

Analys av aktiviteter under tid med aktivitetsersättning

Försäkringskassan

Vårt diarienummer: FK 2023/019274
Upplysningar: Analytiker Malin Junestav
010-111 94 16
malin.junestav@forsakringskassan.se
Webbplats: www.forsakringskassan.se



Innehåll

| | |
|---|-----------|
| Sammanfattning | 3 |
| Uppdraget..... | 3 |
| Frågeställningar och tillvägagångssätt | 8 |
| Metod och population..... | 9 |
| Begreppsdefinitioner | 10 |
| Om aktivitetsersättning | 11 |
| Aktivitetsersättningen har ett dubbelt syfte | 11 |
| Försäkringskassans samordningsansvar..... | 13 |
| Aktiviteter i syfte att förbättra eller upprätthålla förmågor | 14 |
| Arbetslivsriktad rehabilitering för att uppnå arbetsförmåga..... | 16 |
| Forsknings- och kunskapssammanställning om aktivitetsersättningens effekter för målgruppen | 20 |
| Aktivitetsersättningens måloppfyllelse | 21 |
| Svårt att analysera effekter av aktiviteter under tid med aktivitetsersättning..... | 22 |
| Studier om personer som bedöms stå längst bort från arbetsmarknaden..... | 27 |
| Analys och resultat | 30 |
| Kort om mottagarna av aktivitetsersättning..... | 30 |
| Knappt hälften av mottagarna hade någon aktivitet eller rehabiliteringsåtgärd.... | 33 |
| Beslut | 45 |
| Referenser | 46 |
| Bilaga 1 Frågeformulär i aktstudien | 49 |
| Bilaga 2 Diagnosgrupper enligt ICD 10 | 50 |
| Bilaga 3 Metodbilaga | 51 |
| Genomförande av aktstudien | 51 |
| Bilaga 4 Konfidensintervall för utvalda resultat i aktstudien | 53 |



Sammanfattning

Aktivitetsersättning ska ge ekonomisk trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga för personer i ålder 19–30 år. När en person beviljas ersättningen ska Försäkringskassan undersöka om det finns möjlighet att delta i aktiviteter. *Aktiviteter* är en insats av fritidskaraktär som den försäkrade kan få ersättning för, t ex kursavgifter eller gymkort, om Försäkringskassan har bedömt att aktiviteten kan ha en gynnsam inverkan på den försäkrades sjukdomstillstånd eller fysiska eller psykiska prestationsförmåga (33 kap. 21–23 §§ socialförsäkringsbalken). Mottagaren kan även få *rehabiliteringsåtgärder*, vilka syftar till att den försäkrade ska kunna få eller behålla ett arbete (29–30 kap. SFB). Åtgärderna kan vara medicinska, sociala eller arbetslivsinriktade. En rehabiliteringsåtgärd ska samordnas av Försäkringskassan.

Vid tidigare uppföljningar har det konstaterats att en begränsad del av mottagarna får olika aktiviteter eller insatser. Detta har lyfts som en risk i granskningar, då ambitionen är att hindra att unga vuxna hamnar i inaktivitet för resten av livet.

Uppdraget

Denna rapport är ett svar på regeringsuppdrag enligt vilket Försäkringskassan ska sammanställa statistik över aktiviteter som personer med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga deltar i. Enligt uppdraget ska Försäkringskassan också analysera vilka av de aktiviteter som försäkrade med aktivitetsersättning deltar i som leder till att de kommer närmare arbetslivet och vilka aktiviteter som i övrigt bäst förbättrar den försäkrades fysiska och psykiska prestationsförmåga.

Det finns inte löpande statistik om aktiviteter inom ramen för aktivitetsersättningen. Vi har därför tagit fram statistik via en aktstudie av 500 slumpmässigt utvalda personer som hade aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga under 2022.

För att besvara den del av uppdraget som avser vad olika sorts aktiviteter leder till så har vi genomfört en kunskapsöversikt utifrån tidigare studier och forskning. Utifrån resultaten från aktstudien tillsammans med tidigare studier resonerar vi kring vilka aktiviteter som kan gynna etablering på arbetsmarknaden bland försäkrade med aktivitetsersättning.

Samma andel med aktiviteter idag som i uppföljning 2013

Vår kartläggning visar att ungefär hälften, 48 procent, av dem som uppbar aktivitetsersättning under 2022 hade någon form av aktivitet



eller rehabiliteringsåtgärd. Ungefär en tredjedel, 32 procent, hade minst en rehabiliteringsåtgärd, och 26 procent hade minst en aktivitet. Detta motsvarar nästan exakt de resultat som Försäkringskassans studie från 2013 kom fram till, dvs. att 48 procent hade någon aktivitet eller åtgärd och att ca en fjärdedel hade någon typ av aktivitet.

Det var år 2022 vanligare bland kvinnor (37 %) än bland män (29 %) att ha haft en rehabiliteringsåtgärd. Vi ser även lite olika mönster gällande vilken typ av aktivitet eller åtgärd kvinnor respektive män har. Det var vanligast att ha haft någon aktivitet eller rehabiliteringsåtgärd bland mottagare med psykiatriska diagnoser.

Bland dem som hade en aktivitet eller åtgärd, var idrotts- och friskvårdsaktiviteter vanligast; 18 procent av mottagarna i urvalet hade minst en idrotts/friskvårdsaktivitet. Även medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering var relativt vanligt förekommande. Bland dem som hade endast en aktivitet, så hade 3–4 procent studier, kurser, praktik och arbetsnära aktivitet.

Rehabiliteringsåtgärder, i syfte att den försäkrade kommer närmare arbetslivet var vanligast bland 21–23-åringar, medan aktiviteter i syfte att förbättra den försäkrades sjukdomstillstånd eller fysiska eller psykiska prestationsförmåga var vanligast bland dem som var 25–27 år.

Det var framförallt personer med en psykiatrisk diagnos som hade arbetslivsinriktad rehabilitering, vilande ersättning eller provotid. Denna diagnosgrupp framstår alltså oftast ha bedömts ha förutsättningar nära sig arbete eller studier. Merparten av dem som nybeviljas aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga har också en psykiatrisk diagnos. I vårt urval var det 67 procent som hade en psykiatrisk diagnos som huvuddiagnos, och 47 procent hade en neuropsykiatrisk diagnos.

Orsaker till att inte fler har aktiviteter

Flera orsaker kan bidra till att inte en större andel av dem med aktivitetsersättning har aktiviteter. En orsak till att inte fler har rehabiliterande åtgärder är att de inte av handläggarna bedömts ha behov av det i övriga fall. Gruppen mottagare är heterogen i fråga om funktions- och potentiell arbetsförmåga. Över hälften bland dem med aktivitetsersättning för förlängd skolgång har senare aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Detta innebär att en stor andel av inflödet till aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga kommer från gruppen som fått ersättningen för förlängd skolgång.

Det finns de som etablerar sig på arbetsmarknaden under tid med eller efter att de haft aktivitetsersättning. Ungefär en femtedel av dem som lämnar aktivitetsersättningen etablerar sig inom tio år på



arbetsmarknaden (inräknat med lönesubventioner). Ytterligare uppskattningsvis en tiondel av dem som lämnar aktivitetsersättningen arbetar i någon utsträckning, men uppbär samtidigt sjukersättning. Betydligt vanligare är dock att beviljas sjukersättning och att inte arbeta. Av samtliga som lämnade aktivitetsersättningen under juli 2022 till mars 2023 på grund av att de fyllt 30 år hade 53 procent inom ett halvår ansökt om och beviljats sjukersättning.

Andelen av dem med aktivitetsersättning som på sikt etablerar sig på arbetsmarknaden skulle kunna förväntas öka något som en följd av lagändringen 2017, enligt vilken man kan beviljas sjukersättning redan från 19 års ålder om ens arbetsförmåga bedöms vara stadigvarande nedsatt. Denna förändring framstår dock ha haft relativt begränsad effekt. Av omkring 34 000 personer under 30 år som hade sjuk- eller aktivitetsersättning i september 2024 var det endast omkring 3 000, eller knappt 9 procent som hade sjukersättning.

En typ av aktivitet som inte räknats med ovan är daglig verksamhet, vilket är en insats enligt LSS¹ om stöd och service till vissa funktionshindrade, som vänder sig till vissa personer med funktionsnedsättning i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och som inte utbildar sig. Verksamheten ska erbjuda den enskilde stimulans, utveckling, meningsfullhet och gemenskap efter personens önskemål. I vår aktstudie hade uppskattningsvis 20 procent av personerna daglig verksamhet genom LSS utan samordning med Försäkringskassan. Tidigare uppföljningar har funnit att personer med daglig verksamhet mycket sällan övergår till lönearbete.

En orsak till att inte fler har aktiviteter, trots att det kan ha en gynnsam inverkan på sjukdomstillstånd eller fysiska eller psykiska prestationsförmåga, är att de berörda personerna inte efterfrågat det. Till skillnad mot rehabiliteringsåtgärder, vilka normalt initieras av Försäkringskassan, är det normalt individen själv som tar initiativ till aktiviteter.

Begränsad kunskap om effekter av aktiviteter i den grupp där det kan vara aktuellt

Det finns vissa studier och forskning om effekter av aktiviteter och framför allt rehabiliteringsåtgärder till grupper med aktivitetsersättning, men de är begränsade. Detta beror dels på att det är resurskrävande att studera effekter av aktiviteter efter-som de inte följs upp i register, dels att det generellt är svårt att studera kausala samband av samhällsfenomen. För gruppen med aktivitetsersättning tillkommer att den är heterogen samt att det även

¹ LSS (1993:387), 9-10 §§



för den grupp som kan förväntas etableras på arbetsmarknaden kan ta flera år, vilket gör analyser mer komplexa. I vissa fall saknas även enhetliga definitioner och mått, samt att faktorer som berör samhällsnivån i princip saknas i litteraturen.

Visst stöd finns dock för olika typer av rehabiliteringsinsatser. I en effektutvärdering som genomfördes 2017 av forskare på Stockholms universitet och medarbetare från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan visade sig andelen som befann sig i arbete efter femton månader vara signifikant högre i den grupp som fått s.k. supported employment (26 %), i förhållande till sedvanlig rehabiliteringssamverkan (18 %) respektive case management (20 %).

I en effektutvärdering av samordningsförbundens uppdrag från inspektionen för socialförsäkringen (ISF) 2023 konstaterades att det samordnade stöd som teamen erbjuder till personer som behöver samordnad rehabilitering leder till att dessa ser mer positivt på sina framtida jobb-möjligheter, möjligheten till att bli självförsörjande och på livet i allmänhet än de som inte har träffat ett team. I studien ingick dock inte enbart personer som genom aktivitetsersättningen fått insatser finansierade av samordningsförbund.

Även uppföljningar av rehabiliteringssamverkan antyder att de kan ha avsedd effekt. För de försäkrade med aktivitetsersättning som deltagit i rehabiliteringssamverkan redovisas en tydlig ökning av personer som därefter arbetar eller bedriver reguljära studier. De flesta av de personer som efter en avslutad insats lämnade rehabiliteringssamverkan går vidare till någon form av anställning, eller reguljära studier. För deltagare med aktivitetsersättning som avslutat en insats under året hade 27 procent gått vidare till arbete eller studier efter insatsen, och ytterligare 7 procent gått vidare till att bli arbetssökande.

Aktiviteters inverkan på den försäkrades sjukdomstillstånd eller fysiska eller psykiska prestationsförmåga har inte studerats i samma utsträckning. I en granskning av Riksrevisionen från 2015 tillfrågades försäkringsutredare inom aktivitetsersättningen vad de tror om aktiviteternas effekt på personens förmåga. De flesta menade att aktiviteterna motiverar personerna till ett mer aktivt liv och ökade deras sociala kompetens. Däremot trodde en majoritet av handläggarna att aktiviteterna inte ökade personernas förutsättningar för arbetsförmåga.

ISF kunde 2019 peka på att en relativt stor andel av de mottagare av aktivitetsersättning som ansökte om och beviljades sjukersättning när de uppnådde 30-års ålder inte hade genomfört några aktiviteter under tiden med ersättning. En förklaring till avsaknad av aktiviteter skulle kunna vara att de ansetts för sjuka för att kunna tillgodogöra sig någon rehabiliterande aktivitet eller insats. Enligt ISF var det



mycket vanligare i gruppen som beviljades sjukersättning att ha haft daglig verksamhet.

Viss kunskap finns slutligen om andra typer av stöd till personer som bedöms stå längst bort från arbetsmarknaden. I en systematisk litteraturöversikt från 2012 fram-kom att Individuell placering och stöd hade god effekt, och att kognitiv beteende-terapi i kombination med detta möjligen kan vara gynnsamt för att öka individens funktionsförmåga. Även om sådana anpassningar inte behöver vara särskilt kost-samma för arbetsgivare kan de kräva ett kontinuerligt engagemang.



Frågeställningar och tillvägagångssätt

Uppdraget syftar till att utveckla kunskapen om aktiviteter under tid med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Försäkringskassan ska analysera vilka av de aktiviteter som försäkrade med aktivitetsersättning deltar i som leder till att de kommer närmare arbetslivet och vilka aktiviteter som i övrigt bäst förbättrar den försäkrades fysiska och psykiska prestationsförmåga. Då det inte finns tillgänglig statistik gällande aktiviteter (däremot finns statistik gällande arbetslivsinriktad rehabilitering och samverkan med Arbetsförmedlingen) och åtgärder inom ramen för aktivitetsersättningen (enligt 33 kap. och 29–30 kap. SFB), så har ett första steg varit att ta fram statistik via en aktstudie av 500 slumpmässigt utvalda personer som hade aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga under 2022.

Utifrån den data som vi sammanställt utifrån aktstudien och sammanställningen av tidigare studier, söker vi svar på följande frågeställningar:

- Vilken typ av aktiviteter deltar personer med aktivitetsersättning i (uppdelat på kön, ålder och diagnos)?
- Vilka av de aktiviteter som personer med aktivitetsersättning deltar i *syftar till* att den försäkrade ska komma närmare arbetslivet respektive *syftar till* att förbättra eller upprätthålla den försäkrades fysiska och psykiska prestationsförmåga?
- Vilka diagnoser/funktionsbegränsningar är kopplade till olika typer av aktiviteter och åtgärder bland personer med aktivitetsersättning?

Inom ramen för uppdraget gör vi en kunskapssammanställning som baseras på tidigare och pågående studier, och som ger en bredare bild av mottagargruppen och olika aktiviteter och åtgärder inom ramen för aktivitetsersättningen. Vi kan inte utifrån resultaten i aktstudien eller annan tillgänglig statistik ge uttömmande svar på samtliga frågor som formuleras i regeringsuppdraget, det vill säga;

- vilka av de aktiviteter personer med aktivitetsersättning deltar i leder till att den försäkrade kommer närmare arbetslivet, och
- vilka aktiviteter som i övrigt bäst förbättrar den försäkrades fysiska och psykiska prestationsförmåga

Utifrån resultaten från aktstudien tillsammans med tidigare studier resonerar vi kring vilka aktiviteter som kan gynna etablering på arbetsmarknaden bland försäkrade med aktivitetsersättning. Utifrån



aktstudien kan vi svara på vad syftet med insatsen är. Däremot har vi inte kunnat undersöka effekten av insatserna. Denna fråga har däremot kunnat besvaras i Försäkringskassans rapport Arbetsmarknaden för personer med aktivitetsersättning², åtminstone vad gäller frågan vilka aktiviteter som leder till att de försäkrade kommer närmare arbetslivet.

För att kunna svara på frågan vilka aktiviteter som förbättrar den försäkrades fysiska och psykiska prestationsförmåga, skulle vi behöva en helt annan typ av data eller datainsamling, som följer upp de enskilda mottagarnas hälsa. Det skulle alltså krävas mer omfattande studier för att kunna svara på denna del av regeringsuppdraget.

