

Vård och Omsorg  
Anne-Marie Norén  
Ann-Britt Ekvall

## Rekommendation till regionerna om tillämpning av 4§ i lagen om koordineringsinsatser

SKR:s rekommendation framgår i rutan nedan. En arbetsgrupp med representanter från SKR och Försäkringskassan har under 2019 arbetat fram svar på frågorna nedan, där parternas synpunkter också framgår. Arbetsgruppen ser ett behov av att SKR och Försäkringskassan gemensamt följer utvecklingen av 4 § i lagen om koordineringsinsatser även efter det att lagen har trätt i kraft.

I detta dokument används benämningen *rehabiliteringskoordinator*. Funktionen för koordinering kan innehas av flera olika yrkestillhörigheter såsom fysioterapeut, arbetsterapeut m.fl. I dokumentet benämns den person som kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. SFB som *patienten* eller *den försäkrade*.

### 4 § i lagen om koordineringsinsatser

*Om en patient som erbjuds koordineringsinsatser kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken ska regionen informera Försäkringskassan om det. Informationen ska bara lämnas om patienten samtycker till det.*

### Informationen kan överföras till Försäkringskassan via Webcerts ärendekommunikation under kategori **Administrativ dialog - Övriga frågor**

Det är viktigt att en tydlig och enhetlig formulering anger att ärendet avser 4§ inom lagen för koordineringsinsatser, då även andra ärenden går via denna kategori. SKR:s förslag är därför att informationen endast innehåller följande två fasta formuleringar:

- ***Behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. SFB***
- ***Kontaktuppgifter till den funktion som ansvarar för koordinering av nämnda patient***

*(Patientens namn och personnummer finns redan i ärendet)*

I de fall läkaren skriver läkarintyget och då uppmärksammar behovet av rehabilitering enligt 30 kap SFB, sker informationsöverföringen precis som idag via läkarintyget.

För de patienter där den elektroniska ärendekommunikationen inte kommer att kunna nyttjas, ska en blankett användas, som finns på Försäkringskassans hemsida.

## 1. Vem i hälso- och sjukvården ska meddela Försäkringskassan och vid vilken tidpunkt i sjukskrivningsprocessen?

På varje sjukvårdsenhet bör det framgå vem som kontaktar Försäkringskassan när en patient kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. SFB<sup>1</sup>. I dag sker informationsöverföringen främst via läkarintyget och kan fortsättningsvis ske så när intyget och informationen är synkroniserade. När intyg och information inte är synkroniserade, bör rehabiliteringskoordinatören meddela Försäkringskassan när ett sådant behov kan antas uppstå. Om ingen rehabiliteringskoordinator finns, ska den som är ansvarig för att koordinera patientens rehabilitering/sjukskrivning på aktuell enhet meddela Försäkringskassan.

Försäkringskassan ska få impuls så snart behovet av rehabiliteringsinsatser kan antas finnas och när patienten har gett sitt samtycke till att informationen ges. Patienten ska informeras om syftet med att information lämnas till Försäkringskassan, d.v.s. att ge Försäkringskassan bättre förutsättningar att ta beslut om individen behöver samordning av arbetslivsinriktad rehabilitering.

## 2. Vad kännetecknar patienter som antas ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering och där 4 § blir aktuell?

Utgångspunkten är att patienten som har erbjudits koordineringsinsatser är sjukskriven<sup>2</sup> och har lämnat samtycke till att hälso- och sjukvården lämnar information om behovet till Försäkringskassan.

### Exempel på kännetecknen när det kan vara aktuellt med arbetslivsinriktad rehabilitering

- Inga medicinska eller andra hinder till att påbörja en arbetslivsinriktad rehabilitering

Därefter kan det handla om att:

- patienten inte klarar att återgå eller inträda i arbete på egen hand eller, i de fall det är aktuellt, tillsammans med sin arbetsgivare

eller

- processen för återgång i arbete har avstannat eller inte inletts hos övriga aktörer (ex. Arbetsförmedlingen) trots att patienten skulle kunna delta.

