktiken. I den modell för förebyggande ohälsarbete som föreslås kommer mycket samarbete att krävas med framför allt Arbetsmiljöinspektionen. För att kunna bedriva ett arbete enligt den modell man har skapat kommer det att vara väsentligt att Arbetsmiljöinspektionen deltar och ställer resurser till förfogande.

Arbetsmiljöinspektionens roll beskrivs endast ytligt. Det är svårt att utifrån rapporten göra en bedömning av hur långt utvecklingen av samarbetet har kommit, men det är klart att det kommer att vara viktigt med en noggrann uppföljning av samarbetet om den modell för förebyggande ohälsarbete som har tagits fram ska kunna tillämpas i praktiken.

Utvecklingen av det förebyggande ohälsarbetet tycks ännu vara relativt okänt. Det man förknippar med förebyggande arbete är framför allt dialogförarnas verksamhet. Om dialogförarnas arbete på något sätt är samordnat med övrigt förebyggande arbete går inte att avgöra utifrån det skriftliga materialet.

Enligt direktiven ska det förebyggande ohälsarbetet ske genom information och genom att påverka och mobilisera andra aktörer. En grundläggande analys om vilka effekter exempelvis informationsinsatser har finns dock inte, så vitt vi känner till. Dialogförarutbildningen har tillkommit för att kassans informationsinsatser ska få en större effekt. Avsikten är att arbetsmetoderna ska tillämpas efter det att utbildningarna är genomförda. För detta krävs dock enligt vår bedömning att arbetssättet är väl förankrat hos kassornas ledningar och att de utbildade dialogförarna tillåts avsätta tid för att tillämpa det nya arbetssättet.

---

<sup>8</sup> Dialogen – en ny metod för samarbete med vårdgivare och arbetsgivare, RFV ANALYSERAR 2003:14.

I en utvärdering av dialogförarutbildningarna gjord på uppdrag av RFV konstateras att kassornas beredskap att ta till sig den nya metoden varierar. ”Så när det gäller beredskap kan man säga att hälften av kassorna verkar ha god eller t.o.m. mycket god beredskap medan en fjärdedel har en låg beredskap och återstående knappast någon beredskap att räkna med.”<sup>9</sup> Författarens slutsatser omfattar även organisationen genom att ”den organisatoriska miljö som omger och påverkar Dialogenuppdraget och därmed dialogförarna och alla som de kommer i kontakt med är långt ifrån tillfredsställande. I stället för att skapa genomgående bra förutsättningar för olika – ur samhällssynvinkel – viktiga projekt hamnar mycket mellan stolarna.”<sup>10</sup>

## 4.2 Den enskildes delaktighet i rehabiliteringsprocessen

### Prioriterade frågor

Särskild vikt ska enligt direktiven till RFV läggas vid att den enskilde får information om möjligheterna till rehabilitering samt att den enskilde är delaktig i planeringen av åtgärderna.

### Projektläget

Utvecklingsarbetet mot metoder att öka kundens delaktighet bedrevs framför allt i två av Prohälsas delprojekt, nämligen delprojekt 3 *Utredning av rehabiliteringsbehov* och delprojekt 7 *Kundens delaktighet i sin rehabiliteringsprocess*. Delprojekt 3 är en del av regeringsuppdrag 1 och resultatet från delprojekt 7 är numera integrerat i arbetet med det uppdraget (se kapitel 3.).

En sammanhängande modell för hur man ska arbeta med att få kunden delaktig har tagits fram. Man utgår ifrån ett antal vedertagna teoretiska modeller för bl.a. bemötande och motivationsarbete. Metoden tycks vara väl förankrad i teorin. Man har även utvecklat metodiken för försäkringskassornas arbete med rehabiliteringsplanering, där en rehabiliteringsplan upprättas i samråd med den enskilde.

I en rapport från en forskargrupp som har haft i uppgift att granska arbetet i delprojekt 7 menar man att den strukturella modellen ger en bra vägledning för handläggaren i processen. Modellen verkar öka förutsättningarna för delaktighet från den sjukskrivnas sida. ”En central fråga är dock om man, genom att skapa samtal eller möten med klara målsättningar automatiskt ger förutsättningar för delaktighet. Förmodligen räcker inte detta, utan en viktig förutsättning är även att handläggaren i sin kompetens har samtalsmetodik och processmetodik”. Man konstaterar att modellen bör bli väldigt

<sup>9</sup> Dialogen – en ny metod för samarbete med vårdgivare och arbetsgivare, RFV ANALYSERAR 2003:14, sidan 118.

<sup>10</sup> Dialogen – en ny metod för samarbete med vårdgivare och arbetsgivare, RFV ANALYSERAR 2003:14, sidan 119.



tidskrävande och att det därför är helt nödvändigt att kontrollera om den höjda utredningsambitionen ger effekt i form av snabbare och bättre beslut.

Ytterligare en fråga som tas upp av forskargruppen är de dubbla roller som försäkringskassan har gentemot den försäkrade, dvs. myndighetsrollen och samordnarrollen, och den svåra balansgång som dessa båda roller förorsakar. Det är utomordentligt viktigt, menar man, att handläggaren klargör dessa båda roller för sig själv och för den försäkrade.

I en slutrapport<sup>11</sup> konstaterar projektgruppen att det ”krävs kompetens och trygghet i yrkesrollen” för att ”handläggaren ska ’våga’ bjuda in kunden och därmed öka förutsättningarna för delaktighet. ... Modellen ger förutsättningar men inga garantier för delaktighet. Det måste inom kassorna skapas möjligheter för handläggarna att arbeta med ett professionellt förhållningssätt, vilket ger ökade förutsättningar för kundens delaktighet. Det innebär att handläggaren måste ha kompetens bland annat i samtalsmetodik, bemötandefrågor och processmetodik. Vi bedömer det också angeläget att handläggarna erhåller handledning parallellt med att nya metoder införs”.