Utifrån den data som vi sammanställt utifrån aktstudien och sammanställningen av tidigare studier, söker vi svar på följande frågeställningar:

- Vilken typ av aktiviteter deltar personer med aktivitetsersättning i?
- Vilka diagnoser är kopplade till olika typer av aktiviteter och åtgärder bland personer med aktivitetsersättning?

Metod och population

I december 2022 hade knappt 29 700 personer mellan 19 och 29 år aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. För att utveckla kunskapen om vilka aktiviteter de försäkrade deltar i under tid med aktivitetsersättning har vi genomfört en aktstudie som omfattar 500 slumpmässigt utvalda akter/försäkrade bland dem som hade aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga under 2022. Utifrån dessa akter och det formulär som följts för att samla in uppgifter om antal aktiviteter och rehabiliteringsåtgärder, aktivitetens eller rehabiliteringsåtgärdens art och syfte, mottagarens kön och huvuddiagnos, samt huruvida mottagaren har haft vilande ersättning eller prövotid under den aktuella perioden (2022) har vi sammanställt statistik som ska spegla hela populationen med aktivitetsersättning.

² Försäkringskassan 2024b



Begreppsdefinitioner

Aktivitet

I rapporten använder vi begreppet "aktiviteter" i betydelsen "aktivitet som en försäkrad utför eller är involverad i under den tid som hen har aktivitetsersättning och som Försäkringskassan har bedömt ha en gynnsam inverkan på den försäkrades sjukdomstillstånd eller fysiska eller psykiska prestationsförmåga" (SFB 33 kap. 21–23 §§). Sådana aktiviteter under tid med aktivitetsersättning är helt frivilliga att delta i för den försäkrade. Exempel på sådana aktiviteter är deltagande i kurser, föreningsverksamhet, dagverksamhet eller idrott/ friskvård, eller ägna sig åt någon hobby eller konstnärlig verksamhet. Aktiviteter kan också vara arbetslivsinriktade, som exempelvis grundläggande utbildning eller olika slag av kontakt med arbetslivet i form av praktik. Kurser på högst gymnasial nivå kan också godkännas som aktivitet. Vidare ska aktiviteterna ge möjlighet att delta i ett socialt sammanhang, men behöver inte direkt leda vidare till arbete.

Rehabiliteringsåtgärder och arbetsinriktade rehabiliteringsåtgärder

När vi i rapporten skriver om *åtgärder*, avses rehabiliteringsåtgärder och insatser i samband med rehabilitering. En försäkrad har rätt till rehabiliteringsåtgärder enligt bestämmelserna i SFB kap. 29–30. Försäkringskassan har en skyldighet att *samordna* och utöva tillsyn över de *insatser* som behövs för rehabiliteringen (30 kap. 8 § SFB).

- Arbetslivsinriktad rehabilitering innebär att en försäkrad som drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete (29 kap. 2 § SFB). Arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder är åtgärder som behövs för att en försäkrad som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom ska kunna få eller behålla ett arbete. Åtgärderna kan till exempel vara arbetsträning eller utbildning. Skyldigheten att aktivt medverka i arbetslivsinriktad rehabilitering är lagstadgad, och det gör också möjligheten att dra in eller minska ersättningen för viss tid eller tills vidare för den som inte medverkar (se t ex prop. 1991/92:40 sid. 32).
- Medicinsk rehabilitering kan bestå i rehabiliteringsrådgivning och rehabiliteringshandledning, utvärdering av funktions- och arbetsförmågan och rehabiliteringsbehov, medicinering och terapier och andra nödvändiga åtgärder för att förbättra och upprätthålla funktionsförmågan.
- Social rehabilitering kan bestå i åtgärder för att skapa en ekonomisk trygghet, social trygghet samt en fungerande social samvaro. Detta kan göras med hjälp av till exempel sociala nätverk, vård och behandling vid missbruk och/eller insatser från andra myndigheter.

Prövotid och vilande ersättning

Den försäkrade kan efter minst ett år med aktivitetsersättning begära vilande ersättning när hen förvärvsarbetar eller studerar (36 kap. 10 § SFB). För den tid som den försäkrade har aktivitetsersättning ska det finnas en planering av de insatser som bedöms vara lämpliga under ersättningstiden. Målet är att den försäkrade ska ha fått eller återfått så stor arbetsförmåga som möjligt när ersättningsperioden är slut.

Insatser

När vi skriver om insatser avses Arbetsförmedlingens program som kopplas till aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning. Gäller den som är arbetssökande, studerar eller startar företag. För att få ersättning krävs att mottagaren/deltagaren söker arbete och följer den plan och de överenskommelser som nåtts med Arbetsförmedlingen.



Om aktivitetsersättning

I detta avsnitt sammanfattar vi gällande bestämmelser och syftet med aktivitetsersättningen.

Aktivitetsersättningen har ett dubbelt syfte

Aktivitetsersättningen syftar dels till att ge ekonomisk trygghet för personer under 30 års ålder som har en nedsatt arbetsförmåga eller behöver extra tid för att avsluta studier (förlängd skolgång), dels att genom 'aktivering' ge en ökad grad av självständighet för unga med funktionsnedsättning.³ Försäkringskassan har även ett utökad uppdrag med att finansiera olika aktiviteter (Försäkringskassan betalar ut ersättning till den försäkrade för kostnader som uppstår i samband med aktiviteten, s k särskild ersättning) för personer som har aktivitetsersättning. Dessa aktiviteter syftar till att öka mottagarens fysiska och psykiska funktionsförmåga.⁴

Syftet med aktiviteter och rehabiliteringsåtgärder inom ramen för aktivitetsersättningen är att den försäkrade om möjligt ska närma sig arbetsmarknaden, genom att upprätthålla eller förbättra olika förmågor. Aktivitetsersättning fungerar i nuläget både som en ersättning för den grupp unga som har behov av arbetsförberedande eller arbetslivsrehabiliterande aktiviteter som ska göra att de närmar sig arbetsmarknaden, samt som en ersättning för unga som har en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga, men som varken nu eller i framtiden förväntas kunna etableras på arbetsmarknaden. Dessa kan ha behov av andra typer av aktiviteter, som sociala- eller friskvårdsaktiviteter.

Gruppen som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga är mycket heterogen. Majoriteten av mottagarna har någon typ av psykisk diagnos, men graden av funktionsnedsättningar som diagnosen medför skiljer sig kraftigt inom gruppen. Inom gruppen med en psykisk diagnos är de med en neuropsykiatrisk diagnos (ADHD, autism) flest och övriga psykiatriska diagnoser (bl. a ångest, depression och psykostillstånd), näst flest. Ungefär en fjärdedel av de som är mottagare av aktivitetsersättning har en utvecklingsstörning. Generellt kan personer med olika typer av diagnoser inom gruppen utvecklingsstörning ha funktionsnedsättningar som gör att de står längre bort från arbetsmarknaden, jämfört med personer med andra psykiatriska diagnoser.

³ 29-30 kap. samt 33 kap., Socialförsäkringsbalken, samt förarbeten, Prop. 2000/01:96, s. 86.

⁴ Ibid.



Syftet med införandet av förmånen aktivitetsersättning 2003 var att ingen skulle kunna "förtidspensioneras" innan de fyllt 30 år. Redan innan införandet av den nya ersättningen hade Försäkringskassan ett uppdrag att samordna arbetsinriktad rehabilitering för mottagare av ersättning från socialförsäkringen när sjukdom lett till nedsatt arbetsförmåga. I och med att aktivitetsersättningen infördes utökades uppdraget till att identifiera behov av samordning, verka för rehabiliterande och/eller aktiverande insatser samt att utöva tillsyn över de insatser som tillhandahålls av andra aktörer för denna grupp. När aktivitetsersättningen konstruerades valde lagstiftaren att inom en och samma ersättning kombinera stöd för personens uppehälle med stöd för att tillvarata, stimulera och stärka arbetsförmåga.⁵

Försäkringskassan prövar rätten till ersättningen och ska samordna stödet som ska ta tillvara på personens förmågor, och i lämpliga fall det stöd som innebär steg in på arbetsmarknaden. De aktiviteter och insatser som ska stötta personen organiseras inte av Försäkringskassan, men myndigheten ska tillsammans med personen planera aktiviteter som kan gynna förmågor som kan förbättra förutsättningar för arbetsförmåga. Under tid med aktivitetsersättning har Försäkringskassan i uppdrag att samordna rehabilitering, vilket i bred bemärkelse är insatser som hjälper till att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga.⁶

För att få aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga behöver den försäkrade uppfylla flera kriterier: Den försäkrade ska:

- vara mellan 19–29 år
- av medicinska skäl ha en nedsättning av prestationsförmågan, antingen fysiska eller psykisk. Det kan vara en sjukdom eller en annan funktionsnedsättning.
- ha en arbetsförmåga som är nedsatt med minst en fjärdedel
- nedsättningen ska förväntas bestå under minst ett år

Det är vanligast att aktivitetsersättningen uppbärs under en längre period, men kan beviljas som mest tre år åt gången. Mottagare kan

⁵ Detta gäller Aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

⁶ Även inom sjukpenning har handläggarna ett samordningsansvar. En viktig skillnad är dock att inom sjukpenning finns det oftast en arbetsgivare som den försäkrade är på väg tillbaka till, och den arbetsgivaren har ett stort ansvar för att stötta den försäkrade och förebygga ohälsa samt att stötta vid återgång i arbete efter en sjukskrivning. Inom aktivitetsersättning är det mycket ovanligt att det finns en arbetsgivare med i bilden, eftersom de flesta mottagare inte har förvärvsarbetat innan de har fått aktivitetsersättning. Istället utgörs gruppen mottagare av en heterogen grupp i ung ålder där en del har mycket stora stödbehov, och andra har större förutsättningar att genomföra arbetslivsinriktad rehabilitering.



också ha rätt till bostadstillägg, samt ersättning för kostnader vid arbetslivsinriktad rehabilitering

Aktivitetsersättningen kan beviljas på deltid. På den tid då man inte uppbär ersättning går det bra att till exempel arbeta eller studera.

Försäkringskassans samordningsansvar

Försäkringskassans uppdrag att samordna rehabiliteringsinsatser gäller för personer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Samordningsuppdraget innebär att Försäkringskassan i samråd med individen ser till att dennes behov av rehabilitering klarläggs och att verka för att insatserna genomförs. Respektive aktör ansvarar för att bekosta insatserna inom sina verksamhetsområden. Försäkringskassan genomför inte själv någon rehabilitering. Däremot ska Försäkringskassan följa upp åtgärderna och stötta personen under hela processen.

Rehabiliteringen kan delas in i flera delar: kommunen ansvarar för social rehabilitering, hälso- och sjukvården för medicinsk rehabilitering, och Arbetsförmedlingen för arbetslivsinriktad rehabilitering. Undantaget är om personen har en arbetsgivare, då det är den som ansvarar för arbetslivsinriktad rehabilitering. Samordning kan behöva göras med Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården, kommunen, eller med en arbetsgivare. Eftersom de flesta mottagarna av aktivitetsersättning inte har haft ett arbete är det vanligaste att samordning sker med Arbetsförmedlingen.⁷

Olika kategorier av aktiviteter och rehabilitering under tid med ersättning

Medicinsk rehabilitering är aktuellt för många med aktivitetsersättning, och sådana insatser pågår ofta parallellt med övriga insatser. Det kan till exempel handla om vårdinsatser inom psykiatri eller insatser inom habiliteringen. Social rehabilitering ingår ofta som en del av andra insatser, men är inte vanligt som separat insats⁸.

Rehabiliterande insatser kan delas upp i följande kategorier:

⁷ Enligt Socialstyrelsen termbank är rehabilitering ”insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet”.

⁸ Om insatsen bedöms som social rehabilitering finns inget lagkrav på att det ska finnas en plan, som finns för medicinsk rehabilitering och aktiviteter. Planeringen behöver dock dokumenteras i journalen. Vid social rehabilitering har man inte rätt till ersättning för kostnader som vid aktiviteter och arbetslivsinriktad rehabilitering



- Medicinsk rehabilitering som hälso-och sjukvården organiserar och ansvarar för.
- Social rehabilitering som kommunen ansvarar för.
- Aktiviteter för att öka förutsättningar för arbetsförmåga, samordnas av Försäkringskassan och där planeringen sker tillsammans med den försäkrade.

Försäkringskassan ansvarar för att bedöma rätt till och betala ut ersättning från sjukförsäkringen, klargöra behov av och samordna de rehabiliteringsinsatser som individen behöver. Arbetsförmedlingen ansvarar för att bedöma behov och besluta om insatser inom arbetslivsinriktad rehabilitering.⁹

Aktiviteter i syfte att förbättra eller upprätthålla förmågor

I detta avsnitt beskriver vi kortfattat vilka aktiviteter som syftar till att avse sådana insatser som Försäkringskassans handläggare bedömer är aktiviteter i enlighet med 33 kapitlet 21–24 §§ i SFB.

När en person ansöker om aktivitetsersättning ska handläggaren alltid erbjuda personen att delta i aktiviteter med syfte att förbättra den försäkrades hälsotillstånd alternativt förbättra arbetsförmågan. I lagtexten beskrivs aktiviteter som en insats som "kan antas ha en gynnsam inverkan på hans eller hennes sjukdomstillstånd eller fysiska eller psykiska prestationsförmåga"¹⁰. Syftet med aktiviteterna är således att *öka förutsättningarna* för att personen ska få eller återfå arbetsförmåga.

Tolkningen av begreppet "gynnsam inverkan", som nämns i förarbetena, är att aktiviteten antingen kan utveckla prestationsförmågan på kort eller lång sikt, eller att den upprätthåller nuvarande fysiska och psykiska funktioner och på så sätt ökar den försäkrades livskvalitet. En aktivitet kan alltså ha gynnsam inverkan både om den leder till ökade förutsättningar för att komma närmare arbetslivet och om den upprätthåller hälsotillståndet. Försäkringskassan organiserar inte dessa aktiviteter, utan ska samordna dem och därmed planera in aktiviteter tillsammans med

⁹ Undantaget är om personen har en arbetsgivare, då det är den som ansvarar för arbetslivsinriktad rehabilitering. Det är dock väldigt ovanligt bland personer med aktivitetsersättning. Om personen inte kan återgå i arbete hos arbetsgivaren så kan det vara aktuellt med rehabiliteringssamverkan med Arbetsförmedlingen även i de fall den försäkrade har en arbetsgivare.

¹⁰ 33 kap. 21 § SFB



den försäkrade. Personens deltagande i sådana aktiviteter är alltid frivilligt.¹¹

Aktiviteter kan vara av väldigt olika slag. Det är till exempel vanligt att få inträde till träningsanläggning som "gymkort". Många med aktivitetsersättning deltar på kurser, till exempel en kurs i att måla som arrangeras av ett studieförbund. För personer som omfattas av LSS-lagstiftningen kan daglig verksamhet vara en aktivitet¹². Försäkringskassans största utgiftsposter för aktiviteter för personer med aktivitetsersättning under 2023 är idrotts- och friskvård, ersättning för resor mellan bostad och aktivitet, samt kursavgifter. Om försäkringsutredaren bedömer att något kan definieras som en aktivitet kan ersättning för kostnader som görs i samband med aktiviteter. Majoriteten av de flesta personer som uppbär aktivitetsersättning har ingen aktivitet, eller åtminstone inte någon aktivitet som samordnas eller ersätts av Försäkringskassan. I genomsnitt är den ca en fjärdedel av de som har aktivitetsersättning som deltar i en aktivitet.¹³

Det styr till exempel vilken sorts ersättning en person kan få för kostnader i samband med en insats, och vilket försäkringsskydd som gäller vid personskada respektive sakskada.