Bestämmelserna i 29 kap. och 30 kap. SFB samt skrivningarna i bilaga 1 kan ge rehabiliteringskoordinatören vägledning när hen ska bedöma behovet av

---

<sup>1</sup> Socialförsäkringsbalk (2010:110)

<sup>2</sup> I Prop. 2019/20:1 (*Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning, utgiftsområde 10*), s. 53 står att målgruppen är patienter som på grund av skada eller sjukdom i någon utsträckning är förhindrade att delta i arbetslivet och som läkare inom vården utfärdat intyg för, dvs. sjukskrivna patienter. Patienterna kan vara sjukskrivna från ett arbete med t.ex. sjuklön eller sjukpenning, eller vara arbetssökande, ha aktivitetsstöd eller aktivitetsersättning eller annan försörjning.

arbetslivsinriktad rehabilitering. I bestämmelserna anges villkor och förutsättningar för om det kan vara aktuellt med arbetslivsinriktad rehabilitering och är därför en bra utgångspunkt.

### **3. Hur ska samtycket hanteras?**

Hälso- och sjukvården ska hantera denna samtyckesfråga som alla andra samtyckesfrågor, dvs. för varje informationsöverföring ska ett samtycke från patienten inhämtas. Samtycket kan ske muntligt, men ska alltid dokumenteras i patientjournalen med datum, hur samtycket inhämtats och vad patienten har samtyckt till.

### **4. Vilken information ska överföras från regionerna/hälso- och sjukvården till Försäkringskassan?**

Följande information ska överföras till Försäkringskassan:

- att patienten kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. SFB
- patientens namn och personnummer
- kontaktuppgifter till den funktion som ansvarar för koordinering av nämnda patient

Utöver detta skulle Försäkringskassan även vilja veta:

- *varför* patienten antas ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Skälet är att Försäkringskassan skulle ha behov av informationen för att kunna föra målinriktad dialog med individen samt ta ställning till nästa steg i handläggningen och därmed fatta välgrundade beslut.

SKR förordar informationsöverföring enbart om de tre första punkterna för att GDPR styr att försiktighetsprincipen bör tillämpas beträffande informationen. I lagen är det inte angivet att flera uppgifter ska överföras. SKR tolkar det som om det borde ha framgått i lagtexten om syftet hade varit att överföra mer information. Eftersom sådan information kanske inte heller leder till en arbetslivsinriktad rehabilitering, vill SKR inte att dessa administrativa arbetsuppgifter läggs på hälso- och sjukvården.

### **5. Kan informationsöverföringen göras inom nuvarande digitala funktioner?**

Detta är en fråga där SKR och Försäkringskassan för närvarande inte har kunnat hitta en gemensam lösning som fullt ut tillfredsställer de olika aktörernas behov. Nedan beskrivs respektive parts syn på frågan.

### Försäkringskassans syn

Försäkringskassan anser att den digitala funktionen i webcerts ärendekommunikation under kategori *Administrativ dialog - Övriga frågor* inte uppfyller de behov som myndigheten har. Skälen till detta är:

- att Försäkringskassan vill hålla nere antalet gånger för informationslämning
- att det skapas en digital funktion som riskerar att cementeras och därmed hindrar användandet av kommande behovsdrivna funktioner
- att det inte går att statistiskt följa hur många impulser enligt 4 § som regionerna lämnar
- att den digitala ingången inte kommer att kunna användas för hela målgruppen (sjukskrivna).

Försäkringskassan anser därför att en framtagen blankett<sup>3</sup> för all informationsöverföring ska användas till dess att en digital lösning är på plats och som omfattar hela målgruppen samt fångar behovet av statistik. Att kunna följa upp, analysera och förmedla utveckling och effekter är en central del av Försäkringskassans uppdrag. Det ligger sannolikt även i regionernas intresse att ta del av sådan framtagen statistik.

### SKR:s syn

SKR anser att den nuvarande digitala funktionen i webcerts ärendekommunikation under kategori *Administrativ dialog - Övriga frågor* kan användas som en tillfällig lösning i avvaktan på en bättre, mer ändamålsenlig sådan. Kommunikationen mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan sker delvis digitalt eller via elektroniska läkarintyg redan idag, därför anser SKR att det blir enkelt att även få denna informationsöverföring att fungera direkt. Hälso- och sjukvården bör inte belastas med nya blanketter i de fall den elektroniska ärendekommunikationen går att använda.