#### **Risker och osäkerheter i det fortsatta arbetet**

Det är angeläget att den enskilde blir mer delaktig i sin egen rehabilitering och projektgruppen har på ett ambitiöst sätt tagit sig an uppgiften att möjliggöra det, men det saknas en utvärdering av de effekter den strukturella modellen ger. Om forskargruppens bedömning att den är tidskrävande att arbeta efter är riktig, är det av stor vikt att man har en klar uppfattning om i vilken mån modellen ger effekter i form av en bättre och effektivare rehabilitering. Projektgruppen föreslår att en utvärdering av hela delaktighetsmodellen görs inom ramen för regeringsuppdrag 1. Man ifrågasätter dock om en effektutvärdering kan ske innan kompetensutveckling och kontinuerligt lärande har skett parallellt med metodförändring.

Statskontoret ser en risk i att implementeringen försvåras om det inte finns en uppfattning om vilka effekter metoderna kommer att få i framtiden. Med den organisation och den brist på effektiva ledningsuppföljningssystem som finns inom socialförsäkringsadministrationen, underlättas implementeringen förmodligen väsentligt om man kan visa vilka effekter en ny metod har. Detta gäller såväl ledningsnivån som handläggarnivån. I en uppföljning som har gjorts av ett pilotområde har det visat sig att det fortfarande är en relativt stor andel sjukfall där en personlig kontakt inte tas, men där den förmodligen borde ha tagits.

Statskontoret bedömer att projektgruppens reflektioner kring att det måste skapas möjligheter för ett professionellt förhållningssätt har stor relevans. Likaså delar vi projektgruppens uppfattning att handläggare som arbetar med samordning av rehabilitering måste ha kompetens i samtalsmetodik,

<sup>11</sup> Kundens delaktighet i sin rehabiliteringsprocess. slutrapport, 2002-12-23, sidan 17.

bemötandefrågor och processmetodik. Det innebär emellertid enligt vår uppfattning inte enbart att det är önskvärt och nödvändigt med högskolekompetens hos den personal som nyrekryteras.

Det måste också inom kassavärlden ske en uppgradering av *synen* på värdet av relevant högskoleutbildning för det samordningsuppdrag som är lagt på Försäkringskassan. Kompetenskrav är en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för att skapa ett professionellt arbetsklimat och arbets sätt. För att ett sådant arbetsklimat och arbets sätt ska kunna utvecklas, krävs också att den högskoleutbildade personalens kompetens tas tillvara och ges möjligheter att vidareutvecklas.Handledning vid införande av nya arbetsmetoder kan vara ett viktigt led i en ökad professionalisering och underlätta att en praxis uppstår.

### 4.3 Försäkringskassornas arbete gentemot arbetsgivare

#### Prioriterade frågor

Enligt regeringsuppdraget ska RFV lägga särskild vikt vid att arbetsgivarna uppfyller sin lagstadgade uppgift att komma in med en rehabiliteringsutredning till försäkringskassan och vid att kassan inte övertar det ansvar för att genomföra och bekosta rehabiliteringsåtgärder som arbetsgivarna har.

#### Projektläget

Inom Prohälsas delprojekt 2 *Arbetsgivarens medverkan* har man tagit fram ett skriftligt material. Det omfattar dels en rehabiliteringsguide som beskriver arbetsgivarens ansvar, dels en metodbeskrivning riktad till handläggarna för att skapa förutsättningar för samsyn mellan försäkringskassan och arbetsgivaren om gemensamma mål för rehabiliteringsarbetet. Den framtagna modellen och metodbeskrivningen testades under hösten 2002 vid ett antal försäkringskassor och offentliga arbetsgivare och fick enligt projektgruppen ett positivt gensvar. Rehabiliteringsguiden finns numera tillgänglig på Internet.

Forskargruppen granskade den framtagna rehabiliteringsguiden och fann att den ”innehåller en noggrann beskrivning av hur rehabiliteringsarbetet kan och bör bedrivas i samverkan mellan arbetsgivare och kassa”. Den ”främjar med all säkerhet arbetsgivarnas förmåga att hantera sjukskrivna medarbetare”. Man ifrågasatte dock inom forskargruppen om arbetsgivarnas intresse för att rehabilitera sjukskrivna anställda verkligen ökar på grund av den information som ges i rehabiliteringsguiden.

Ytterligare ett projekt riktat mot bland annat arbetsgivare är i stället inriktat mot att påverka attityder. I Prohälsas delprojekt 8 *Det korta perspektivet – informationsinsatser gentemot vårdgivare och arbetsgivare* har man utvecklat en dialogförarutbildning för handläggare. Dessa ska bland annat

föra dialog med arbetsgivare om deras ansvar inte bara för att förebygga ohälsa (se avsnitt 4.1) utan också för att ge sjukskrivna möjlighet att återgå i arbete. Utbildningar av 250 dialogföreläsare genomfördes under hösten 2002. Utbildningarna fortsätter under 2003.

Dialogprojektet har utvärderats på uppdrag av RFV. ”*Dialogen som metod och transition som förhållningssätt* har visat sig ha en ganska kraftfull effekt på attitydbildning hos framför allt arbetsgivarna men också bland vissa vårdgivare.”<sup>12</sup>

Delprojekten tycks i många stycken komplettera varandra vad gäller arbetsmetoder riktade mot arbetsgivare. I rapporteringen från dessa båda delprojekt framgår emellertid inte om det har förekommit något samarbete dem emellan.

Inte heller i rapporteringen från projektet *Försäkringskassans samordningsuppdrag* framgår om Prohälsas båda delprojekt har haft något inflytande över skrivningarna om arbetet mot arbetsgivarna. I en av delrapporterna<sup>13</sup> beskrivs en metodik för hur kassan bör förhålla sig till arbetsgivarnas lagstadgade uppgift att ta fram rehabiliteringsutredningar. Rapporten ger dock endast en mycket översiktlig beskrivning av vad man bör förvänta sig att en rehabiliteringsutredning ska innehålla och hur man bör agera om en utredning uteblir från arbetsgivaren. I skrivningarna märks inget av de båda andra delprojektens arbete med metodutveckling.