En del aktiviteter är mer tydligt kopplade till arbete, till exempel praktik med syfte att närma sig arbetslivet. För sådant används ibland begreppet *arbetsförberedande aktiviteter*. Begreppet används inom Försäkringskassan men finns inte definierat i lagtext. Försäkringsutredaren kan se detta som ett steg innan mer "skarpt läge", det vill säga innan det är lämpligt att påbörja en arbetslivsinriktad rehabilitering, som ställer högre krav på deltagaren än arbetsförberedande aktiviteter. Det förekommer också att begreppet arbetsförberedande används för att benämna insatser som inte är aktiviteter utan istället arbetsinriktad rehabilitering. Det tenderar att göra begreppet otydligt. En anledning till att det kan vara viktigt att precisera en insats är just för att veta vilket lagrum som gäller. Det styr till exempel vilken sorts ersättning en individ kan få för kostnader i samband med en insats, och vilket försäkringsskydd som gäller vid personskada respektive sakskada.

¹¹ Försäkringskassans Vägledning Aktivitetsersättning 2013:2, version 15.

¹² Daglig verksamhet är en insats enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. För att få tillgång till denna insats krävs att du omfattas av lagens personkrets.

¹³ Försäkringskassan (2023b)



Arbetslivsinriktad rehabilitering för att uppnå arbetsförmåga

Medan syftet med aktiviteter, som beskrivits ovan, är att *öka förutsättningarna* för att personen ska få arbetsförmåga, är syftet med arbetslivsinriktad rehabilitering att personen ska *få arbetsförmåga*. Arbetslivsinriktad rehabilitering ska fungera som insatser närmast arbetsmarknaden för personer med aktivitetsersättning.

Med arbetslivsinriktad rehabilitering medföljer ett ökat krav på personens deltagande. Aktiviteter är som beskrivits helt frivilliga för personen. Vad gäller arbetslivsinriktad rehabilitering är personen istället skyldig att delta, med undantag om det finns medicinska skäl till frånvaro, i annat fall kan Försäkringskassan hålla inne ersättningen. Medan en person får arbetslivsinriktad rehabilitering kan också andra insatser pågå, till exempel medicinsk rehabilitering eller aktiviteter. Arbetslivsinriktad rehabilitering ska dock alltid prioriteras över aktiviteter. Under tid med arbetslivsinriktad rehabilitering kan personer inte heller ha vilande aktivitetsersättning.

Gemensam kartläggning

Försäkringskassan identifierar behov och träffar den försäkrade för att förbereda en arbetslivsinriktad rehabilitering. Om Försäkringskassan bedömer att en person är redo för /skulle kunna tillgodogöra sig arbetslivsinriktad rehabilitering, skickas en begäran om gemensam kartläggning till Arbetsförmedlingen. Detta eftersom arbetslivsinriktad rehabilitering är en slags arbetsmarknadspolitisk insats, som organiseras tillsammans med Arbetsförmedlingen (rehabiliteringssamverkan).¹⁴ Detta syftar även till att förbereda individen inför gemensam kartläggning, som ingår i rehabiliteringssamverkan. Från denna tidpunkt, tills samverkan är avslutad, kommer båda myndigheterna att följa upp de insatser som görs.

Den första fasen kallas gemensam kartläggning¹⁵ och innebär att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tillsammans med personen kartlägger vilka insatser personen behöver för att uppnå arbetsförmåga. För personen inleds detta med ett informationsmöte där båda myndigheterna är med, och tillsammans med personen definierar personens mål och motivation, och vad som behöver

¹⁴ Rehabiliteringssamverkan sker inom det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Det förstärkta samarbetet innefattar även omställningsmöten, som är en överlämning mellan Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen när personer inte längre har rätt till ersättning från Försäkringskassan.

¹⁵ I den gemensamma kartläggningen medverkar deltagare, handläggare från Försäkringskassan och arbetsförmedlare på Arbetsförmedlingen. Men även professioner från exempelvis kommun och vårdgivare kan medverka i planeringen av insatserna.



göras. Därefter behöver personen skriva in sig på Arbetsförmedlingen. När Arbetsförmedlingen har bedömt vilken insats som är lämpligast utifrån personens förutsättningar håller samma parter ett planeringsmöte.

Arbetslivsinriktad rehabilitering innebär att den som är i behov av särskilt stöd erbjuds utredande, vägledande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser.

Om det visar sig vid uppföljning att personen klarar ett anpassat arbete, gör Försäkringskassans handläggare bedömningen att personen har uppnått arbetsförmåga¹⁶. Det kan till exempel vara så att personen klarar att arbeta i den omfattning som krävs. När detta är dokumenterat avslutas samarbetet mellan myndigheterna. Om personen söker om aktivitetsersättning igen kommer hen troligen få avslag, med undantag om det finns medicinska skäl. När uppföljningarna har visat att individen har en arbetsförmåga ska Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ha en dialog tillsammans med individen om att rehabiliteringssamverkan ska avslutas. Bedömningen utgår från att individen har varit på en lämplig arbetsplats och utfört arbetsuppgifter utifrån sina förutsättningar. Det behöver inte finnas någon anställning tillgänglig för att denna bedömning ska kunna göras.¹⁷

Om en period med aktivitetsersättning tar slut på grund av att personen bedöms ha arbetsförmåga har Försäkringskassan inte längre något samordningsansvar. Däremot kan personen få annat stöd om det rör sig om ett indrag eller avslag på aktivitetsersättning. I sådant fall erbjuder Försäkringskassan ett omställningsmöte med Arbetsförmedlingen.

Vilande ersättning

Om en person med aktivitetsersättning önskar att prova att arbeta med lön eller att studera, kan hen ansöka om att få ha sin ersättning vilande. När ersättningen är vilande har personen kvar rätten till ersättning även om den inte betalas ut. Om försöket med arbete eller studier inte fungerar kan personen när som helst begära att få ersättningen utbetald igen. Aktivitetsersättning kan vara vilande i högst 24 månader. Det är väldigt få, bara några procent, av de som

¹⁶ I denna rapport syftar vi alltid på Försäkringskassans definition av arbetsförmåga. Arbetsförmedlingen tillämpar flera begrepp som inte överensstämmer med denna.

¹⁷ I denna rapport syftar vi alltid på Försäkringskassans definition av arbetsförmåga. Arbetsförmedlingen tillämpar flera begrepp som inte överensstämmer med denna. Det kan till exempel vara så att individen klarar att arbeta i den omfattning som krävs. När detta är dokumenterat avslutas samarbetet mellan myndigheterna. Om individen söker om aktivitetsersättning igen kommer hen troligen få avslag, med undantag om det finns medicinska skäl.



har aktivitetsersättning som utnyttjar möjligheten att ha vilande ersättning.

Daglig verksamhet med eller utan samordning

Daglig verksamhet är en insats enligt 9-10 §§ i LSS¹⁸ och vänder sig till vissa personer med funktionsnedsättning i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och som inte utbildar sig. Verksamheten ska erbjuda den enskilde stimulans, utveckling, meningsfullhet och gemenskap efter individens önskemål. Individer har rätt till olika typer av stöd för att kunna delta i daglig verksamhet, till exempel anpassning av arbetsuppgifter. Eftersom daglig verksamhet inte är en anställningsform, utan bygger på frivillighet, kan deltagare vara lediga från verksamheten i större utsträckning än vid förvärvsarbete.¹⁹

Samordningsförbunden kan finansiera både aktiviteter och arbetslivsinriktad rehabilitering

En del rehabiliteringsinsatser till personer med aktivitetsersättning finansieras av samordningsförbund. Inom ramen för samordningsförbund kan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun och region samverka för att ge stöd och rehabilitering till personer som har behov av myndighetsgemensamt stöd.

Lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (Finsamlagen) gör det möjligt för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun och region att samverka finansiellt. Parterna bedriver rehabiliteringsinsatser i syfte att deltagarna ska uppnå eller förbättra sin arbetsförmåga.

I insatser finansierade av samordningsförbundens representanter från de fyra parterna: Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, regionen (hälso- och sjukvården) och en eller flera kommuner (vanligen socialtjänsten). Insatserna vänder sig till personer som behöver samordnad rehabilitering och målet är att personen ska förbättra eller återfå sin arbetsförmåga och på sikt bli självförsörjande. Samordningsförbundens främsta uppgift är att samverka med kommun, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan för insatser som ger stöd och rehabilitering till individer som har behov av myndighetsgemensamt stöd.

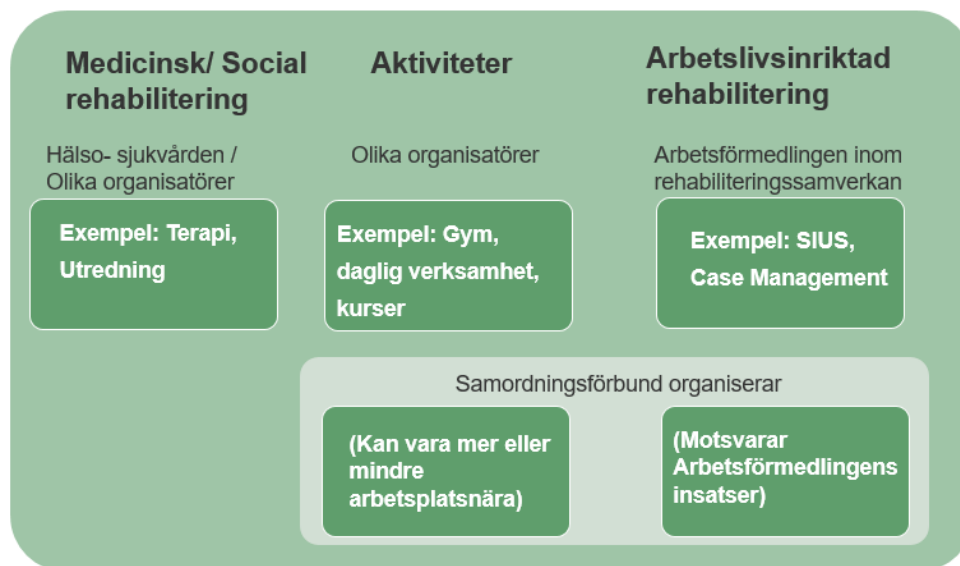
Den försäkrade kan då ansöka om ersättning i anslutning till aktiviteten, i enlighet med kap. 33 i socialförsäkringsbalken. Om insatsen istället bedöms vara arbetslivsinriktad rehabilitering finns krav på att den försäkrade deltar, och hen kan istället ansöka om särskilt bidrag för kostnader. Det händer att insatsen bedöms vara

¹⁸ Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

¹⁹ Socialstyrelsen (2024)

social rehabilitering. Vid social rehabilitering har personen inte rätt till ersättning för kostnader som vid aktiviteter och arbetslivsinriktad rehabilitering

Figur 1 Överblick av insatser i syfte att förbättra förmågor



Kostnader för aktiviteter i aktivitetsersättningen

Ungefär en fjärdedel av de som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga har någon aktivitet. Det innebär att 2022 var utgifterna för enbart aktiviteter (särskild aktivitetsersättning) drygt 3600 kr per person (som nyttjade möjlighet till aktivitet enligt tabell nedan). Den största utgiftsposten är för idrottsaktiviteter.

Tabell 1 Utgift för aktivitet enligt 33 kap. i socialförsäkringsbalken, särskild aktivitetsersättning*

| Aktivitet | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|------------|------------|------------|
| Resor mellan bostad och aktivitet | 5 711 000 | 7 499 000 | 9 420 000 |
| Kursavgifter | 2 874 000 | 2 951 000 | 3 765 000 |
| Studiematerial | 206 000 | 201 000 | 161 000 |
| Idrottsaktivitet | 11 646 000 | 14 120 000 | 16 036 000 |
| Anmälningsavgifter | 817 4000 | 997 000 | 925 000 |
| Arbetsmaterial | 64 000 | 90 000 | 110 000 |
| Särskild ersättning vid aktiviteter, återkrav | -101 000 | -29 000 | -32 000 |
| Särskild aktivitetsersättning - Övrigt | 209 000 | 116 000 | 262 000 |
| Summa | 21 428 000 | 25 945 000 | 30 650 000 |

* Avrundat till närmaste tusental SEK



Forsknings- och kunskapssammanställning om aktivitetsersättningens effekter för målgruppen

Som en del av regeringsuppdraget har vi gjort en sammanställning av tidigare studier om aktiviteter och insatser inom ramen för aktivitetsersättningen. Sammanställningen baseras på relevanta rapporter, utvärderingar och, i viss mån forskning. Sedan aktivitetsersättningen infördes 2003 har det gjorts flera uppföljningar, studier och utvärderingar av hela eller delar av aktivitetsersättningen. Flera av de analyser som utrett och utvärderat aktivitetsersättningen under de senaste tio åren har byggt på aktstudier, intervjuer och enkätundersökningar där respondenterna antingen har en pågående eller en avslutad period av aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

Mycket av forskningen om möjligheter till arbete för personer med funktionsnedsättningar fokuserar på vilket stöd som kan ges till dessa. Personens egenskaper är förstås viktiga, men alltmer diskuterar man att det finns hinder i omgivningen som gör att en funktionsnedsättning blir till ett funktionshinder. Annars riskerar samhället att försöka rehabilitera personer till en arbetsmarknad som inte är tillgänglig för dem. Vi ser att det krävs omfattande insatser och kompetens inom många olika områden för att stödja mottagarna att närma sig arbetslivet.

Tidigare studier har lyft att det finns risk att Försäkringskassan inte prioriterar samordningen inom aktivitetsersättningen tillräckligt högt. När Riksrevisionen 2015 granskade aktivitetsersättningen konstaterade de att samordning och uppföljning ofta saknades. Försäkringskassans försäkringsutredare ansåg att fler försäkrade med aktivitetsersättning skulle kunna gå vidare till insatser hos Arbetsförmedlingen, och att det fanns för lite tid och resurser att lägga på samordning för alla försäkrade med aktivitetsersättning²⁰.

När ISF 2017 granskade utfallet av aktivitetsersättningen kom de fram till att mottagarna under tiden med aktivitetsersättning inte hade tillräckligt med

ändamålsenliga aktiviteter, och att de aktiviteter som genomfördes inte följts upp i tillräcklig utsträckning. Vidare konstaterade ISF att det fanns stora skillnader mellan kvinnor och män, då män både hade en högre sannolikhet att få sjukersättning *och* att ha en inkomst efter

²⁰ Riksrevisionen (2015)



tiden med aktivitetsersättning.²¹ Eftersom möjligheten att delta i aktiviteter är frivillig, hamnar ansvaret för att delta i aktiviteter på den försäkrade, och ISF framhöll att fler kanske skulle delta i aktiviteter om Försäkringskassans handläggare var mer aktiva.²² Enligt Försäkringskassan så sker på senare år mer informationslämnande muntligt än vad som var aktuellt när ISF-rapporten skrevs.