I de fall läkaren skriver läkarintyget och då uppmärksammar behovet av rehabilitering enligt 30 kap SFB, sker informationsöverföringen precis som idag via läkarintyget.

SKR anser att för de patienter där den elektroniska ärendekommunikationen inte kommer att kunna nyttjas, ska en blankett användas.

SKR vill framgent att webcerts ämnen i den elektroniska ärendekommunikationen utvecklas för att möjliggöra uppföljning för Försäkringskassan av antal impulser enligt 4 § som sker inom denna kanal.

Försäkringskassan och SKR är överens om att det finns ett behov av att utveckla en funktion för elektronisk ärendekommunikation avseende impulser enligt 4§. Detta ingår också i den överenskommelse om en *kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess* som tecknats mellan staten och SKR för 2020.

---

<sup>3</sup>Försäkringskassan kommer i samråd med SKR att utforma en särskild blankett för detta.

Informationen kan överföras till Försäkringskassan via webcerts ärendekommunikation under kategori *Administrativ dialog - Övriga frågor*

Det är viktigt att en tydlig och enhetlig formulering anger att ärendet avser 4§ inom lagen för koordineringsinsatser, då även andra ärenden går via denna kategori. SKR:s förslag är därför att informationen endast innehåller följande två fasta formuleringar:

- *Behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. SFB*
- *Kontaktuppgifter till den funktion som ansvarar för koordinering av nämnda patient*

*(Patientens namn och personnummer finns redan i ärendet)*

## **6. Hur förhåller sig Försäkringskassans uppdrag inom 30 kap. SFB till 4 § i lagen om koordineringsinsatser?**

I 30 kap. SFB finns bestämmelser om rehabilitering. Med begreppet rehabilitering menas *arbetslivsinriktad* rehabilitering. Syftet med arbetslivsinriktad rehabilitering är att en person ska få tillbaka sin arbetsförmåga. Det är alltså endast personer som har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom som omfattas av reglerna i 30 kap. SFB. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen ska syfta till att förkorta personens sjukdomstid, att helt eller delvis förebygga nedsättning av arbetsförmågan eller att helt eller delvis häva nedsättningen av arbetsförmågan.

I 30 kap. SFB beskrivs, förutom Försäkringskassans uppdrag, även arbetsgivarens och individens skyldigheter gällande arbetslivsinriktad rehabilitering. För mer information om respektive aktörs skyldigheter, se bilaga 2.

## **7. Hur ska eventuella avvikelser i informationsöverföringen hanteras?**

De exempel på avvikelser som beskrivs nedan gäller inte enbart själva överföringen utan också omhändertagandet och agerandet i samband med att informationen lämnas.

Exempel på avvikelser som bör följas upp kan vara:

- att Försäkringskassan bedömer att det i en stor andel av impulserna inte är aktuellt med arbetslivsinriktad rehabilitering
- att väldigt många impulser, eller väldigt få impulser, kommer från en region
- att hälso- och sjukvården glömmar att journalföra informationsöverföringen
- att hälso- och sjukvården glömmar att inhämta samtycke från patienten
- att impuls från hälso- och sjukvården inte fångas upp, handläggs aktivt eller inte handläggs alls av Försäkringskassan
- att Försäkringskassan bedömer att det inte finns behov av samordning men meddelar inte den försäkrade/patienten.

För uppföljning av dessa exempel på avvikelser i informationsöverföringen, ska ordinarie återkopplingsstruktur användas. Det innebär att de frågor som uppkommer ska hanteras inom ramen för de regionalt överenskomna arbetsätten mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården i varje region.

### **8. Vilka förväntningar bedöms finnas hos Försäkringskassan, hälso- och sjukvården, de patienter och arbetsgivare som berörs av 4 §?**

I den föreslagna lagtexten står det att de koordineringsinsatser som ska ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten ska bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer för att främja den enskilda patientens återgång till eller inträde i arbetslivet.