### **Risker och osäkerheter i det fortsatta arbetet**

Enligt direktiven i regeringens uppdrag till RFV ska särskild vikt läggas vid att arbetsgivarna uppfyller sin lagstadgade uppgift att komma in med en rehabiliteringsutredning till försäkringskassan. I uppdraget till Prohälsas delprojekt 2 har inte ingått att skapa en metodik för hur man följer upp arbetsgivare som inte uppfyller sina åligganden. Denna fråga finns med i SFA-utbildningen, men i vilken mån möjligheterna till kontroll av att lagen efterlevs är tillräckliga framgår inte av de delrapporter som Statskontoret har tagit del av. Vi anser emellertid att detta är en väsentlig del av arbetet gentemot arbetsgivarna.

Arbetet i delprojekt 2 har gått ut på att underlätta för arbetsgivaren genom att tillhandahålla strukturerad information och en användarvänlig blankett för rehabiliteringsutredning. Man har i delprojektet tagit som utgångspunkt att arbetsgivaren ska ta del av informationen och ändra sitt beteende utifrån den. Trots att det informationsmaterial som har tagits fram tycks ge en bra och överskådlig information till arbetsgivarna, finns det inte några garantier för att information ändrar arbetsgivarnas beteende i någon större utsträckning. Frågan är i detta sammanhang vilka alternativa metoder kassan

<sup>12</sup> Dialogen – en ny metod för samarbete med vårdgivare och arbetsgivare, RFV ANALYSERAR 2003:14, sidan 116.

<sup>13</sup> Delprojekt 2: verktyg och metoder.

har att välja mellan. Valet av metod beror förmodligen på att information är det medel försäkringskassorna vanligen använder gentemot arbetsgivare.

Dialogförarutbildningen avser att ge handläggarna en metod att påverka attityderna och därigenom öka arbetsgivarnas intresse för rehabilitering. Ett allmänt genomförande av den nya arbetsmetoden är emellertid beroende av att den förankras inom hela socialförsäkringsadministrationen och även hos berörda medaktörer. I den utvärdering som har gjorts på uppdrag av RFV konstateras att endast cirka hälften av kassorna har en god beredskap att genomföra arbetet med dialoger gentemot arbetsgivare.

Samordningen mellan delprojekten tycks vara klen. Delprojekten 2 och 8 i det gamla Prohälsa visar mycket få kopplingar mellan varandra i skrivningarna i rapporterna. Rapporteringen från projektet *Försäkringskassans samordningsuppdrag* visar heller inte tecken på att man har tagit till sig resultaten från de två föregående projekten.

#### **4.4 Försäkringskassornas arbete med rehabiliteringsplanering**

##### **Prioriterade frågor**

Särskild vikt ska läggas vid att kassan i samråd med den enskilde upprättar en rehabiliteringsplan som klarlägger målet med rehabiliteringsåtgärden och anger vilka insatser som ska vidtas för att nå målet.

##### **Projektläget**

Delprojekt 7 *Kundens delaktighet i sin rehabiliteringsprocess* har haft i uppdrag att utveckla metodiken för hur försäkringskassan arbetar med rehabiliteringsplanering (se avsnitt 4.2). Den uttalade målsättningen är att kunden ska bli huvudaktör i klarläggande, planering och genomförande av rehabiliteringen.

En modell som innehåller alla delarna i rehabiliteringsprocessen, inklusive planeringen har tagits fram. Modellen ska förmedla kunskap till den enskilde om möjligheterna vid rehabilitering. En rehabiliteringsplan upprättas i samråd. Modell och metoder har utvecklats utifrån ett antal beteendevetenskapliga teorier och redan befintliga modeller som har inventerats inom delprojektet. Modellen har även betydelse för handläggarnas roller och kompetens (se avsnitt 4.2).

Delaktighetsmodellen är numera integrerad i arbetet med det uppdrag 1. Det innebär att metoderna testas i pilotområdena tillsammans med övriga metoder i uppdrag 1. Enligt en uppföljning som har gjorts i ett av pilotområdena upplevs metoderna enligt delaktighetsmodellen som något positivt. Det finns dock vissa problem med efterlevnaden i det andra steget, dvs. vid den fördjupade utredningen. Det har också visat sig att mallarna för utskick

till den enskilde inte passar alla former av organisatoriska lösningar vid kassorna.

Även projektet *Försäkringskassans samordningsuppdrag*, som har i uppdrag att förtydliga rehabiliteringssamordnarens yrkesroll, har beskrivit rehabiliteringsprocessen. I vilken mån man inom det projektet har tagit del av delaktighetsmodellen framgår inte av skrivningarna i de båda delrapporterna<sup>14</sup>. Referenser saknas till delprojektet 7 om kundens delaktighet. Det tycks dock ha funnits ett utbyte med projektgruppen i regeringsuppdrag 1 och därmed en påverkan även från delaktighetsmodellen, som numera ingår där.

#### **Risker och osäkerheter i det fortsatta arbetet**

Flera av delprojekten tangerar eller till och med överlappar varandra. Vad gäller rehabiliteringsprocessen är olika delprojekt involverade i att utveckla den – vart och ett utifrån sitt speciella problemområde. Statskontoret har i den tidigare lägesrapporten<sup>15</sup> påpekat att det finns en risk att man inte samordnar tillräckligt. Risker är fortfarande påtagliga.

Flera av delprojekten tar upp frågan om de krav uppdraget och metoderna ställer på handläggarnas kompetens. Detta gäller även delprojekt 7 om kundens delaktighet i rehabiliteringsprocessen (se vidare avsnitt 4.2). Hur väl knyts metodutveckling och kompetens ihop?

En knäckfråga gäller hur konsensus kring samordnarnas yrkesroll ska nås i organisationen (se vidare avsnitt 4.6). En förankring där konsensus uppnås är med dagens organisation avgörande för genomslag av en ny yrkesroll i praktiken. Statskontoret bedömer dock att det fortfarande är osäkert om man kommer att uppnå en samsyn kring en tydlig roll för rehabiliteringssamordnarna.