Samordning inom aktivitetsersättning beskrivs också i Försäkringskassans årsredovisning. Där lyfts att det som fungerar väl i samordningen inom aktivitetsersättning är planeringen av insatser, men att det finns geografiska skillnader i hur detta prioriteras. Jämfört med sjukpenning som är en annan ersättning inom sjukförsäkringen så följer Försäkringskassan inte upp samordningen i lika hög detaljeringsgrad för aktivitetsersättningen.²³

Inom ramen för forskningsprojektet *Arbetsförmåga eller förbättringspotential? En studie av rättsliga och medicinska bedömningar av aktivitetsersättning till unga* (FORTE), framhöll Mannelqvist m.fl. att många av de unga som söker aktivitetsersättning aldrig har haft ett arbete eller befunnit sig på arbetsmarknaden. Detta innebär att det blir svårt att bedöma nedsättningen av arbetsförmågan, svårare än för de som t ex ska rehabiliteras tillbaka till ett arbete efter en sjukskrivning. I det senare fallet har man i regel kunskap om vilken arbetsförmåga personen hade kopplat till det arbete/yrke personen har eller har haft. Det blir då framför allt den medicinska förbättringspotentialen som ligger till grund för Försäkringskassans beslut om aktivitetsersättning och att till att de aktiviteter som mottagaren kan erbjudas blir ”mer eller mindre frikopplade från bedömningen av arbetsförmågans nedsättning”.²⁴

Aktivitetsersättningens måluppfyllelse

År 2015 granskade Riksrevisionen aktivitetsersättningen och konstaterade att det även bland unga människor finns de som har permanent nedsatt arbetsförmåga. I studien tillfrågades också försäkringsutredare inom aktivitetsersättningen vad de tror om aktiviteternas effekt på personens förmåga. De flesta menade att aktiviteterna motiverar personerna till ett mer aktivt liv och ökade deras sociala kompetens. Däremot trodde en majoritet av

²¹ ISF (2017), s. 13

²² ISF (2017)

²³ Mannelqvist, R (2019) Aktivitetsersättning och arbetsförmåga Bristande aktivitet och hypotetiska bedömningar, i Socialmedicinsk Tidskrift, 96(5):655–664

²⁴ Ibid.



försäkringsutredarna att aktiviteterna inte ökade personernas förutsättningar för arbetsförmåga.²⁵

I en avhandling från Linnéuniversitet sammanfattade Sara Hultqvist (2014) hur de olika kategorierna av aktiviteter som mottagarna av aktivitetsersättning kopplas samman med olika mål med aktiviteter och insatser.²⁶ Utifrån denna kategorisering är det övergripande målet alltid att den försäkrade i slutändan ska kunna få ett lönearbete. I realiteten ligger det målet långt ifrån de förutsättningar som en majoritet av mottagarna av aktivitetsersättning har, och det uttalade syftet med aktiviteter inom aktivitetsersättningen är också dubbelt: dels handlar det om att förbättra mottagarnas mående och hälsa, dels om att förbättra deras möjligheter att arbeta. I tabellen nedan sammanfattas några av de olika mål som är kopplade till olika typer av aktiviteter och insatser, i en reviderad version utifrån Hultqvists kategorisering.²⁷

Tabell 2 Aktiviteters koppling till måluppfyllelse i aktivitetsersättningen

| Aktivitetskategori | Grad av koppling till arbetsförmåga/arbete | Exempel på aktivitet | Syfte |
|---|--|----------------------|---|
| arbetspraktik (arbetslivsinriktad rehabilitering) | hög | arbetspraktik | fungera i ett socialt sammanhang, passa tider, följa instruktioner, känna gemenskap, höja sin fysiska och psykiska kapacitet, må bättre |
| kurser | mellan | Komvux-studier | höja formell kompetens, fungera i ett socialt sammanhang, följa ett schema |
| idrott | mellan | gymträning | bli fysiskt och psykiskt stark, må bättre |
| daglig verksamhet | låg | Finsam | fungera i ett socialt sammanhang, passa tider, känna gemenskap, stärka självförtroendet, må bättre |

Källa: Egen bearbetning utifrån Hultqvist (2014)

Svårt att analysera effekter av aktiviteter under tid med aktivitetsersättning

Den främsta orsaken till att det är svårt att studera effekter av aktiviteter och åtgärder under tid med aktivitetsersättning är att det saknas heltäckande registerdata. Gruppen som har arbetslivsinriktad rehabilitering finns det bättre data för, och denna grupp har det också gjorts en del uppföljningar och effektstudier på. När det gäller

²⁵ Riksrevisionen (2015)

²⁶ Hultqvist, Sara (2014) s. 125

²⁷ Ibid.



gruppen som antingen har endast aktiviteter enligt SFB (33 kap.), eller de som helt saknar såväl aktiviteter som åtgärder under den tid de uppbär aktivitetsersättning, är det ännu mer vanskligt att dra slutsatser om kausala effekter. En anledning till detta är att aktiviteter är helt frivilliga, och gruppen som har aktiviteter inom ramen för aktivitetsersättning har sinsemellan mycket olikartade förutsättningar, såväl medicinskt som socialt och ekonomiskt.

I denna rapport kan vi ändå föra ett resonemang om den studerade gruppen, som ska vara statistiskt representativa för mottagargruppen i stort, kring mönster i den grupp av individer som deltog i aktiviteter.

Medan vissa som har ersättningen har en relativt lätt arbetsförmågenedsättning som kan åtgärdas med rätt medicinsk eller terapeutisk behandling, har andra relativt svåra funktionsnedsättningar sedan barndomen och har små möjligheter att oavsett insats utveckla en arbetsförmåga. Det betyder ju också att en viss aktivitet kan stötta någon att öka sina förmågor, medan samma aktivitet inte gör varken till eller från för en annan individ.

Tidigare studier pekar på låg grad av aktivitet i aktivitetsersättningen

Riksrevisionens granskning 2015 slog fast att aktivitetsersättning är en passiv ersättning för en stor del av målgruppen, då nästan 40 procent av personerna med aktivitetsersättning saknade rehabiliteringsåtgärd eller aktivitet. Riksrevisionens granskning visade att många unga med aktivitetsersättning fortfarande saknade insatser. Man drog även slutsatsen att det fanns inlåsningseffekter som hindrar unga från att gå vidare till studier. De företrädare för Försäkringskassan som hade intervjuats för studien framförde dock att det inte alltid är aktuellt med insatser, till exempel för dem som har omfattande funktionsnedsättningar och svåra sjukdomar, alternativt där endast medicinsk rehabilitering är aktuell för personen. Denna grupp kan uppskattas till cirka 20 procent.²⁸

Efter detta ändrades lagen 2107 och det blev möjligt även för personer under 30 år att få sjukersättning under förutsättning att arbetsförmågan är *helt* nedsatt. ISF konstaterade 2017 att fler unga skulle kunna beviljas sjukersättning enligt den nyare lagstiftningen. De beskriver då att det är en mycket stor andel som efter att de har fyllt 30 år istället beviljas sjukersättning. Vidare framhölls att den förhållandevis höga andel personer utan aktiviteter var "anmärkningsvärd, eftersom tanken med aktivitetsersättningen delvis är att stimulera den unga person som mottar ersättningen till aktiviteter". ISF menade att "det inte går att utesluta att personerna kunde ha återfått åtminstone en viss arbetsförmåga om de haft

²⁸ Riksrevisionen (2015)



aktiviteter” och att ”arbetsförmågan möjligen hade kunnat förbättras om rätt aktiviteter och insatser hade satts in i ett tidigare skede”.²⁹

Mellan ekonomisk trygghet och drivkrafter för arbete: aktivitetsersättning eller sjukersättning?

Riksrevisionen framhöll i sin rapport 2015 att det faktum att aktivitetsersättningen är tidsbegränsad, skapar onödig oro för personer med permanent nedsatt arbetsförmåga. Riksrevisionen angav flera skäl till att ge längre beslut om aktivitetsersättning, i de fall arbetsförmågan kan bedömas vara nedsatt för en lång tid. Riksrevisionens bedömning är att gruppen som har så omfattande funktionsnedsättningar att de som ingår i den aldrig kommer att kunna arbeta var uppskattningsvis 20 procent av mottagarna.³⁰

I steget från aktivitetsersättning mot arbetslivet kan den ekonomiska tryggheten upplevas minska på grund av de ganska komplicerade reglerna. Risken finns att det varken arbetsmässigt eller ekonomiskt upplevs tryggt att vara på väg ut i arbetslivet.

En fördel för unga med att få aktivitetsersättning istället för sjukersättning vid nedsatt arbetsförmåga är möjligheten att beviljas ytterligare ersättning för kostnader som uppstår i samband med inplanerade aktiviteter. De extra ersättningarna kan ge ökade möjligheter att ha en aktiv vardag. ISF har i granskningar uppgett detta som ett incitament för individen att ansöka om aktivitetsersättning snarare än sjukersättning.³¹ När arbetslivsinriktad rehabilitering är aktuell är mottagaren skyldig att delta för att få behålla sin ersättning från Försäkringskassan. När en person uppnår arbetsförmåga, så förändras de ekonomiska förutsättningarna, då hen inte längre har rätt till aktivitetsersättning.

Ersättningsnivån per månad ser likadan ut för aktivitetsersättning och sjukersättning.³² Den som uppbär någon av ersättningarna kan också ha rätt till bostadstillägg, som i hög grad kan förbättra den ekonomiska situationen. En viktig skillnad är tiden som handläggare bedömer att arbetsförmågan är nedsatt. ISF gör i sin rapport skillnad på de som ansökt om och beviljats aktivitetsersättning för första gången och de som har fått två eller tre beslut tidigare. I den första gruppen bedömde ISF att åtta procent uppfyllde förutsättningarna för att kunna beviljas sjukersättning. I den senare gruppen bedöms motsvarande siffra vara 41 procent.³³

²⁹ ISF (2017), Rapport 2017:5

³⁰ Riksrevisionen (2015), s. 90

³¹ ISF (2017) och (2019)

³² Principen för beräkningen är i grunden detsamma men nivån på ersättningen kan skilja sig något.

³³ ISF (2019), s. 12



För personer som har så pass nedsatt arbetsförmåga att utsikten att i framtiden kunna få ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden är svag, skulle sjukersättning innebära att inkomsten blir mer förutsägbar över tid eftersom denna beviljas tillsvidare, medan aktivitetsersättningen beviljas för maximalt tre år åt gången.³⁴ Riksrevisionen pekade också på att risken för att den ekonomiska otryggheten i sig kan skapa oro och stress, vilket kan vara extra belastande för många i gruppen av mottagare.³⁵

Tidigare studier har problematiserat att det saknas ekonomiska incitament att lämna aktivitetsersättningen för studier, eftersom rätten till ersättning från försäkringen då försvinner.³⁶ När personer studerar kan de istället ha rätt till bidrag och lån från centrala studiestödsnämnden (CSN). Sedan 2016 finns dock möjlighet för personer med aktivitetsersättning att kunna behålla sin aktivitetsersättning, eller ha den vilande, under en period så att de kan återgå till ersättningen vid behov. Den ekonomiska tryggheten för personer med aktivitetsersättning har därför troligen ökat sedan 2016.³⁷

För personer med aktivitetsersättning kan det ändå kvarstå en problematik kring möjligheten att studera. Mottagarna är ju en grupp som kan ha kvarstående utmaningar att hantera, och då kan behoven av ekonomisk och annan trygghet vara extra stora. Dock kan det vara så att om en person som har haft aktivitetsersättning sedan klarar att genomföra studier, så kan det jämföras med en arbetsförmåga, som kan leda till en omprövning av rätten till ersättning, som gör att Försäkringskassan beslutar om att aktivitetsersättningen ska dras in. Precis som att gruppen med aktivitetsersättning är heterogen med avseende på diagnoser, är det troligt att det inom gruppen kan finnas skillnader avseende ekonomiska resurser.

Arbetslivsinriktad rehabilitering – ett steg närmare arbetsmarknaden

En effektutvärdering som genomfördes av forskare på Stockholms universitet och medarbetare från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, jämförde olika typer av arbetslivsinriktad rehabilitering som slumpmässigt tilldelades personer med aktivitetsersättning som bedömdes redo för detta. Deltagarna lottades till en av tre inriktningar. En första grupp tilldelades

³⁴ Förutsägbarheten är sämre i aktivitetsersättning jämfört med sjukersättning, eftersom aktivitetsersättning är tidsbegränsad och måste sökas om. I sjukersättning är det också vanligare att man tidigare har haft en arbetsinkomst vilket kan innebära olika former av tilläggsförsäkringar.

³⁵ Riksrevisionen (2015)

³⁶ Ibid.

³⁷ Socialdepartementet (2016)



rehabiliteringssamverkan enligt sedvanlig modell. En andra grupp tilldelades utöver detta även stöd av en *case manager* från kommunen. Syftet med *case manager* i detta projekt var att deltagaren skulle komma ut på en arbetsplats men metoden innebär att *case managern* arbetade med personens hela livssituation.

En tredje grupp tilldelades en typ av *supported employment* som kallas *individual placement and support*. Det är en standardiserad och manualbaserad form av *supported employment*, utvecklad för personer med allvarliga psykiska störningar. I denna form av insats ges stöd även till arbetsgivare. Resultaten visade att modellen med *supported employment* lyckades bäst med att få deltagare i arbete. Femton månader efter insatsens start för respektive deltagare var 26 procent av deltagarna i *supported employment* i arbete. För sedvanlig rehabiliteringssamverkan och *case management* var siffran 18 respektive 20 procent. Ett delfynd var också att *supported employment* var särskilt effektiv för män. Forskarna har sedan följt upp samma personer i ytterligare fem år. Resultaten från denna uppföljning kommer att publiceras under våren 2025.

För de försäkrade med aktivitetsersättning som deltagit i rehabiliteringssamverkan redovisas en tydlig ökning av personer som därefter arbetar eller bedriver reguljära studier. De flesta av de personer som efter en avslutad insats lämnade rehabiliteringssamverkan går vidare till någon form av anställning. För de flesta av dessa gällde det en subventionerad anställning. Det var också ganska vanligt att gå vidare till reguljära studier efter avslutad insats (17 procent). I genomsnitt pågick insatsen drygt ett år.³⁸ För deltagare med aktivitetsersättning som avslutat en insats under året hade 27 procent gått vidare till arbete eller studier efter insatsen. Det var sedan ytterligare sju procent som gick vidare till att bli arbetssökande. För deltagare som inte gick vidare till arbete, studier eller blev arbetssökande gick 45 procent vidare till fortsatt rehabilitering.³⁹

I en effektutvärdering av samordningsförbundens uppdrag från ISF 2023 konstaterades att det samordnade stöd som teamen erbjuder till personer som behöver samordnad rehabilitering leder till att personerna ser mer positivt på sina framtida jobbmöjligheter, möjligheten till att bli självförsörjande och på livet i allmänhet än de som inte har träffat ett team. Studien hade en experimentell ansats, vilket innebär att man har låtit slumpen bestämma om personen får träffa ett team eller inte (eller får träffa ett team vid ett senare tillfälle). I studien ingick dock inte enbart personer som genom

³⁸ Försäkringskassan (2022a)

³⁹ Försäkringskassan (2022b)



aktivitetsersättningen fått insatser finansierade av samordningsförbund.⁴⁰

I en kommande rapport från Försäkringskassan som analyserar vad som händer med mottagarna 10 år efter att aktivitetsersättningen upphört konstateras att ca 20 procent av de som lämnade aktivitetsersättningen 2012 var etablerade på arbetsmarknaden 10 år senare (med lönesubventioner, utan lönesubventioner är andelen 14 procent). Ytterligare ca 10 procent arbetade, men hade arbetsinkomster som var så pass låga att de inte kan anses vara etablerade på arbetsmarknaden. En liten andel av dessa hade partiell sjukersättning samtidigt som de hade arbete. Därutöver har ca 10 procent vare sig arbetsinkomster eller ett så pass nedsatt hälsotillstånd som gör att de är kvalificerade för sjukersättning.⁴¹

Studier om personer som bedöms stå längst bort från arbetsmarknaden

Mycket av forskningen om möjligheter till arbete för personer med funktionsnedsättningar fokuserar på vilket stöd som kan ges till dessa individer. Individens egenskaper är förstås viktiga, men alltmer diskuterar man att det finns hinder i omgivningen som gör att en funktionsnedsättning blir till ett funktionshinder och att det finns hindrande faktorer på både organisatorisk och samhällelig nivå.⁴² Det måste också finnas organisatoriska och samhällliga förutsättningar för en ökad inkludering. Annars riskerar samhället att försöka rehabilitera individer till en arbetsmarknad som inte är tillgänglig för dem. Exempel på anpassningar på en arbetsplats kan handla om tempo, tid och utformningen av arbetsuppgifter.