Utöver de positiva effekter som lagen antas medföra, kan det också uppstå förväntningar hos olika aktörer som inte kan uppfyllas. Detta kan medföra risker för oönskade konsekvenser för de olika inblandade aktörerna, inte minst för individen. Arbetsgruppen har i bilaga 2 sammanställt olika förväntningar som kan kopplas till sådana risker.

Sammanfattningsvis handlar många av förväntningarna om snabbare och enklare dialoger mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren alternativt Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan kring en persons återgång till eller inträde i arbete. En risk är att de olika parterna inväntar eller avvaktar ett drag från någon annan vilket får till följd att inget händer. En annan risk är att det uppstår svårigheter för inblandade aktörer att förstå övriga aktörers roller och mandat. En tredje risk är att de olika aktörerna går in på andra aktörers områden och därmed riskerar att fel information ges till övriga inblandade. En fjärde risk är att självständigheten i beslutsfattandet påverkas negativt.

## Bilagor till frågeställningar

### Bilaga 1 – Fråga 2

#### Förväntningar som kan uppstå på rehabiliteringskoordinatorn:

- Att rehabiliteringskoordinatorn ska ”fixa” kontakter som är värdefulla för patienten.
- Att rehabiliteringskoordinator ska ha koll på helheten.
- Att rehabiliteringskoordinatorn kommer att ge Försäkringskassan bra/all info om patienten/den försäkrade.
- Att rehabiliteringskoordinatorn ska lämna information om *vem* som behöver samordning.
- Att rehabiliteringskoordinatorn ska lämna tydliga och träffsäkra impulser om samordning som kan underlätta Försäkringskassans uppdrag.
- Att rehabiliteringskoordinator ska hjälpa Försäkringskassan att prioritera ärenden.
- Att rehabiliteringskoordinatorn är med på avstämningsmöten.
- Att hälso- och sjukvården och arbetsgivaren redan har samordnat sina insatser.
- Att Försäkringskassans handläggare vill att impulsen ska innehålla mer information än vad den gör.
- Att Försäkringskassans handläggare förväntar sig att rehabiliteringskoordinatorn ska göra mer än hen ska.
- Att arbetsgivaren förväntar sig att rehabiliteringskoordinatorn ska samordna eller kontakta Försäkringskassan åt dem.
- Att individen tror att rehabiliteringskoordinatorn ska ”ordna till” kontakten med Försäkringskassan.

#### Förväntningar som kan uppstå på Försäkringskassans handläggare:

- Arbetsgivare förväntar sig att hjälp att driva sin rehabiliteringsprocess – och att Försäkringskassan ”tar över”.
- Att handläggaren på Försäkringskassan tar sig an ärendet ”på minuten”
- Att patienten förväntar sig att rehabiliteringskoordinatorns impuls betyder att patienten alltid får extra stöd från Försäkringskassan.
- Att Försäkringskassan kommer att ta över efter rehabiliteringskoordinatorn.
- Patient och koordinator förväntar sig att samordning ska starta.
- Att rehabiliteringskoordinatorn förväntar sig att få en samverkanspart i alla ärenden som hen ger impuls om.
- Rehabiliteringskoordinatorn förväntar sig att alltid få en återkoppling från Försäkringskassan om vad som händer (oavsett vad).
- De olika parterna inväntar/avvaktar ett drag från någon annan.
- Arbetsförmedlingen kan förvänta sig att rehabiliteringskoordinatorn är en väg in i samordnad rehabilitering.

## Bilaga 2 – Fråga 8

I denna bilaga beskrivs vad som menas med rehabilitering enligt 30 kap. SFB och vilka skyldigheter som den försäkrade, arbetsgivaren och Försäkringskassan har för detta. Stora delar av texten är hämtad från Försäkringskassans vägledning *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning* som används av handläggare och andra stödfunktioner inom myndigheten.<sup>4</sup>

### Arbetslivsinriktad rehabilitering

Med rehabilitering enligt 30 kap. SFB avses *arbetslivsinriktad rehabilitering*. Åtgärderna ska syfta till att den försäkrade får tillbaka sin arbetsförmåga. Det är alltså försäkrade som drabbats av sjukdom som sätter ned arbetsförmågan som omfattas av reglerna om rehabilitering, det krävs däremot inte att nedsättningen av arbetsförmågan är av någon viss omfattning.