## **4.5 Försäkringskassornas köp av arbetslivs- inriktade rehabiliteringstjänster**

### **Prioriterade frågor**

Särskild vikt ska läggas vid att medel som används för köp av aktiva rehabiliteringsinsatser endast används för köp av insatser som håller hög kvalitet.

### **Projektläget**

RFV gav projektet Prohälsa i uppdrag att utveckla arbetsmetodikerna vid köp av rehabiliteringstjänster. Arbetet skedde inom ramen för delprojekt 4

---

<sup>14</sup> Delprojekt 1: uppdrag och yrkesroll, 2003-09-02, samt Delprojekt 2: verktyg och metoder, 2003-09-18.

<sup>15</sup> Socialförsäkringsadministrationens arbete med att utveckla metoder för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, Statskontoret, 2002-10-29.

*Samordning.* Att säkerställa att insatserna håller hög kvalitet var inte en del av uppdraget till Prohälsa utan det arbetet skulle istället utföras av RFV. Delprojekt 4 avslutades vid årsskiftet 2002/2003 utan att ha nått fram till ett förtydligande av rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll. Projektet *Försäkringskassans samordningsuppdrag* har tagit över det metodutvecklingsarbete som aldrig avslutades av delprojekt 4. I den rapport som lämnades till RFV i september 2003 behandlades emellertid inte köp av tjänster på något samlat sätt utan som inslag i handläggningsprocessen.

#### **Risker och osäkerheter i det fortsatta arbetet**

Man har ännu inga konkreta planer på hur arbetet med att säkerställa att insatserna håller hög kvalitet ska utföras. Enligt Statskontorets tolkning av uppdraget är detta en viktig del. Att avgöra om en rehabiliteringsåtgärd håller hög kvalitet bör enligt vår mening omfatta även en analys av effekter mätta med kvantitativa mått. Ett arbete pågår för närvarande för att alla kassor ska använda sig av ett system för inrapportering av insatser som medger uppföljning på individnivå.

## **4.6 Rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll**

Det ingår i regeringens uppdrag till RFV att förtydliga yrkesrollen för de tjänstemän som arbetar med samordning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Uppdraget i denna del är inte närmare preciserat i regeringens direktiv. RFV skall dock tydliggöra försäkringskassans roll när det gäller att motivera enskilda personer att delta i rehabiliteringsåtgärder. Regeringen framhåller att kassan *inte* bör bedriva djupgående motivationsarbete. I övrigt lägger regeringen ett generellt ansvar på RFV att fortsätta utvecklingsarbetet efter slutfört uppdrag.

#### **Projektläget**

Rehabiliteringssamordnarnas roll fokuserades inom Prohälsa främst i delprojekt 4 *Samordning*. Då Prohälsa och delprojekt 4 avslutades vid årsskiftet hade man inte hunnit nå fram till ett förtydligande av yrkesrollen. Ett uppdrag att förtydliga yrkesrollen gavs därför av RFV till ytterligare ett projekt *Försäkringskassans samordningsuppdrag*. Detta uppdrag ingår inte i Prohälsa och omfattas därför inte av direktionens överenskommelse om implementering. Projektet består av två delprojekt, *Delprojekt 1: uppdrag och yrkesroll* samt *Delprojekt 2: verktyg och metoder*.

Yrkesrollen har även en koppling till de frågor som behandlas inom Prohälsas delprojekt 6 *Diskussionsunderlag om etiskt förhållningssätt* och delprojekt 7 *Kundens delaktighet i sin rehabiliteringsprocess*.

En viktig del av arbetet i Prohälsas delprojekt 4 *Samordning* inriktades på socialförsäkringsadministrationens roll och ansvar i relation till övriga aktörer, dvs. att definiera rollen på organisationsnivå. Även den enskilde

rehabiliteringssamordnarens yrkesroll och vissa förutsättningar för att lyckas i denna roll behandlades. En svaghet i det redovisade underlaget var att det inte tydligt framgick vilka oklarheter i den nuvarande rollen man avsåg att lösa.

Dessa iakttagelser gäller i viss mån även nu. Projektet *Försäkringskassans samordningsuppdrag* har lämnat två delrapporter<sup>16</sup>. En av delrapporterna går igenom de verktyg och metoder som samordnarna ska tillämpa i sin yrkesroll. Den beskriver deltidssjukskrivningen som ett verktyg för att förkorta sjukfallen.

Det är i första hand den delrapport som behandlar uppdraget som behandlas i detta avsnitt.

Rapporten tydliggör yrkesrollen genom att analysera det samordningsuppdrag med olika uppgifter och ansvar som statsmakterna givit åt kassan. Det är viktigt att på detta sätt skapa en samsyn i organisationen om det gemensamma uppdraget. Samtidigt blir det missvisande om beskrivningen av rollen begränsas till det en gång givna statsmaktsuppdraget. Det riskerar att ge ett statiskt uppifrånperspektiv, som inte tillräckligt kopplar yrkesrollen till dagens verklighet.

Ett antal definitioner och gränsdragningsfrågor som syftar till att precisera rehabiliteringsuppdraget i stort tas upp av författaren. När det gäller den tidigare oklarheten kring rehabiliteringssamordnarens motivationsskapande roll definieras och avgränsas den uppgiften på ett tydligare sätt.

Rapporten beskriver det gemensamma förhållningssättet med nyckelord som bör vara vägledande i arbetet. Beskrivningen sammanfattar viktiga delar i yrkesrollen och innebär också på vissa punkter avgörande ställningstaganden. Detta kan vara ett sätt att fånga hela frågan i en gemensam diskussion inom kassaorganisationen och därmed bidra till att skapa samsyn och medvetenhet kring den egna yrkesrollen.

#### **Risker och osäkerheter i det fortsatta arbetet**

Rapporten har inte accepterats av samtliga försäkringskassor. Från en av de största kassorna har framförts synpunkten att begreppen i rapporten inte stämmer överens med de begrepp som används i ärendehanteringssystemet. Ett annat område som har vållat kritik mot rapporten är det sätt som författaren har avgränsat kassans motivationsarbete. Kritikerna menar att rapporten beskriver samordningsuppdraget på ett sätt som liknar kurativ verksamhet. Man har dessutom vid olika kassor olika syn på vilken kompetens som bäst behövs i gränsområdet mellan uppdraget att betala ut ersättning och uppdraget att samordna.