Inför den studie som beskrevs ovan genomfördes en systematisk litteraturoversikt. Den visade att *Individuell placering och stöd* hade god effekt, och att kognitiv beteendeterapi i kombination med detta möjligen kan vara gynnsamt för att öka personens funktionsförmåga.⁴³ Svårigheten i att bedöma effekter av rehabiliteringsåtgärder är liksom för aktiviteter att de kan behöva anpassas till personer eller möjligen grupper av personer, eftersom samma insatser kanske inte är lika bra för alla.

Det tidigare uppföljningar har funnit, är att personer med daglig verksamhet mycket sällan övergår till lönearbete. Socialstyrelsen rapporterade 2020 att det var så ovanligt att det i de flesta av landets

⁴⁰ ISF (2023a)

⁴¹ Försäkringskassan (2024b)

⁴² Forte (2021)

⁴³ Westerholm et al (2012)



kommuner inte förekommit alls under föregående år.⁴⁴ När ISF analyserade mottagare av aktivitetsersättning som ansökte om sjukersättning när de uppnådde 30-års ålder så jämförde de personer som beviljades sjukersättning med de som inte gjorde det. De kom dels fram till att de som fick en sjukersättning beviljad efter att ha haft aktivitetsersättning, inte genomfört *några* aktiviteter under tiden med ersättning. En förklaring till avsaknad av aktiviteter skulle kunna vara att de ansetts för sjuka för att kunna tillgodogöra sig någon rehabiliterande aktivitet eller insats.

Enligt ISF var det mycket vanligare i gruppen som beviljades sjukersättning att ha haft daglig verksamhet.⁴⁵ Då den grupp som framförallt har daglig verksamhet genom LSS tillhör personkrets 1 och 2, det vill säga personer som har en utvecklingsstörning, svårare grad av autism och personer med ett betydande och bestående funktionshinder, så är det förväntat att den gruppen i högre grad beviljas sjukersättning.

Enligt en tidigare studie från Försäkringskassan⁴⁶ var det ungefär 40 procent av personer med aktivitetsersättning som hade beslut om rätt till stöd enligt LSS och en stor del av dessa deltar i daglig verksamhet. En mottagare av aktivitetsersättning kan, om försäkringsutredaren bedömer att så är av godo, räkna daglig verksamhet som en aktivitet. De blir då en del av den plan som försäkringsutredaren gör tillsammans med den försäkrade.

Tideman m.fl. (Försäkringskassan 2024, forskningsrapport) studerar en grupp som bedöms stå längst bort från arbetsmarknaden; personer med intellektuell funktionsnedsättning.⁴⁷ Studien, som innehåller en kunskapsöversikt, visar att det finns mycket lite forskning om begreppet hållbar anknytning till arbetslivet för personer med intellektuell funktionsnedsättning. Vidare visas att det saknas enhetliga definitioner och mått på hållbarhet, samt att de främjande faktorer som framkom i huvudsak avser faktorer på personnivå och att faktorer som berör samhällsnivån i princip saknas i litteraturen.⁴⁸

I studien konstateras att det är centralt för unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning, liksom för alla unga vuxna, att få en första anknytning till arbetsmarknaden och få möjlighet till ett första arbete. Studien lyfter främjande faktorer både på individuell nivå och på organisationsnivå. Att ha gått ett nationellt program på gymnasiet alternativt ett specialutformat program inom gymnasiesärskolan var främjande utbildningsmässiga faktorer på individnivå för att komma in och ha en varaktig anknytning till arbetsmarknaden. En annan

⁴⁴ Socialstyrelsen (2021)

⁴⁵ ISF (2017), s. 29 ff.

⁴⁶ Försäkringskassan (2013a)

⁴⁷ Tideman et al (Försäkringskassan, 2024a)

⁴⁸ Ibid.



främjande faktor på organisationsnivå, var betydelsen av ett flexibelt synsätt hos arbetsgivare. Arbetsgivarens engagemang i att finna lösningar tillsammans med arbetstagaren och vid behov kunna göra anpassningar var en viktig faktor i relation till hållbarhet. Bland faktorer på strukturell nivå påtalades lönebidrag vara en främjande faktor för möjligheten att komma in och vara kvar på arbetsmarknaden.

Även om sådana anpassningar inte behöver vara särskilt kostsamma för arbetsgivare kan de kräva ett kontinuerligt engagemang. Enligt Forte (2021) är de strukturella insatser som görs inte i tillräckligt stor skala för att ha effekt på populationsnivå. I förlängningen innebär det att samhället inte i tillräcklig grad tar tillvara på de resurser som finns hos personer med funktionsnedsättning.

Riksrevisionen genomför just nu en granskning av genomförandet av arbetsmarknadspolitiken för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Granskningen ska svara på om Arbetsförmedlingen arbetar effektivt för att stödja personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Även regeringens styrning på området omfattas av granskningen. Resultatet av granskningen kommer att presenteras i en rapport med planerad publicering i maj 2025.



Analys och resultat

Som introduktion till denna del beskriver vi kort gruppen som uppbar aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga under 2022 och hur mottagargruppen har utvecklats över tid. I resultatdelen av detta kapitel presenteras en sammanställning av statistik om aktiviteter utifrån vår aktstudie.

Kort om mottagarna av aktivitetsersättning

Mottagare av aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga är en heterogen grupp. Det de har gemensamt är att de alla är unga. De flesta som har aktivitetsersättning bedöms under tiden med ersättningen inte ha förmåga att tillgodogöra sig arbetslivsinriktad rehabilitering. År 2022 var det 12 procent av mottagarna som fick arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta är en något högre andel än 2013, då 12 procent skattades ha någon form av insats via Arbetsförmedlingen men de flesta av dem var då registrerade som arbetssökande och enbart en del av dessa fick någon form av arbetslivsinriktad rehabilitering.

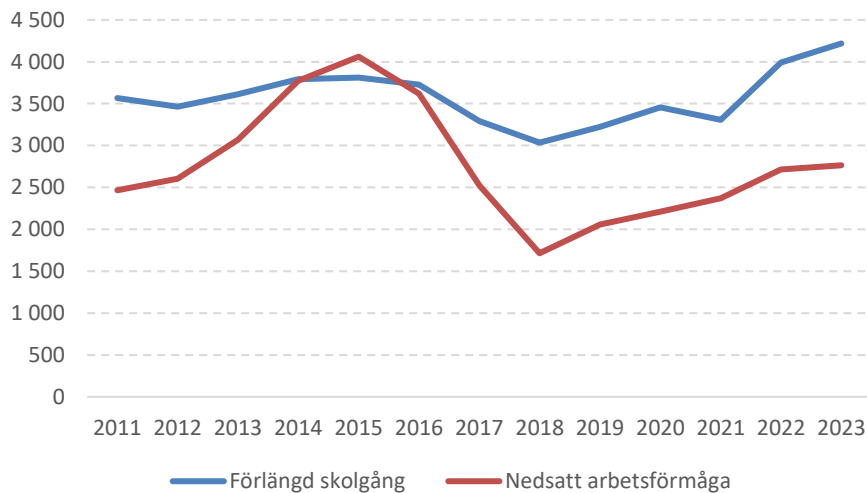
År 2022 var den genomsnittliga åldern 25 år bland personer som har aktivitetsersättning. Över hälften bland dem som beviljas aktivitetsersättning för förlängd skolgång har senare aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.⁴⁹

I figur 2 nedan visas hur många personer som har nybeviljad aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga respektive för förlängd skolgång varje år mellan år 2011 och år 2023. Om inflödet till aktivitetsersättning för förlängd skolgång ökar, finns det skäl att anta att antalet mottagare av aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga också kommer att öka under de kommande åren.

⁴⁹ Källa: Midas



Figur 2 **Antal med nybeviljad aktivitetsersättning för förlängd skolgång respektive för nedsatt arbetsförmåga årligen 2011–2023**

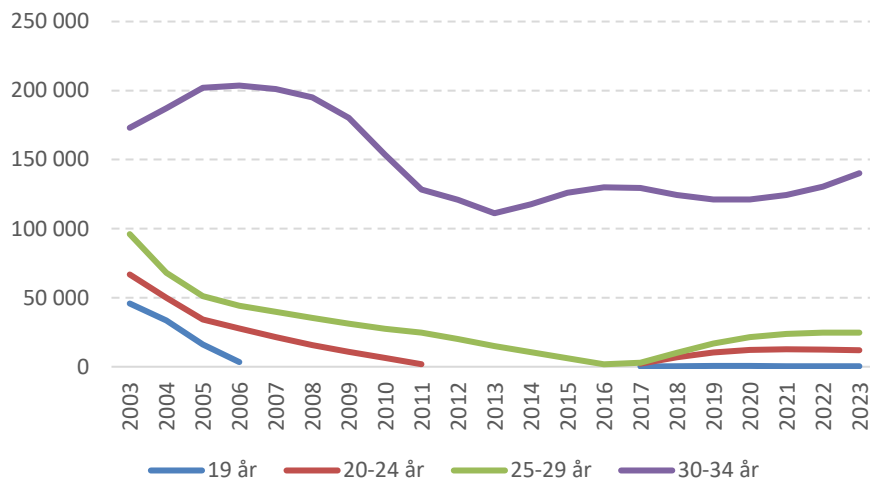


Källa: Statistikdatabasen FK.se

När aktivitetsersättningen infördes 2003, kunde personer under 30 års ålder inte längre beviljas sjukersättning. Aktivitetsersättningen kom på så sätt att ersätta sjukersättningen för denna åldersgrupp.

År 2017 ändrades lagen om sjuk- och aktivitetsersättning och det blev möjligt även för individer under 30 år att få sjukersättning under förutsättning att arbetsförmågan är helt nedsatt. Syftet var att aktivitetsersättningen då skulle bli mer renodlad, eftersom den då enbart omfattar de som har partiell arbetsförmåga eller har potential att utveckla arbetsförmåga.

Sedan dess har antalet i gruppen 19–29 år som beviljats sjukersättning ökat något, särskilt för dem i det övre åldersspannet (25–29 år). Vi visar även utvecklingen för gruppen 30–34 år, för att illustrera antalet som troligen har fått sjukersättning efter att aktivitetsersättningen upphört på grund av åldersstrecket.

**Figur 3** Antal med sjukersättning per åldersgrupp år 2003–2024

Källa: Statistikdatabasen FK.se

De flesta som får aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga har ersättningen på heltid. År 2022 hade mer än 90 procent ersättningen på heltid. Ersättning på deltid kan vara ersättning motsvarande 75, 50 eller 25 procent. De flesta av mottagarna (ca 70 procent) har en psykiatrisk diagnos, och bland dessa ingår de med neuropsykiatriska diagnoser, (t ex ADHD och autism). Det finns inom varje diagnosgrupp en ganska stor variation gällande grad av svårigheter och grad av funktionsnedsättningar. T.ex. autism graderas från lättare till svårare samt med eller utan intellektuell funktionsnedsättning och med eller utan språkstörningar.

Aktivitetsersättningen infördes för att ingen skulle bli inlåst i en förtidspension för hela livet, utan att få chansen att ta tillvara på sina förmågor och möjligheter att få ett arbete. Det är tydligt i lagen och förarbetena att det är viktigt att individen ska ha möjlighet att förbättra eller upprätthålla sina förmågor. Det kan handla om sådant som ger möjlighet att delta i sociala sammanhang, motionera eller delta i en studiecirkel. Tanken är att sådana aktiviteter ökar förutsättningarna att få eller återfå arbetsförmåga.

Det finns alltså möjlighet att under tid med aktivitetsersättning gradvis närma sig arbetsmarknaden genom att förbättra sina förmågor. Det finns dock inget lagkrav som säger att individer måste närma sig arbetsmarknaden för att få aktivitetsersättning. Individer som kommer in i ersättningen har också olika förutsättningar att delta i aktiviteter och arbetslivsinriktad rehabilitering. En del kan behöva invänta medicinsk rehabilitering, eller är av andra skäl inte betjänta av att omgående delta i aktiviteter.



Knappt hälften av mottagarna hade någon aktivitet eller rehabiliteringsåtgärd⁵⁰

Knappt hälften, 48 procent, av personerna i urvalet hade någon form av aktivitet eller åtgärd under 2022. Det var vanligare bland kvinnor än män att ha haft någon aktivitet eller åtgärd. 51 procent av kvinnorna hade någon aktivitet eller åtgärd under 2022, motsvarande andel bland män var 45 procent. Skillnaden mellan könen är dock inte statistiskt signifikant. Se figur 4.

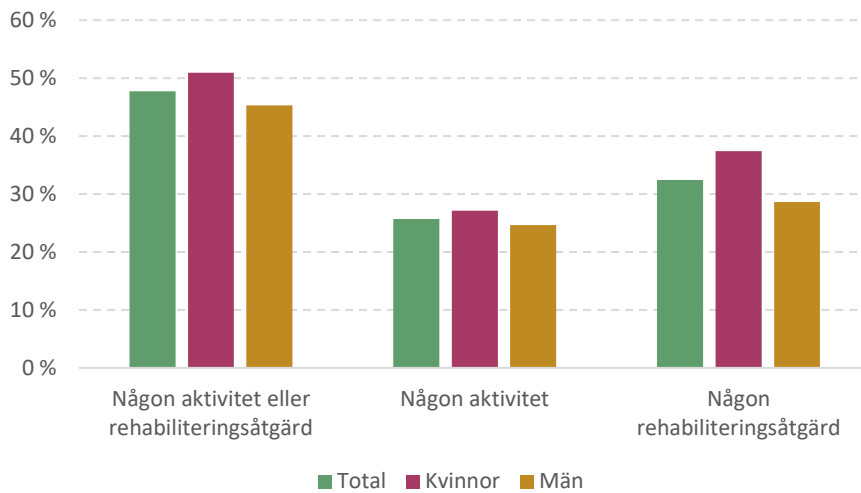
Det var vanligare att ha haft någon rehabiliteringsåtgärd enligt 29:e - 30:e kapitlet än att ha haft någon aktivitet enligt 33:e kapitlet. Under 33 kap. finns framförallt aktiviteter "av fritidskaraktär" som kan påverka personens hälsa och funktionsförmåga på ett positivt sätt.⁵¹ Dessa aktiviteter är alltså inte direkt arbetslivsinriktade, utan syftar till att rusta personen generellt. Rehabiliteringsåtgärder under 29–30 kap. syftar till att få eller återfå en arbetsförmåga, t ex arbetslivsinriktad rehabilitering.

Ungefär en tredjedel, 32 procent, hade minst en rehabiliteringsåtgärd (enligt det 29:e kapitlet). Det var vanligare bland kvinnor än män att ha haft en rehabiliteringsåtgärd. 37 procent bland kvinnor hade någon rehabiliteringsåtgärd jämfört med 29 procent bland män. Skillnaden mellan könen är inte statistiskt signifikant. Se figur 4.

Ungefär en fjärdedel, 26 procent, hade minst en aktivitet (enligt 33:e kapitlet). Det var något vanligare bland kvinnor än män att ha haft någon aktivitet under 2022. 27 procent av kvinnorna hade någon aktivitet jämfört med 25 procent bland männen. Skillnaden är inte statistiskt signifikant. Se figur 4.

⁵⁰ När vi i rapporten skriver om åtgärder, avses rehabiliteringsåtgärder och insatser i samband med rehabilitering. En försäkrad har rätt till rehabiliteringsåtgärder enligt bestämmelserna i kap. 29–30 i SFB. Försäkringskassan har en skyldighet att samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringen (30 kap. 8 § SFB).