En rehabiliteringsåtgärd anses vara arbetslivsinriktad om den syftar till att den försäkrade ska kunna få eller behålla ett arbete. Åtgärden ska vara sådan att den förutsätter aktiv medverkan från den försäkrades sida. Exempel på arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder är arbetsträning och utbildning.

### Försäkringskassan ska klargöra behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering

Försäkringskassan ska se till att de utredningar som behövs för att klargöra behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering i det enskilda ärendet genomförs och att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen påbörjas så snart som det är möjligt av medicinska och andra skäl. Försäkringskassan ska därför fortlöpande följa ärendena, så att den försäkrade inte blir utan åtgärder och ingenting görs.

### Försäkringskassans samordningsansvar

Försäkringskassans ansvar är av samordnande karaktär. Försäkringskassan tillhandahåller inte själv några rehabiliteringsåtgärder. För att se till att rehabiliteringsåtgärderna genomförs på ett effektivt sätt behöver Försäkringskassan alltså samverka med andra aktörer.

Försäkringskassan har också ett *övergripande* samordnings- och tillsynsansvar. Som ett led i detta ansvar har Försäkringskassan ingått olika typer av överenskommelser som gäller samverkan mellan rehabiliteringsansvariga. Till exempel har Försäkringskassan ingått en överenskommelse om samarbete med Arbetsförmedlingen, även finansiell samordning är exempel på detta (samordningsförbund). Försäkringskassan kan också ingå överenskommelser om fördjupad samverkan med arbetsgivare och region utifrån behov. Insatserna ska gälla

---

<sup>4</sup> Försäkringskassan, Vägledning 2015:1 Version 10. *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/281afc64-231c-49de-9aad-7a7657b95e99/vagledning-2015-01.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>



personer som behöver samordnade rehabiliteringsinsatser och syfta till att de får tillbaka eller förbättrar sin arbetsförmåga.

### **Arbetshjälpmedel (30 kap. 5 § SFB)**

Ansvar för att erbjuda hjälpmedel och anpassningsåtgärder delas mellan regionerna, Arbetsförmedlingen, arbetsgivarna och Försäkringskassan;

**Regionerna** är skyldiga att efter bedömning av behov erbjuda hjälpmedel för funktionshindrade. Detta ansvar innebär dock inte någon inskränkning av de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag.

**Arbetsförmedlingen** ansvarar för bidrag till arbetshjälpmedel och liknande som behövs för att en person med funktionshinder ska kunna få och utföra ett arbete.

**Arbetsgivarna** ansvarar för sina anställda, och ska se till att arbetsplatsen, maskiner och annan utrustning är ergonomiskt lämpligt utformade.

**Försäkringskassan** ansvarar för att betala ut bidrag till anställda med behov av särskilda individuellt anpassade hjälpmedel som inte omfattas av vanlig arbetsmiljöhänsyn enligt arbetsmiljölagen. Det anges i förarbetena att arbetshjälpmedel kan vara viktiga för att förebygga sjukskrivning och göra det möjligt för personer med funktionsnedsättningar och långvariga sjukdomstillstånd att fortsätta arbeta. Försäkringskassan ska därför betala ut bidrag till arbetshjälpmedel om sådana behövs som en del i en rehabilitering.

### **Arbetsgivarens skyldigheter enligt 30 kap. SFB**

Arbetsgivaren har enligt SFB skyldigheter avseende rehabilitering. Arbetsgivaren är bland annat skyldig att upprätta en plan för återgång i arbete, vidta åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering och lämna upplysningar till Försäkringskassan.