---

<sup>16</sup> Delprojekt 1: uppdrag och yrkesroll, 2003-09-02, samt Delprojekt 2: verktyg och metoder, 2003-09-18.



Gränsdragningen mellan de olika yrkesrollerna är ett område som är kontroversiellt och rapporten har en vid avgränsning av rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll. Rapporten håller inte konsekvent isär organisationens uppdrag och den enskilde rehabiliteringssamordnarens roll. Det är inte givet att den enskilda yrkesrollen är identisk med organisationens roll och ansvar. Detta är en otydlighet i beskrivningen.

Vi vill inte i sak värdera de ställningstaganden som görs i rapporten. Var avgränsningen mellan de olika yrkesrollerna bör ligga tar vi inte ställning till. Enligt vad Statskontoret kan bedöma är rapporten emellertid ett viktigt bidrag till att klargöra det ursprungliga uppdraget och att ta ett steg närmare en samsyn om det gemensamma samordningsuppdraget. Det är i dagsläget osäkert vilken ställning rapporten kommer att ha i framtiden. Projektet omfattas inte av den överenskommelse om implementering som gäller de metoder som har tagits fram inom ramen för Prohälsa.

Rapportens styrka är att den väl analyserar innebörden i statsmakternas ursprungliga uppdrag till kassan och beskriver de delprocesser som ingår i uppdraget. Intrycket är dock att man i rapporten tar ett steg tillbaka och utreder en grundläggande fråga om det ursprungliga uppdraget. Det är inte klart hur rapporten förhåller sig till övriga utvecklingsprojekt.

Vi menar att rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll bör belysas i ett mera dynamiskt perspektiv än vad som är fallet. Det bör fånga upp viktiga problem i det nuvarande praktiska arbetet och de förändringar i kassans arbete som man vill driva fram.

Rehabiliteringsarbetet präglas i flera avseenden av en kluvenhet från den enskilde handläggarens perspektiv. Det gäller exempelvis hur fördelningen ska se ut mellan samordning och tillsyn. Det gäller även insatser riktade till den enskilde individen och till arbetsgivaren. Det är förmodligen omöjligt att lägga fast en balanspunkt en gång för alla – den måste skifta. Rapporten har givit ett bidrag men det krävs en fortsatt diskussion.

Statskontoret förde i den förra lägesrapporten<sup>17</sup> fram synpunkten att det inte framgick vilka problem och oklarheter i den nuvarande yrkesrollen man avser att lösa. Inte heller i denna rapport utgår man ifrån någon tydlig problematisering av yrkesrollen och de knäckfrågor som kan finnas. Ett sätt att problematisera rollen skulle ha kunnat vara att utgå ifrån exempel på otydligheter i rollen som tidigare har lyfts fram av RFV<sup>18</sup>. Det finns dock inga direkta kopplingar till tidigare dokumenterade problem.

---

<sup>17</sup> Socialförsäkringsadministrationens arbete med att utveckla metoder för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, Statskontoret, 2002-10-29.

<sup>18</sup> Morgondagens rehabilitering – om försäkringskassans uppdrag och gränssnitt mot rehabiliteringsansvariga parter, RFV ANSER 1999:8.