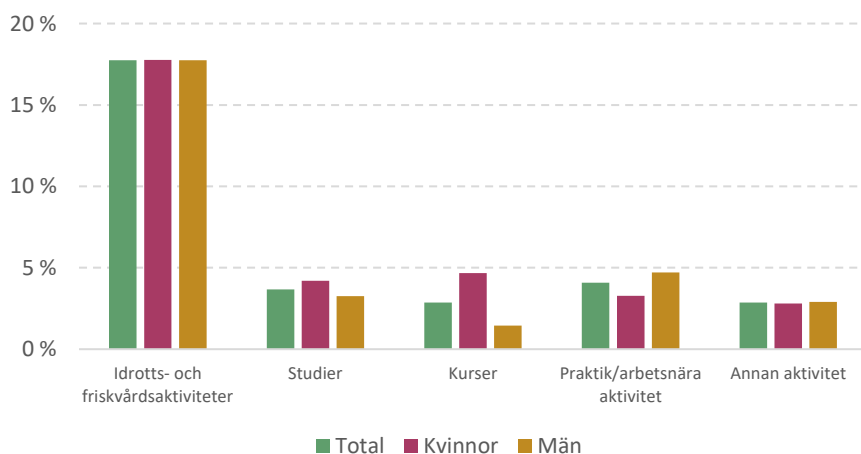
⁵¹ Se 33 kap. SFB

Figur 4 Andel som haft minst en aktivitet (enligt 33 kap) eller rehabiliteringsåtgärd (enligt 29–30 kap) under 2022

Idrotts- och friskvårdsaktivitet, medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering är de vanligaste aktiviteterna respektive åtgärderna under 2022

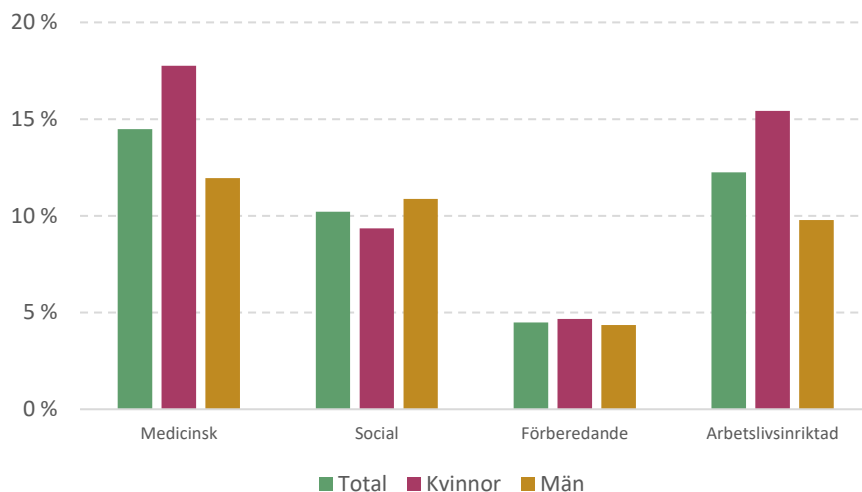
Det var vanligast att ha haft någon idrotts- och friskvårdsaktivitet (enligt 33 kap. i SFB), medicinsk rehabilitering eller arbetslivsinriktad rehabilitering (enligt 29–30 kap.).

Sett till aktiviteter, så sticker andelen med idrotts- och friskvårdsaktivitet ut, då 18 procent av mottagarna i granskningen hade minst en sådan aktivitet. Andelen som haft någon av aktivitetstyperna studier, kurser, praktik och arbetsnära aktivitet samt andra aktiviteter var snarlika och låg mellan 3–4 procent respektive. Könsskillnaderna gällande aktiviteten kurser är statistiskt signifikant. Se figur 5.

Figur 5 Andel som haft minst någon aktivitet enligt 33:e kapitlet under 2022

Bland rehabiliteringsåtgärder (enligt 29–30 kap.) var andelen med medicinsk rehabilitering störst, 14 procent hade denna åtgärd. 12 procent hade någon arbetslivsriktad rehabiliteringsåtgärd, 10 procent hade någon social rehabiliteringsåtgärd och 4 procent hade någon förberedande rehabiliteringsåtgärd.⁵² Inga könsskillnader inom rehabiliteringsåtgärderna är statistiskt signifikanta. Se figur 6.

Figur 6 Andel som haft minst någon av olika typer av rehabiliteringsåtgärder enligt 29:e -30:e kapitlet under 2022



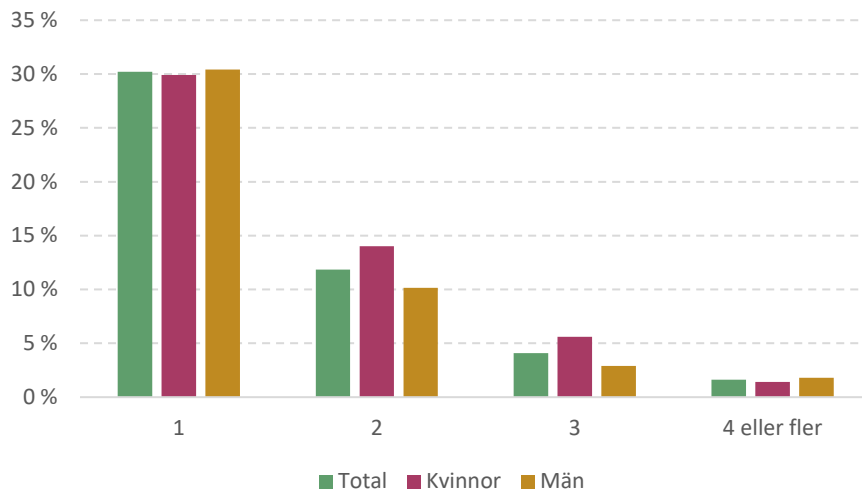
Det vanligaste är att endast ha en typ av aktivitet eller rehabiliteringsåtgärd

30 procent hade endast en typ av aktivitet eller rehabiliteringsåtgärd under 2022. Andelen var lika mellan könen. Kvinnor hade i genomsnitt fler kombinationer av aktiviteter eller rehabiliteringsåtgärder än män (0,8 jämfört med 0,67).

I Figur 7 nedan, visas hur vanligt det var att ha haft flera olika typer av åtgärder under 2022.

⁵² Att vi här skiljer ut förberedande från arbetslivsriktade åtgärder beror på att det i akterna ibland framgår att en förberedande aktivitet eller åtgärd syftar till att personen ska kunna få en arbetslivsriktad åtgärd längre fram.

Figur 7 Andelar med antal olika typer av aktiviteter eller rehabiliteringsåtgärder under 2022



Den vanligaste aktiviteten är idrotts- och friskvård

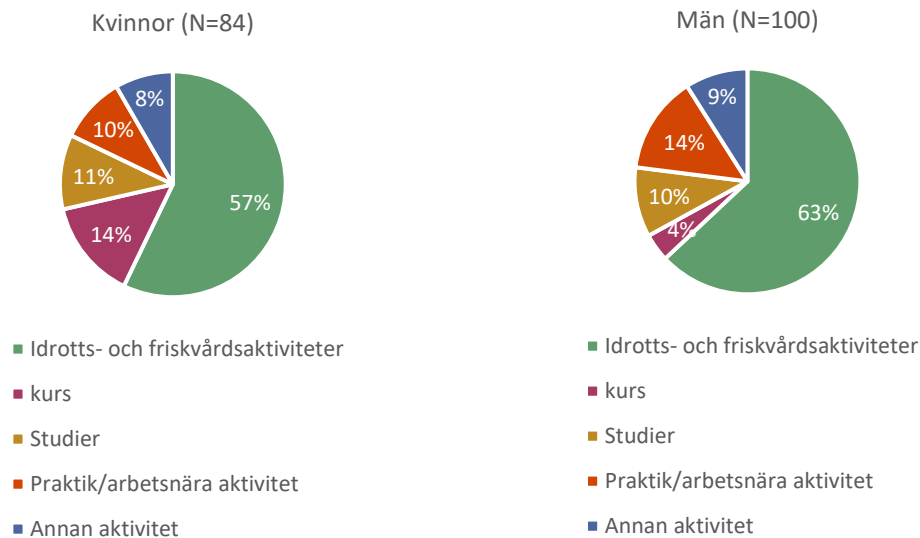
Idrotts- och friskvårdsaktiviteter utgjorde mer än hälften av alla aktiviteter (enligt 33:e kapitlet) som registrerades i aktstudien.

Sammanlagt hade personerna med aktivitet enligt 33:e kapitlet i vår studie 184 stycken aktiviteter. Majoriteten av dessa, 111 stycken, var idrotts- och friskvårdsaktiviteter. Därefter följde praktik och arbetsnära aktiviteter (22 st.), studier (19 st.), kurser (16 st.) och andra aktiviteter (16 st.). I Figur 8 anges andelar i vårt urval som haft de olika typerna av aktiviteter och åtgärder, uppdelat på kön.

Resultaten är i linje med de största utgiftsposterna för aktiviteter under 2022, vilka bestod av avgift för idrottsaktiviteter, ersättning för resor mellan bostad och aktivitet och kursavgifter. Detta då idrott och kurser i högre grad är avgiftsbelagda än studier och praktik eller andra arbetsnära aktiviteter. Samtidigt kan kostnader för transport uppstå för att ta sig till samtliga aktiviteter.⁵³

Aktivitetserna inom kategorin "andra aktiviteter" är varierande och inkluderade exempelvis sociala aktiviteter, körsång och skytte.

⁵³ Försäkringskassan (2022c) s.89

Figur 8 Andelar med enskilda aktiviteter enligt 33 kapitlet, uppdelat på kvinnor och män

Fördelningen skiljer sig något mellan könen. Mer än hälften av aktiviteterna var idrott- och friskvårdsaktiviteter bland både kvinnor och män, men idrott utgjorde en större andel av aktiviteterna bland män. Bland kvinnor var den näst vanligaste aktiviteten kurser och därefter studier, praktik och arbetsnära aktiviteter samt aktiviteter inom kategorin "annan". Bland män utgjorde istället praktik och arbetsnära aktiviteter den näst största kategorin följt av studier och andra aktiviteter. Kurser utgjorde minst andel av de aktiviteter som män deltagit i. Se Figur 8.

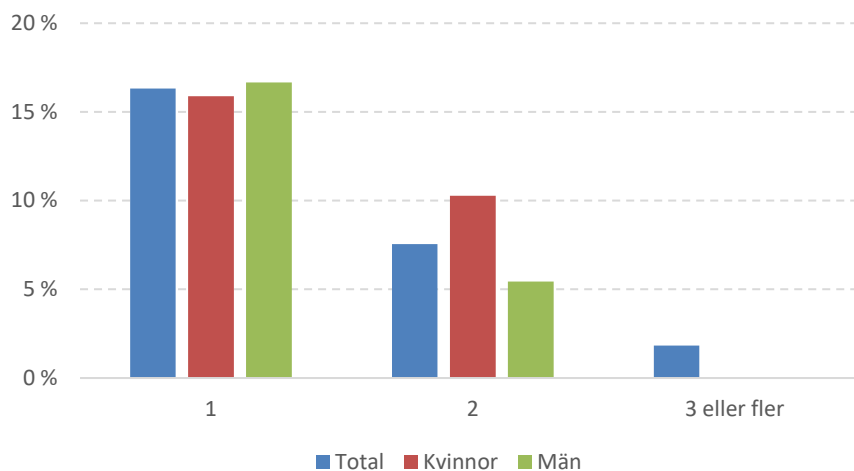
Vanligast att ha endast en aktivitet

Bland de studerade personerna var det vanligast att de endast hade haft en aktivitet (enligt kap. 33). Av mottagare i urvalet hade 16 procent en aktivitet, 8 procent två aktiviteter och två procent 2 eller fler aktiviteter. Se Figur 9.

Det genomsnittliga antalet aktiviteter var snarlikt mellan könen. Kvinnor hade i genomsnitt 0,39 aktiviteter och män i genomsnitt 0,36 aktiviteter; bland kvinnor hade 16 procent en aktivitet och 10 procent två aktiviteter, och bland män hade 17 procent en aktivitet och 5 procent två aktiviteter. Se Figur 9.



Figur 9 Andel som haft olika antal aktiviteter enligt 33:e kapitlet under 2022



* Andel med 3 eller fler aktiviteter redovisas ej per kön p.g.a. för få observationer.

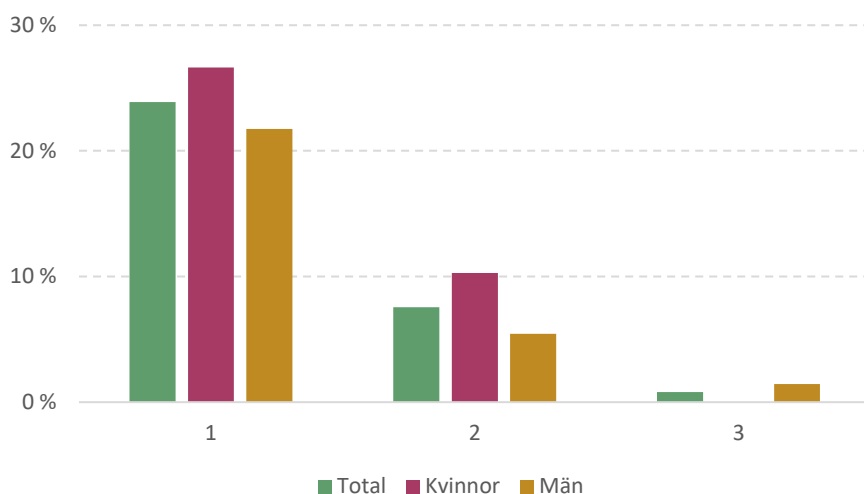
De flesta kombinerar *inte* olika typer av rehabiliteringsåtgärder

Bland de 158 personer⁵⁴ som hade haft någon rehabiliteringsåtgärd hade de flesta endast en åtgärd under 2022.⁵⁵ Färre än 10 procent hade fler än en typ av rehabiliteringsåtgärd under 2022, t ex en medicinsk rehabiliteringsåtgärd samtidigt som en annan typ av rehabiliteringsåtgärd.

⁵⁴ Motsvarande en andel av mottagarna i urvalet på 24 procent

⁵⁵ På grund av hur enkäten utformades kan vi endast se hur många som haft en viss typ av rehabiliteringsåtgärd. Inte hur många enskilda rehabiliteringsåtgärder personen i fråga har.

Figur 10 Andel som kombinerat olika typer av rehabiliteringsåtgärder enligt 29:e -30:e kapitlet



Syfte/-n med olika typer av aktiviteter

Även om det finns flera aktiviteter så har de nästan alltid samma syfte för den enskilda personen. Eftersom aktiviteter väljs utifrån personens behov, kan samma aktivitet fylla många olika syften för olika personer. Olika typer av idrottsaktiviteter, som gymkort och fotboll, har nästan alltid syftet att förbättra fysiskt och psykiskt mående eller att upprätthålla respektive "utveckla prestationsförmågan på kort eller lång sikt" hos den försäkrade. Ibland anges även syftet i akten som "social träning".

Psykiatriska diagnoser utgör den absolut största gruppen bland mottagare av aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga, och i journalen för dessa mottagare anges ofta att olika aktiviteter och åtgärder syftar till att öka personernas psykiska och fysiska mående. Detta är på flera sätt förväntat av två anledningar: en relativt stor andel bland dem som haft förlängd skolgång och som sedan får aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga, har en ganska lång startsträcka av social och medicinsk rehabilitering, innan de kan komma ifråga för aktiviteter eller åtgärder som gör att de kommer närmare arbetsmarknaden. Vi ser också tydligt att det är där tyngdpunkten ligger för den yngsta gruppen med aktivitetsersättning. För det andra har en relativt stor andel av mottagarna flera och/eller komplexa funktionsnedsättningar, som det kan ta en tid att rehabilitera.