Sedan den 1 juli 2018 har arbetsgivarens ansvar för anpassning och rehabilitering förtydligats genom ett nytt lagkrav. Lagkravet innebär att arbetsgivaren ska upprätta en plan för återgång i arbete senast den dag när en arbetstagares arbetsförmåga har varit nedsatt under 30 dagar. I förarbetena till lagen anges att sedan rehabiliteringskedjan infördes har kraven på att individen ska vara beredd på omställning till nya arbetsuppgifter ökat. Regeringen anser att det bör göras omsorgsfulla prövningar på arbetsplatserna av vilka möjligheter som finns för arbetstagaren att återgå i arbete hos sin nuvarande arbetsgivare.

Ett av syftena med lagändringen är att rehabiliteringsinsatserna hos arbetsgivaren ska starta tidigare. Erfarenheter från företagshälsovård och rehabiliteringsförsäkringar visar att det är fullt möjligt att initiera och genomföra rehabiliteringsinsatser tidigt i en sjukperiod. En tidig kontakt mellan chef, den anställda och en person med hälso- och sjukvårdskompetens kan skapa bättre förutsättningar för anpassning och rehabiliteringsplaner.

Arbetsgivaren är skyldig att upprätta en plan om det kan antas att den försäkrades arbetsförmåga kommer vara nedsatt på grund av sjukdom under minst 60 dagar. Planen ska

vara upprättad senast den dag när den försäkrades arbetsförmåga varit nedsatt under 30 dagar. Det innebär att arbetsgivaren i god tid måste göra ett antagande huruvida den försäkrade kommer att återgå i arbete före det att 60 dagar har förflutit från och med det att arbetsförmågan blev nedsatt.

Som stöd för sitt antagande har arbetsgivaren i de flesta fall tillgång till arbetstagarens läkarintyg vilket underlättar denna bedömning. I de fall det inte finns ett läkarintyg så bör arbetsgivaren och arbetstagaren ändå kunna göra ett antagande om återgång i arbete för sjukperioder som förväntas att avslutas inom 60 dagar. Om det råder osäkerhet kring antagandet så gäller grundregeln att en plan ska tas fram.

Arbetsgivaren är inte skyldig att upprätta en plan om det med hänsyn till hälsotillståndet klart framgår att arbetstagaren inte kan återgå i arbete. Med det menas att hälsotillståndet är av sådan art att det är uppenbart att en återgång i arbete inte heller med rehabiliterande åtgärder är möjlig. Det förhållandet måste klart framgå för att arbetsgivaren inte ska vara skyldig att ta fram en plan. Om det råder någon tveksamhet i fråga om hälsotillståndet, så måste en plan upprättas.

Planens främsta uppgift är att vara ett stöd i det arbete som görs på arbetsplatsen för att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete. Det är därför viktigt att planen utformas på ett sådant sätt att den verkligen stöder anpassnings- och rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen och att den är lätt att följa för dem som är berörda (arbetstagaren, arbetsgivaren och facket). Frågor som kan bli aktuella att ta ställning till i en plan är exempelvis om arbetstagaren kan arbeta viss tid, om arbetsplatsen eller arbetsuppgifterna behöver anpassas, om arbets-tagaren ska omplaceras tillfälligt eller permanent, om han eller hon behöver arbetstekniska hjälpmedel, utbildning eller omskolning till andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren eller insatser via företagshälsovården eller annan leverantör av rehabiliteringstjänster. Arbetsgivaren behöver också ta ställning till hur kontakten ska ske med arbetsplatsen under pågående sjukskrivning samt tider för när insatserna ska genomföras och hur arbetsgivaren och arbetstagaren ska följa upp planen.

### **Den försäkrades skyldigheter**

Försäkringskassan kan begära att den försäkrade deltar i ett avstämningsmöte som syftar till att bedöma hans eller hennes behov av och möjligheter till rehabilitering.

Åtgärder som sätts in utan den försäkrades aktiva medverkan riskerar att vara ineffektiva. Den försäkrade har därför ålagts en skyldighet att efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen.

Ersättningen kan dras in eller sättas ned om en försäkrad utan giltig anledning vägrar att lämna information som behövs för att klarlägga behovet av rehabilitering eller att medverka i en rehabiliteringsåtgärd.