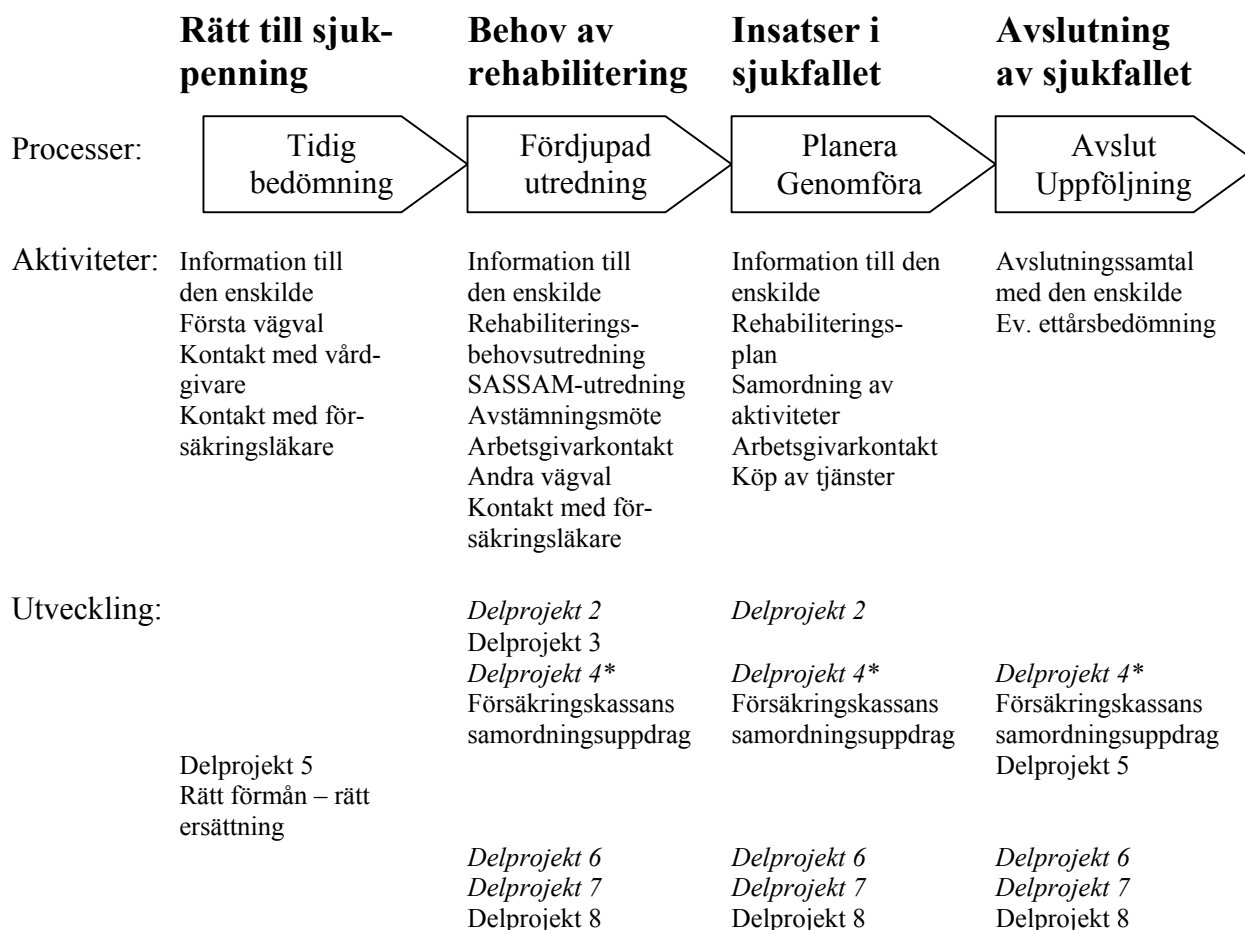


Ytterligare en begränsning ligger i att rapporten inte knyter an till Prohälsas utvecklingsprojekt och efterföljande implementeringsarbete. Yrkesrollen påverkas i själva verket av flera projekt som berör synsätt och metodik. Ett sådant är Prohälsas etikprojekt. Det saknas i dag gemensamma värderingar och metoder för prioriteringar. Prioriteringsgrunderna varierar mellan olika handläggare. Inom delprojekt 6 har skapats ett underlag för diskussion om ett etiskt förhållningssätt som ska fungera som stöd för prioriteringar och beslut när lagar och regler inte styr arbetet.

Den andra delen av projektet *Försäkringskassans samordningsuppdrag* har varit okontroversiell bland försäkringskassorna. Den rapport som har lämnats ger en beskrivning av de arbetssätt som avses tillämpas av samordnarna. Eftersom rapporten inte redovisar vilka inslag i arbetssätten som är nya och tidigare oprövade är det svårt att ta ställning till i vilken mån de är möjliga att implementera.

## 5 Avslutande kommentarer

Statskontoret har med utgångspunkt i tre delrapporter<sup>19</sup> sökt skapa en bild av processen i handläggningen av ett sjukfall. Bilden är förmodligen inte invändningsfri, men den ger en översikt över var i handläggningskedjan de olika delprojekten i metodutvecklingsarbetet befinner sig. Nedan ges en förenklad beskrivning av de processer som hanteringen av ett sjukfall består i, några av de aktiviteter som berörs i metodrapporterna samt inom vilket delprojekt utvecklingsarbetet bedrivs eller har bedrivits.



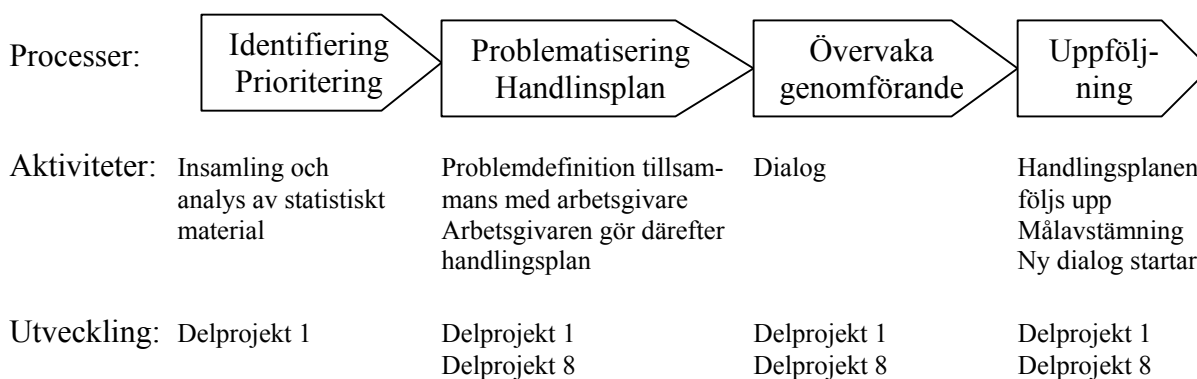
*Delprojekt som är avslutade är satta i kursiv stil.*

\* Delprojekt 4 nådde aldrig fram till en accepterad beskrivning av rehabiliteringsmordnarens yrkesroll utan har ersatts av projektet Försäkringskassans samordningsuppdrag som bedrivs i två olika delprojekt.

<sup>19</sup> En gemensam utredningsmetodik på försäkringskassan, 2003-07-30, samt Försäkringskassans samordningsuppdrag. Delprojekt 1: uppdrag och yrkesroll, 2003-09-02 och Delprojekt 2: verktyg och metoder, 2003-09-18. .

De rapporter som har använts som underlag är inte helt samstämmiga vad gäller processbeskrivningarna. Det ger dock enligt vad vi kan bedöma en i huvudsak riktig bild av handläggningen av sjukfall. I de flesta fall stannar processen vid steg 1, tidig bedömning, och någon samordning blir aldrig aktuell.

Parallellt med detta ska försäkringskassan dessutom bedriva ett förebyggande ohälsorabete mot framför allt arbetsgivare. I detta arbete ingår att identifiera riskarbetsplatser, föra en dialog med arbetsgivare och därefter verka för att åtgärder genomförs. I huvudsak kan man dela in arbetet i följande processer.



### Bristande samordning mellan delprojekt

Bristen på samordning av utvecklingsprojekten var tydlig redan förra året. Även i år märks en sådan brist på samordning i det skriftliga materialet. Ytterligare ansträngningar bör göras för att undvika denna fragmentisering av utvecklingsarbetet.