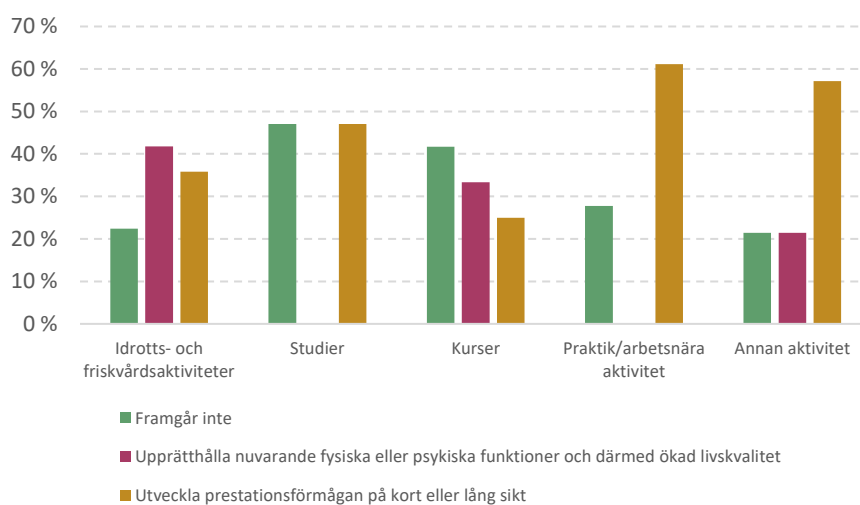
Det allra vanligaste när en person hade flera aktiviteter var att aktiviteterna sinsemellan var ganska snarlika; om det var en idrottsaktivitet, var den andra ofta också en aktivitet av samma karaktär (t ex. gym plus fotboll, eller dans plus gym). I dessa fall sammanfaller även syftet med respektive aktivitet, t ex "förbättra fysisk och psykisk hälsa" på båda/flera av aktiviteterna. Det är mindre förekommande när en person hade två eller flera aktiviteter, att



aktiviteterna var av lite olika karaktär, som t ex "träna på gym" med syftet "förbättra fysisk och psykisk förmåga", plus arbetspraktik, med syftet "öva sociala förmågor". Detta ter sig naturligt, då aktiviteterna och insatserna ska anpassas efter varje persons förutsättningar och förmågor.

I figur 11 nedan ges exempel på hur olika typer av aktiviteter eller åtgärder motiveras i akterna, det vill säga vilket syfte som anges till aktiviteten. När en aktivitet har förekommit, utan att syftet angetts i akten, anges det med "framgår inte".

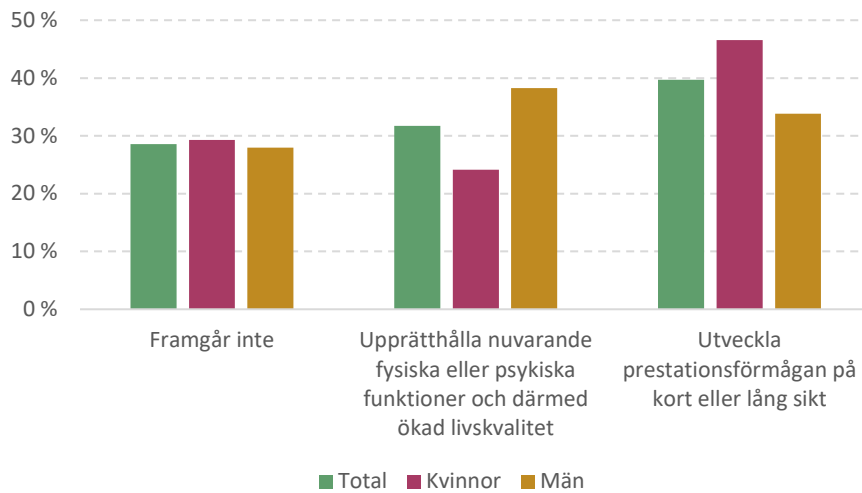
Figur 11 Syften som anges för olika aktiviteter enligt 33:e kapitlet



* Andel studier och praktik/arbetsnära aktivitet i syfte att upprätthålla nuvarande fysiska eller psykiska funktioner redovisas inte p.g.a. för få observationer.

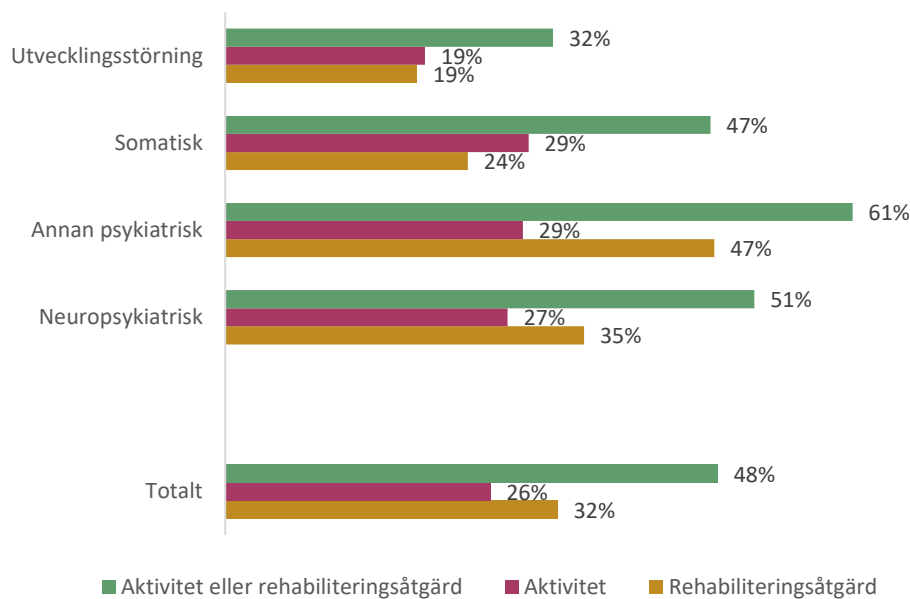
Män har oftare gymkort och kvinnor har oftare någon typ av kurs eller studier. Kurser kan också vara någon typ av idrotts- eller friskvårdsaktivitet, t ex ridning, dans och simning. I övrigt är "kurser" av mycket blandad karaktär, som t ex kör, keramik eller "hundkurs". I Figur 12 framgår att kvinnors aktiviteter oftast motiveras med att de "utvecklar prestationsförmåga på kort och lång sikt", medan det för män är "upprätthålla nuvarande fysiska eller psykiska förmåga".

Figur 12 Angivet syfte med olika aktiviteter enligt 33:e kapitlet som mottagarna hade, utifrån kön



Över hälften av de med psykiatrisk diagnos hade någon aktivitet eller rehabiliteringsåtgärd

Det var vanligast att ha haft någon aktivitet eller rehabiliteringsåtgärd bland mottagare med psykiatriska diagnoser. 61 procent av mottagare med "annan psykiatrisk diagnos" (ej NPF) som huvuddiagnos hade aktiviteter eller rehabiliteringsåtgärd under 2022. Bland mottagare med neuropsykiatrisk huvuddiagnos var andelen 51 procent. Bland personer med somatisk diagnos var andelen 47 procent. Lägst var andelen bland mottagare med utvecklingsstörning. 32 procent av dessa mottagare hade någon aktivitet eller rehabiliteringsåtgärd under 2022. Se Figur 13.

Figur 13 Andel med någon aktivitet eller rehabiliteringsåtgärd inom respektive diagnosgrupp

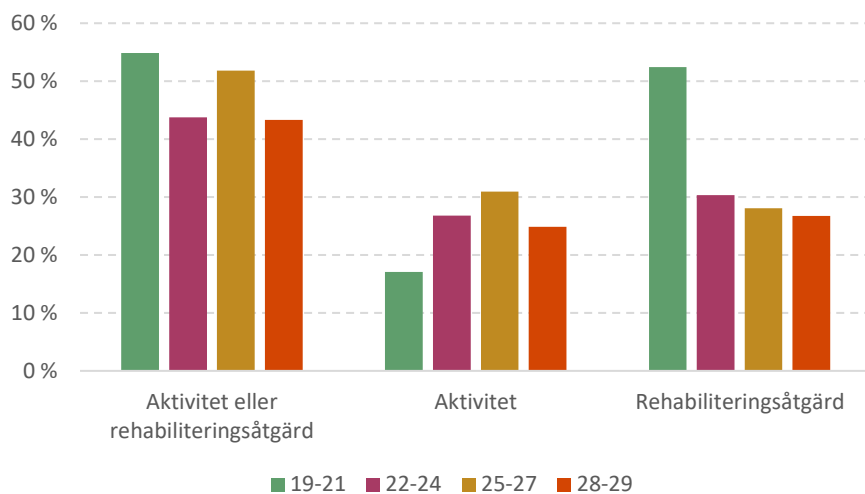
Aktiviteter var vanligare i högre åldersgrupper, det omvända gäller rehabiliteringsåtgärder

I detta avsnitt visas resultaten utifrån fyra åldersgrupper: 19–21 år, 22–24 år, 25–27 år samt 28–29 år.⁵⁶ Andelen som haft någon aktivitet eller rehabiliteringsåtgärd ligger mellan 43 och 55 procent i de olika åldersgrupperna. Högst är andelen bland mottagare i åldrarna 19–21 och lägst i åldrarna 28–29 år. Se Figur 14.

Bland de olika åldersgrupperna som haft aktiviteter (enligt det 33:e kapitlet) är andelen som haft aktiviteter som lägst i åldersgruppen 19–21 år, 17 procent, och som högst i åldersgruppen 25–27 år, i vilken andelen är 31 procent. I åldersgruppen 28–29 år är andelen 25 procent. Se Figur 14.

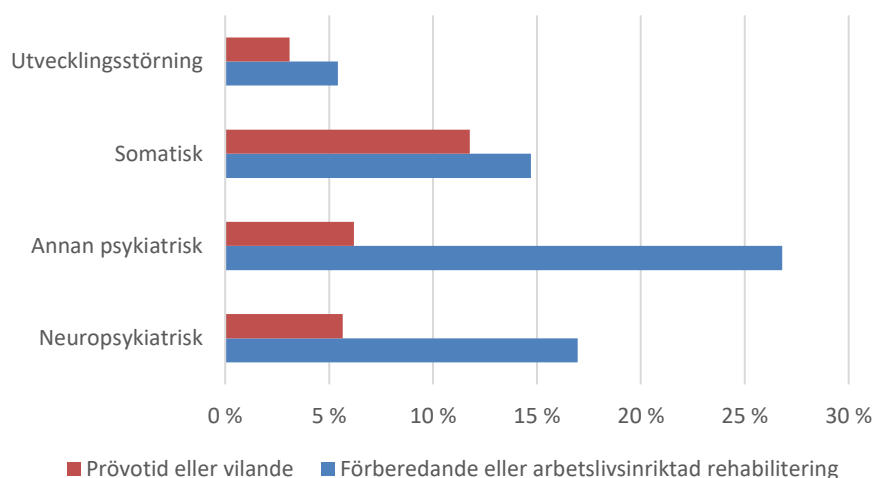
Andelen i respektive åldersgrupp som haft någon rehabiliteringsåtgärd (enligt 29:e kapitlet) gäller det omvända. I åldersgruppen 19–21 var andelen som högst, 52 procent av dessa hade någon rehabiliteringsåtgärd. Därefter minskar andelen med åldersgrupp. Skillnaderna mellan åldersgrupperna är statistiskt signifikant sett till rehabiliteringsåtgärder. Se Figur 14.

⁵⁶ Åldersindelning i syfte att belysa skillnader mellan yngre och äldre.

Figur 14 Andel som haft aktivitet och/ eller rehabiliteringsåtgärder per åldersgrupp

Vilande ersättning, prövotid eller förstärkt samarbete (AF-FK)

De personer som står närmast arbetslivet (eller studier) bland de med aktivitetsersättning kan med visst fog sägas vara de som har arbetslivsinriktad rehabilitering, vilande ersättning eller prövotid. I figur 15 visar vi andel per diagnosgrupp som hade någon av dessa åtgärder under 2022. Det var vanligast att ha haft vilande ersättning eller prövotid bland mottagare med somatisk diagnos. Det var vanligast att ha haft en förberedande eller arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd bland mottagare med annan psykiatrisk diagnos.

Figur 15 Andel per diagnosgrupp med vilande ersättning och prövotid eller förberedande/arbetslivsinriktad rehabilitering

Det verkar alltså som att på gruppnivå så är det den stora sammanlagda gruppen med olika typer av lättare psykiatriska



diagnoser (ångest- och stressdiagnoser plus mildare grad av NPF-diagnoser) som har störst potential att nå en aktivitets- och arbetsförmåga, medan de med somatiska sjukdomar och utvecklingsstörning har en lägre aktivitetsnivå.

En ytterligare iakttagelse i aktstudien: daglig verksamhet förekommer oftare bland mottagare av aktivitetsersättning än det samordnas av Försäkringskassan

En mottagare av aktivitetsersättning kan, om Försäkringskassan är med och samordnar, räkna daglig verksamhet som en aktivitet. De blir då en del av den plan som handläggaren gör tillsammans med den försäkrade. Enligt en tidigare studie från Försäkringskassan var det ungefär 40 procent av personer med aktivitetsersättning som hade beslut om rätt till stöd enligt LSS och en stor del av dessa deltar i daglig verksamhet.⁵⁷

Daglig verksamhet är en insats enligt LSS (9-10 §§) och vänder sig till vissa personer med funktionsnedsättning i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och som inte utbildar sig. Verksamheten ska erbjuda den enskilde stimulans, utveckling, meningsfullhet och gemenskap efter personens önskemål. Ett resultat från vår aktstudie var att i uppskattningsvis 20 procent av alla studerade akter framkom det att den försäkrade hade daglig verksamhet genom LSS utan samordning med Försäkringskassan. När Försäkringskassan inte är med och samordnar har det inte räknats in bland aktiviteter eller rehabiliteringsåtgärder i våra data, men eftersom det är så pass många som det gäller är det värt att notera.

⁵⁷ Försäkringskassan (2022b)

Beslut

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektör Nils Öberg i närvaro av avdelningschef Stefan Blom och analytiker Malin Junestav, den senare som föredragande.

Nils Öberg

Malin Junestav



Referenser

Forte (2021). Forskning i korthet. Tillgängligt arbetsliv.

Forte (dnr 2015–00838), *Arbetsförmåga eller förbättringspotential? En studie av rättsliga och medicinska bedömningar av aktivitetsersättning till unga*. Karlsson, B, Järholm, B, Mannelqvist, R.

Försäkringskassan (2013a). Tio år med aktivitetsersättningen. Försäkringskassan Rapport 2013:2.

Försäkringskassan (2013b). Vägledning Aktivitetsersättning 2013:2 Version 15.

Försäkringskassan (2017a). Effektivvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning. Försäkringskassan Rapport 2017:5.

Försäkringskassan (2017b). Unga i aktivitetsersättning. Korta analyser 2017:3.

Försäkringskassan (2019). Rapport – uppföljning av regeländringar för mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen. Svar på regeringsuppdrag (dnr FK 002675-2018).

Försäkringskassan (2022a). Återrapportering enligt regleringsbrevet för 2022 gällande insatser för personer som sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning.

Försäkringskassan (2022b). Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Redovisning av målgrupper och resultat av de insatser som finansieras av samordningsförbund 2022.

Försäkringskassan (2022c) Årsredovisning 2022. [Försäkringskassan årsredovisning 2022 \(forsakringskassan.se\)](https://www.forsakringskassan.se/arsredovisning-2022).

Försäkringskassan (2023a). Hur vanligt är det att lämna aktivitetsersättningen innan 30 års ålder? Intern analys, Analystjänsten.

Försäkringskassan (2023b). Årsredovisning. [Försäkringskassan årsredovisning 2023 \(forsakringskassan.se\)](https://www.forsakringskassan.se/arsredovisning-2023).

Försäkringskassan (2024). Att få och behålla ett arbete. Hållbarhet i arbetslivet för personer med intellektuell funktionsnedsättning. Försäkringskassan Forskarrapport 2024:2. Tideman, Staland Nyman och Taubner.