Ett exempel är de tre delprojekt som alla helt eller delvis är inriktade mot arbetsgivare. Det gäller delprojekten 1, 2 och 8. Delprojekt 1, som är det mest mångsidiga i den betydelsen att det inte är inriktat på en enda typ av insats, refererar till de andra delprojekten i sin lägesrapport. Delprojekten 2 och 8 har inriktning mot information respektive attitydpåverkan. Ett annat exempel är att flera delprojekt påverkar och förändrar rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll och arbetssätt. De olika delprojektens arbete har emellertid haft liten synlig inverkan på varandra.

Ytterligare ett exempel är Prohälsas delprojekt 6, *Diskussionsunderlag om etiskt förhållningssätt*. Detta tycks ha arbetat ganska isolerat från övriga delar av Prohälsa. Projektet *Försäkringskassans samordningsuppdrag* startades efter det att Prohälsa och etikprojektet hade avslutats, men inte heller i detta projekt märks någon direkt påverkan från etikprojektets arbete.

**Ett professionellt förhållningssätt**

Det finns ett inbyggt dilemma i metodutvecklingsarbetet som tar sig uttryck bland annat i direktiven till uppdraget: flexibilitet och individuella bedömningar kontra angivna metoder vid fasta tidpunkter. Flexibilitet innebär ett större ansvar för handläggaren.

Det finns ett gap mellan de tekniska inslagen i metodbeskrivningarna, vilket underlag som krävs för beslut etc., och mer grundläggande värderingar om att likvärdiga fall ska behandlas på ett likvärdigt sätt. I detta gap måste den enskilde handläggaren göra egna bedömningar.

Dessa bedömningar har i flera fall visat sig vara svåra att göra för den enskilde handläggaren. Man söker avhjälpa detta genom att i vissa fall sträva mot att handläggaren inte ensam ska göra bedömningen. Trots detta lämnas handläggaren ensam med många svåra val. Handläggningsprocessen beskrivs i en av rapporterna som ett antal ”kontinuerliga vägval”. Hur många kontakter som behövs och vilket underlag som är tillräckligt före det slutliga vägvalet, avgörs från fall till fall av den enskilde handläggarens bedömning.

Frågor av tillämpningsart har inte tagits upp i utvecklingsarbete. Möjligen kan etikprojektet räknas som ett undantag. Etikprojektet har en teoretisk grund och utifrån denna har man formulerat ett antal etiska problem. Det diskussionsunderlag som har tagits fram bör snarast ses som en start på en mer målmedveten etisk diskussion än tidigare, men det ger inte handläggaren någon vägledning vad gäller problem av etisk karaktär i den dagliga handläggningen. Diskussionsunderlaget tar upp tjänstemannarollen i allmänhet, till exempel handläggarens förhållningssätt.

Så småningom måste en etisk kod utvecklas inom socialförsäkringsområdet. Det räcker inte bara med att ta upp etik som ett inslag i en i sammanhanget relativt kort utbildning av handläggare (SFA-utbildningen och SASSAM-utbildningen). Arbetet har påbörjats i och med att diskussionsunderlaget med etiska frågeställningar har börjat användas, men vägen fram till en verklig etisk kod är lång och mödosam.

Det måste även skapas möjligheter för ett i andra bemärkelser professionellt förhållningssätt. I flera av projektrapporterna kan läsas att det i dag finns en brist på kompetens i framför allt samtalsmetodik. Det behövs även allmänt en högre kompetens i bemötandefrågor och processmetodik. Det har vid intervjuer även framkommit att det inte bara är bristen på högskolekompetens som är ett problem, utan det finns även en oförmåga att ta tillvara kompetensen.

Den verksamhet som bedrivs vid landets försäkringskassor är komplex. De beslut som fattas har stor inverkan på enskilda människors liv och handläggaren har stor makt över de människor som han eller hon möter. En organi-

sation där man i team gör viktiga bedömningar som rör individer kan förmodligen öka både effektiviteten i verksamheten och likformigheten i besluten. En verklig praxis bildas i arbetsgrupper där diskussioner om det dagliga arbetet förs. Därmed borde även rättssäkerheten gynnas. Sammantaget talar detta för en arbetsorganisation där man i högre grad än i dag arbetar i team.

### **Effekterna är osäkra**

Effekterna av de framtagna metoderna är i de flesta fall okända. Ett tydligt exempel är de informationsinsatser som föreslås i två av delprojekten gentemot arbetsgivare och den enskilde. Att informationsinsatser har en effekt på attityder och beteende är inte självklart och en analys av det saknas.

Vad gäller handläggningen av sjukfallsärenden är det i allmänhet svårt att avgöra utifrån det skriftliga materialet vad som är nytt i de föreslagna metoderna och arbetssätten. Vilka är de nya drivkrafterna i processen? Vad är det i arbetssättet som ska skynda på och förbättra handläggningen? Systematiska uppföljningar av de nya arbetssätten saknas.

### **Implementeringen osäker**

Stora delar av utvecklingsarbetet omfattas av en principiell överenskommelse om implementering av framtagna arbetsmetoder. Det har emellertid visat sig att gamla erfarenhetsbaserade arbetssätt lätt tar över då handläggaren inte ser fördelarna med det nya. Det finns dessutom än så länge en relativt stor frihet för kassorna vad gäller graden av införande av nya metoder.

Alla delar av utvecklingsarbetet omfattas inte av överenskommelsen. Det gäller framför allt det arbete som avser att förtydliga rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll. Här finns fortfarande en stor osäkerhet vad gäller acceptans och implementering.

En intressant erfarenhet från försöksverksamheten i pilotområdena är, att pilotområdena har olika stor beredskap att ta emot och tillämpa de arbetsätt och metoder som har utarbetats i regeringsuppdrag 1. Skillnaderna i beredskap ligger förmodligen inte på det mentala planet, eftersom det speciella med pilotområdena är att de frivilligt har gått in i ett förändringsarbete som syftar till att skapa nya arbetsätt och att de har varit med och format dem. Skillnaderna i beredskap beror snarare på organisatoriska förhållanden som skiljer sig åt mellan de olika kassorna.

I ett av delprojekten (dialogprojektet) har RFV låtit göra en utvärdering. Där konstateras angående implementeringen av de nya metoderna att "hälften av kassorna verkar ha god eller t.o.m. mycket god beredskap medan en fjärdedel har en låg beredskap och återstående knappast någon beredskap

att räkna med”.<sup>20</sup> Skillnaderna i beredskap förklaras enligt författaren av skillnader i såväl organisatoriska omständigheter som intresse.

Acceptansen av de nya arbetssätten kan skifta väsentligt mellan de olika kassorna. Försäkringskassornas självständiga ställning har resulterat i att centralt beslutade förändringar i etablerade arbetssätt ofta kräver en omständlig förankringsprocess. Ytterligare en betydelsefull faktor är att många kassor har bedrivit ett lokalt metodutvecklingsarbete och man ser inte alltid fördelar med ett nytt arbetssätt som ska införas utifrån. I många fall är det en ledningsfråga om ett nytt arbetssätt ska nå acceptans eller inte, i andra fall kan finnas ett motstånd på handläggarnivån.

Ett exempel är utredningsinstrumentet SASSAM, som enligt ett centralt fattat beslut ska införas i hela landet vid årsskiftet. RFV och de kassor som tidigare har använt SASSAM ser många fördelar med instrumentet. Beslutet om införande har dock väckt en del missnöje, eftersom man vid en del kassor anser sig redan ha utvecklat egna utredningsinstrument som fungerar bättre än SASSAM. Utifrån det skriftliga materialet går det inte att avgöra om SASSAM är tillräckligt utvärderat. Den skriftliga dokumentationen är svag.

Implementeringen i organisationen av ett mer målmedvetet arbete med etiska frågor bedömer vi vara en kritisk punkt. Värderingsfrågor är ett långsiktigt och kontinuerligt arbete som måste få utrymme i organisationen. Det finns en uppenbar risk att de trängs undan i det vardagliga arbetet i förvaltningsorganisationen. Inte minst är ledningens förhållningssätt och engagemang en viktig faktor.

### **Uppföljningen måste förbättras**

För att implementeringen ska lyckas måste såväl handläggare som chefer se fördelarna med de nya arbetssätten. Att följa upp effekter av och resursåtgång för nya arbetsmetoder bör ha hög prioritet.

Ett system för att följa upp metodefterlevnaden måste skapas på flera områden. Inom regeringsuppdrag 1 säger man sig vara medvetna om detta och ha ambitionen att gå vidare med ett arbete i den riktningen. Vi menar att detta arbete inte bör ligga enbart på de enskilda delprojekten. Ett mer övergripande arbete för att förbättra uppföljningen av metodefterlevnaden bör göras över hela handläggningskedjan, vare sig det rör sig om handläggning av sjukfallsärenden eller av förebyggande arbete gentemot arbetsgivare och vårdgivare.

Arbetsmiljöinspektionen är en viktig aktör i det förebyggande ohälsorbetet. Det är av största vikt att samarbetet mellan försäkringskassan och Arbetsmiljöinspektionen fungerar lokalt – utan det faller tanken bakom den

---

<sup>20</sup> Dialogen – en ny metod för samarbete med vårdgivare och arbetsgivare, RFV ANALYSERAR 2003:14, sidan 118.



modell som har tagits fram. Det är därför avgörande att man följer upp hur samarbetet fungerar i praktiken.



## **Underlag**

### **Rapporter lämnade till regeringen**

Lägesrapport 2, RFV, 2003-08-14.

Lägesrapport beträffande uppdraget förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen uppdrag 3 – pilotverksamhet, RFV och AMS, 2003-06-27.

### **Rapporter från delprojekten till RFV**

Projekt Förebyggande ohälsöarbete, delrapport, 2003-07-01.

Arbetsgivarens medverkan, slutrapport, 2002-12-27.

Kundens delaktighet i utredningsprocessen, delrapport, 2002-12-20.

Samordningsuppdraget – Definition av SFA:s roll och ansvar i relation till övriga aktörer, 2002-06-28.

Köp av tjänst – Arbetsmetod inför och vid köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster, 2002-10-07.

Metod för en tidig bedömning av kundens arbetsförmåga samt en modell för att kvalitetssäkra underlaget, 2002-21-20.

Kompetensstrategi inom ohälsoområdet, 2002-12-16.

VÅGA ETIK – ett diskussionsunderlag om ett etiskt förhållningssätt i SFA:s ohälsöarbete, 2002-12-18.

VÅGA ETIK – en metoderapport till diskussionsunderlaget om ett etiskt förhållningssätt inom SFA:s ohälsöarbete

Kundens delaktighet i sin rehabiliteringsprocess, slutrapport, 2002-12-23.

Dialoginsatser gentemot vårdgivare och arbetsgivare, slutrapport, 2002-12-23.

En gemensam utredningsmetodik på försäkringskassan, 2003-07-30.

Försäkringskassans samordningsuppdrag. Delprojekt 1: uppdrag och yrkesroll, 2003-09-02.

Försäkringskassans samordningsuppdrag. Delprojekt 2: verktyg och metoder, 2003-09-18.



### **Intervjuer**

- 2003-09-29 Ingrid Hallgren, chef för enheten för förebyggande ohälsa-  
arbete och rehabilitering, RFV, och Maud Wackenfors, RFV.
- 2003-10-02 Bo Petersson, central projektledare uppdrag 1.
- 2003-10-06 Mats Günzel, delprojektledare Försäkringskassans  
samordningsuppdrag.
- 2003-10-14 Peter Ahlström, projektledare uppdrag 1, Norrköping.
- 2003-10-20 Marianne Olsson, projektledare uppdrag 1, Västra Frölunda.
- 2003-10-21 Elisabeth Greijer, projektledare uppdrag 1, Västerås.
- 2003-10-22 Håkan Juntti, projektledare uppdrag 1, Haparanda-  
Övertorneå.

### **Övrigt**

Morgondagens rehabilitering – om försäkringskassans uppdrag och gräns-  
snitt mot rehabiliteringsansvariga parter, RFV ANSER 1999:8.