Försäkringskassan (2024b). Arbetsmarknaden för personer med aktivitetsersättning. Socialförsäkringsrapport, kommande, diarienummer 2023/017923

Hultqvist, Sara. (2014). Att göra aktivitetsersättning. Om målförskjutning och icke-kontakt vid förtidspension för unga. (Avhandling).

IFAU (2018). De som varken arbetar eller studerar på den svenska arbetsmarknaden (Linus Liljeberg och Ulrika Vikman). IFAU rapport 2018:22.

IFAU (2022). Inkomster bland personer med svår psykisk sjukdom (Marcus Eliasson). IFAU rapport 2022:16.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF). (2011). Unga med aktivitetsersättning. Den senaste utvecklingen och hypoteser om orsakerna till utvecklingen. ISF Rapport 2011:10.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF). (2013). Unga förtidspensionärer. Studie av sju europeiska länder. ISF Rapport 2013:7.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF). (2017). Aktivitetsersättning till trettio års ålder – vad händer sedan? ISF Rapport 2017:5.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF). (2019). Hel sjukersättning från 19 års ålder: En granskning av Försäkringskassans tillämpning efter regeländringen den 1 februari 2017. ISF Rapport 2019:9.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF). (2020). Variationen inom aktivitetsersättningen. ISF Rapport 2020:9.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF), (2023a). Samordnat stöd gör skillnad. En analys av effekterna av samordningsförbundens verksamhet på personnivå. ISF Rapport 2023:2.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF), (2023b). Utan inkomst efter avslag. En redovisning av vilka som saknar inkomst efter avslag på ansökan om sjukpenning och vad som ökar risken för det. ISF Rapport 2023:4.

Larsson, K. (2020). Ung Intro. Förehabiliterande insatser för unga med aktivitetsersättning. Samordningsförbundet Uppsala län.

Mannelqvist, R (2019) Aktivitetsersättning och arbetsförmåga Bristande aktivitet och hypotetiska bedömningar, i Socialmedicinsk Tidskrift, 96(5):655–664.

Riksrevisionen. (2015). Aktivitetsersättning – en ersättning utan aktivitet? Riksrevisionen Rapport 2015:7.

Riksrevisionen (2018), Nekad sjuk- och aktivitetsersättning – effekter på inkomst och hälsa. Granskningsrapport 2018:9



Socialdepartementet. (2016). Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen. Socialdepartementet Ds 2016:5.

Socialstyrelsen (2008). Daglig verksamhet enligt LSS – en kartläggning.

Socialstyrelsen (2021) Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport.

Socialstyrelsen (2023) Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport.

Socialstyrelsen (2024) Att utveckla den dagliga verksamheten (socialstyrelsen.se), 2024, hämtad 2024-07-08.

Westerholm, et al. (2012). Aktivitetsersättning – en väg till arbete? En systematisk litteraturöversikt. Uppsala universitet, Arbets- och Miljömedicin, på uppdrag av Försäkringskassan.



Bilaga 1 Frågeformulär i aktstudien

1. Kön
2. Vilken/vilka diagnosgrupp/er tillhör personen i akten?
 - förvalda alternativ i rullist med diagnoskoder där man kan välja flera alternativ
3. Har personen haft en aktivitet enligt kap. 33 under 2022?
Ja/nej
 - 3b Vilket är syftet med aktiviteten
 - Utveckla fysisk och psykisk prestationsförmåga
 - upprätthålla psykiska och fysiska funktioner
 - framgår ej
 - 3c Vilken eller vilka aktiviteter har personen enligt 33 kap. (flera kan väljas i en rullista) viken typ av aktivitet (alternativ: resor, idrott, kurs samt alternativet "ingen aktivitet")
4. Prövotid: ja/nej om ja: studier eller arbete
5. Vilande ja/nej, om ja: studier eller arbete
6. Har personen en Rehabåtgärd enligt 29–30 kap.
Förvalda alternativ:
 - medicinskt,
 - social (daglig verksamhet/annan insats hos kommunen/samordningsförbund),
 - arbetslivsinriktad (Arbetsförmedlingen, FK, samordningsförbund,
 - ESF-projekt,
 - alternativet "ingen rehabåtgärd"
7. Har ärendet avslutats någon gång under 2022?
Ja/nej
 - 7b Avslutsanledning (rullista med förutbestämda alternativ):
 - sökt/fått SE
 - Sökt/fått AE/NA
 - Sökt/fått AE FS
 - Sökt/fått sjukpenning
 - Arbete eller studier

Bilaga 2 Diagnosgrupper enligt ICD 10

Tabell 3 Diagnosgrupper utifrån ICD-10

| <i>Gruppering av diagnoser, diagnosgrupp enligt ICD-10</i> | <i>ICD kod</i> | <i>Huvudgrupp</i> |
|--|----------------|--|
| Övriga psykiatriska diagnoser | F20- F29 | Schizofreni, Schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom |
| | F30- F39 | Förstämningssyndrom (t ex. Depression, Bipolär sjukdom, depressiv period) |
| | F40- F48 | Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom |
| | F50- F59 | Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer |
| | F60 | Specifika personlighetsstörningar |
| | F61- F69 | Personlighetsstörningar av blandtyp och andra personlighetsstörningar |
| Utvecklingsstörning | F70- F79 | Psykisk utvecklingsstörning (lindrig till svår) |
| Störningar av psykisk utveckling | F80- F89 | Störningar av psykisk utveckling: autism i barndomen; atypisk autism; Överaktivitetssyndrom förenat med psykisk utvecklingsstörning |
| Neuropsykiatriska diagnoser | F90- F98 | Beteendestörningar och emotionella störningar (med debut vanligen under barndom och ungdomstid) Autismspektrumtillstånd Aktivitets- och Uppmärksamhetsstörning (ADHD, ADD), Aspbergers syndrom (m fl) * |
| | F99 | Ospecificerad psykisk störning |
| Somatiska sjukdomar | G20- G26 | Degenerativa sjukdomar i rörelseorgan |
| | G80- G83 | Cerebral pares och andra förlamningssyndrom |
| | G90- G99 | Andra sjukdomar i nervsystemet |
| | Q00- Q99 | Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser |

* autismspektrumdiagnoserna räknas till de s k NFP-diagnoserna, med det finns stora skillnader i funktionsnedsättning mellan olika grader av autism, precis som vad även gäller övriga NPF-diagnoser. Det spelar även roll för personens funktionsförmåga om hen har en eller flera diagnoser (samsjuklighet) och om intellektuell funktionsnedsättning är en av diagnoserna.



Bilaga 3 Metodbilaga

Genomförande av aktstudien

För att samla statistik har vi genomfört en aktstudie av knappt 500 slumpmässigt utvalda akter bland dem som hade aktivitetsersättning under 2022 på grund av nedsatt arbetsförmåga. Åtta aktgranskare från avdelningen för funktionsnedsättning och varaktigt nedsatt arbetsförmåga, och avdelningen för ledningsstöd och analys har deltagit i aktstudien. Granskningen har genomförts utifrån ett formulär med frågor rörande; förekomst av aktivitet eller insats/rehabilitering, angivet syfte med insatsen/aktiviteten, mottagarens kön, huvuddiagnos, samordning, avslutad eller pågående ersättning, om provotid eller vilande ersättning, samt om förekomst av samordning mellan olika aktörer.⁵⁸

Vi har i vår aktgranskning valt att gruppera mottagarnas huvuddiagnos i enlighet med ICD-10, och grupperat F-diagnoserna efter NPF-diagnoser (autismspektrumdiagnos, ADHD, Tourettes), övriga psykiatriska diagnoser (förstämningstillstånd, ångest m. fl.) samt utvecklingsstörning.

Tabell 4 Studiepopulation

| | Den studerade populationen |
|--|----------------------------|
| Antal mottagare | 490 |
| Andel kvinnor | 44% |
| Genomsnittlig ålder | 25,2 |
| Genomsnittlig omfattning | 0,96 |
| Neuropsykiatrisk diagnos (autismspektrumdiagnos, ADHD) | 47% |
| Övrig psykiatrisk diagnos (ångest, depressiv m fl) | 20% |
| Somatisk diagnos | 7% |
| Utvecklingsstörning diagnos | 26% |

Not: Totalt antal mottagare av aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga år 2022 var 28 700 personer. 45 procent av dessa var kvinnor och genomsnittlig ålder var 25 år. Den absoluta majoriteten, 96 procent, hade Aktivitetsersättning på heltid.

Kalibrering av svar under och efter aktstudien

I samband med att aktstudien genomfördes under början av 2024, så genomfördes kalibreringsmöten vart tredje vecka. Syftet med dessa möten var att säkerställa att granskarna kunde resonera kring sina svar, så att alla deltagare i granskningen uppfattat sakförhållanden i akterna på liknande sätt. Om det framkom att en granskare hade svarat på ett avvikande sätt på någon fråga, kunde granskaren gå in i den aktuella akten och lämna ett nytt svar. Efter det att hela aktstudien genomförts hade vi ett avslutande möte för att diskutera

⁵⁸ Frågorna i formuläret har tagits fram tillsammans med verksamhetsutvecklare på LA och FV och analytiker på LA. Frågorna sammanfattas i Bilaga 1



resultaten som framkommit. Stickprov har även gjorts under sommaren 2024 i syfte att säkerställa att särskilt svårhanterliga frågor, så framkom att en del granskare hade gjort en avvikande tolkning av samordning av medicinsk rehabilitering. I flera fall var det tveksamt att FK samordnade denna utan det var bara en uppföljning med vårdgivaren om att rehabilitering löpte på enligt plan.



Bilaga 4 Konfidensintervall för utvalda resultat i aktstudien

Tabell 5 Andel med någon aktivitet respektive rehabiliteringsåtgärd

| Åtgärder | Antal | Andel med 95-procents konfidensintervall | | |
|-----------------------------|-------|--|-------|------------|
| | | Nedre gräns | Andel | Övre gräns |
| Någon aktivitet | 126 | 22 | 26 | 30 |
| Någon rehabiliteringsåtgärd | 158 | 28 | 32 | 36 |
| Åtgärder kvinnor | Antal | Andel med 95-procents konfidensintervall | | |
| | | Nedre gräns | Andel | Övre gräns |
| Aktivitet | 58 | 21 | 27 | 33 |
| Rehabiliteringsåtgärd | 79 | 30 | 37 | 43 |
| Åtgärder män | Antal | Andel med 95-procents konfidensintervall | | |
| | | Nedre gräns | Andel | Övre gräns |
| Aktivitet | 68 | 20 | 25 | 30 |
| Rehabiliteringsåtgärd | 79 | 23 | 29 | 34 |

Tabell 6 Andel i olika typer av aktiviteter

| Andel som haft aktiviteter | Antal | Andel med 95-procents konfidensintervall | | |
|------------------------------------|-------|--|-------|------------|
| | | Nedre gräns | Andel | Övre gräns |
| Idrott- och friskvårdsaktiviteter | 87 | 14 | 18 | 21 |
| Studier | 18 | 2,0 | 3,7 | 5,3 |
| Kurser | 14 | 1,4 | 2,9 | 4,3 |
| Praktik/ Arbetsnära aktivitet | 20 | 2,3 | 4,1 | 5,8 |
| Annan | 15 | 1,5 | 3,1 | 4,6 |
| Andel som haft aktiviteter kvinnor | Antal | Andel med 95-procents konfidensintervall | | |
| | | Nedre gräns | Andel | Övre gräns |
| Idrott- och friskvårdsaktiviteter | 38 | 13 | 18 | 23 |
| Studier | 9 | 1,5 | 4,2 | 6,9 |
| Kurser | 10 | 1,8 | 4,7 | 7,5 |
| Praktik/ Arbetsnära aktivitet | 7 | 0,89 | 3,3 | 5,7 |
| Annan | 7 | 0,89 | 3,3 | 5,7 |
| Andel som haft aktiviteter män | Antal | Andel med 95-procents konfidensintervall | | |
| | | Nedre gräns | Andel | Övre gräns |
| Idrott- och friskvårdsaktiviteter | 49 | 13 | 18 | 22 |
| Studier | 9 | 1,2 | 3,3 | 5,4 |
| Kurser | 4 | 0,043 | 1,4 | 2,9 |
| Praktik/ Arbetsnära aktivitet | 13 | 2,2 | 4,7 | 7,2 |
| Annan | 8 | 0,92 | 2,9 | 4,9 |

**Tabell 7** Andel i olika typer av rehabiliteringsåtgärder

| Andel som haft rehabiliteringsåtgärder | Antal | Andel med 95-procents konfidensintervall | | |
|--|-------|--|-------|------------|
| | | Nedre gräns | Andel | Övre gräns |
| Medicinsk | 71 | 11 | 14 | 18 |
| Social | 50 | 7,5 | 10 | 13 |
| Förberedande | 22 | 2,7 | 4,5 | 6,3 |
| Arbetslivsinriktad | 60 | 9,4 | 12 | 15 |
| Andel som haft rehabiliteringsåtgärder kvinnor | Antal | Andel med 95-procents konfidensintervall | | |
| | | Nedre gräns | Andel | Övre gräns |
| Medicinsk | 38 | 13 | 18 | 23 |
| Social | 20 | 5,4 | 9,3 | 13 |
| Förberedande | 10 | 1,8 | 4,7 | 7,5 |
| Arbetslivsinriktad | 33 | 11 | 15 | 20 |
| Andel som haft rehabiliteringsåtgärder män | Antal | Andel med 95-procents konfidensintervall | | |
| | | Nedre gräns | Andel | Övre gräns |
| Medicinsk | 33 | 8,1 | 12 | 16 |
| Social | 30 | 7,2 | 11 | 15 |
| Förberedande | 12 | 1,9 | 4,3 | 6,7 |
| Arbetslivsinriktad | 27 | 6,3 | 9,8 | 13 |

Tabell 8 Andel med någon aktivitet per diagnos

| Någon aktivitet per diagnos | Antal | Andel med 95-procents konfidensintervall | | |
|-----------------------------|-------|--|-------|------------|
| | | Nedre gräns | Andel | Övre gräns |
| Neuropsykiatrisk | 63 | 22 | 27 | 33 |
| Annan psykiatrisk | 28 | 20 | 29 | 38 |
| Somatisk | 10 | 13 | 29 | 46 |
| Utvecklingsstörning | 25 | 12 | 19 | 26 |

Tabell 9 Andel med någon rehabiliteringsåtgärd per diagnos

| Någon rehabiliteringsåtgärd per diagnos | Antal | Andel med 95-procents konfidensintervall | | |
|---|-------|--|-------|------------|
| | | Nedre gräns | Andel | Övre gräns |
| Neuropsykiatrisk | 80 | 29 | 35 | 41 |
| Annan psykiatrisk | 46 | 37 | 47 | 58 |
| Somatisk | 8 | 8,5 | 24 | 39 |
| Utvecklingsstörning | 24 | 12 | 19 | 25 |

Tabell 10 Andel med någon aktivitet per åldersgrupp

| Någon aktivitet per åldersgrupp | Antal | Andel med 95-procents konfidensintervall | | |
|---------------------------------|-------|--|-------|------------|
| | | Nedre gräns | Andel | Övre gräns |
| 19–21 | 14 | 8,8 | 17 | 25 |
| 22–24 | 30 | 18 | 27 | 35 |
| 25–27 | 43 | 23 | 31 | 39 |
| 28–29 | 39 | 18 | 25 | 32 |

Tabell 11 Andel med någon rehabiliteringsåtgärd per åldersgrupp

| Någon rehabiliteringsåtgärd per åldersgrupp | Antal | Andel med 95-procents konfidensintervall | | |
|--|-------|--|-------|------------|
| | | Nedre gräns | Andel | Övre gräns |
| 19–21 | 43 | 41 | 52 | 63 |
| 22–24 | 34 | 22 | 30 | 39 |
| 25–27 | 39 | 20 | 28 | 36 |
| 28–29 | 42 | 20 | 27 | 34 |