

# Till statsrådet Hans Karlsson

Den 14 mars 2002 beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag till utformningen av en koncentrerad arbetsskadehandläggning samt till hur en kunskapsbank för frågor om samband mellan arbetsmiljö och sjukdom kan byggas upp och organiseras. Till särskild utredare förordnades samma dag direktören Lars Baltzari.

Till experter i utredningen förordnades fr.o.m. den 22 april 2002 överläkaren Leif Aringer, direktören Anna Karlgren, direktören Henrik Meldahl, projektsamordnaren Anders Norlund, utredaren Siv Nyström, byrådirektören Monica Svanholm och professorn emeritus Peter Westerholm. Samma dag förordnades ämnessakkunnige Lars Florin, departementssekreteraren Heléne von Granitz, departementssekreteraren Magnus Gunnarsson och departementssekreteraren Gun-Britt Holmberg som sakkunniga i utredningen.

Lars Florin entledigades fr.o.m. den 7 oktober 2002. Samma dag förordnades ämnessakkunniga Maria Berggren Broms som sakkunnig. Magnus Gunnarsson entledigades fr.o.m. den 7 oktober 2002. Samma dag förordnades departementssekreteraren Thord Redman som sakkunnig.

Heléne von Granitz entledigades fr.o.m. den 22 november 2002. Samma dag förordnades departementssekreteraren Anders Jeppson som sakkunnig.

Till sekreterare förordnades fr.o.m. den 15 mars 2002 avdelningsdirektören Kristina Bruno och kammarrättsassessorn Anneli Svensson.

Utredningen har antagit namnet Utredningen om handläggning av arbetsskador.

Utredningen överlämnade den 15 oktober 2002 delbetänkandet *Koncentrerad arbetsskadehandläggning - för rättvisa och likformighet* (SOU 2002:80).

Utredningen överlämnar härmed slutbetänkandet *Att samla och sprida kunskap om skadlig inverkan och framgångsrik rehabilitering* (SOU 2003:1).

Stockholm den 15 januari 2003.

Lars Baltzari

/Kristina Bruno

Anneli Svensson

# Innehåll

<b>Förkortningar</b> .....	<b>9</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>11</b>
<b>Författningsförslag</b> .....	<b>17</b>
Förslag till förordning om ändring i förordning (1996:608) med instruktion för Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik .....	17
<b>1 Inledning</b> .....	<b>19</b>
1.1 Utredningens uppdrag .....	19
1.2 Utredningsarbetet .....	20
1.3 De generella direktiven .....	20
<b>2 Allmänt om systematiska kunskapsöversikter och metoder</b> .....	<b>21</b>
2.1 Inledning .....	21
2.2 Krav på framställning av systematiska kunskapsöversikter .....	21
2.3 Gradering av vetenskapliga studiers värde .....	25
2.4 Exempel på kunskapsbanker .....	29
2.5 Övriga metoder .....	31
<b>3 Vilka aktörer finns?</b> .....	<b>33</b>

3.1	Inledande förutsättningar.....	33
3.2	Kunskapsgenererande.....	33
3.2.1	Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU .....	33
3.2.2	Centrum för utvärdering av socialt arbete, CUS .....	35
3.2.3	Arbetslivsinstitutet, ALI.....	37
3.2.4	Statens folkhälsoinstitut .....	39
3.3	Förvaltningsmyndigheter.....	40
3.3.1	Arbetsmiljöverket.....	40
3.3.2	Riksförsäkringsverket .....	40
3.4	Medelsfördelande myndigheter .....	41
3.4.1	Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap ....	41
3.4.2	Vetenskapsrådet.....	42
3.5	Forskningsinstitutioner.....	43
3.5.1	Karolinska institutet.....	43
3.5.2	Institutionen för Hälsa och samhälle.....	43
<b>4</b>	<b>Inrättande och uppbyggnad av en kunskapsbank .....</b>	<b>45</b>
4.1	Inledande förutsättningar.....	45
4.2	Kunskapsbankens innehåll.....	46
4.3	Uppbyggnad av kunskapsbanken och prioriterade områden.....	50
<b>5</b>	<b>Ett organ för sammanställning och spridning av kunskaper om metoder inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen .....</b>	<b>59</b>
5.1	Uppdraget i denna del .....	59
5.2	Diskussion kring begreppsdefinitioner.....	60
5.2.1	Arbetslivsinriktad rehabilitering.....	60
5.2.2	Rehabiliteringsmetod.....	61
5.2.3	Behov av samsyn.....	62
5.3	Vem har ansvaret för rehabiliteringen? .....	63
5.3.1	Arbetsgivarens ansvar.....	63
5.3.2	Försäkringskassan .....	65

5.3.3	Arbetsmarknadsmyndigheterna.....	66
5.3.4	Hälso- och sjukvårdens ansvar.....	66
5.3.5	Kommunens socialtjänst.....	67
5.4	Behovet av en kunskapssammanställning.....	67
5.5	Forskningen i dag och det framtida forskningsbehovet .....	68
5.6	Det nya organets verksamhet .....	70
5.6.1	KARM:s inriktning.....	71
5.6.2	Arbetsuppgifter och metoder.....	71
5.6.3	Kunskapssammanställningarnas utformning .....	74
5.6.4	Kvalitetsgranskning .....	74
<b>6</b>	<b>Organisation av de nya verksamheterna.....</b>	<b>75</b>
6.1	Inledande förutsättningar .....	75
6.2	Organisatorisk placering.....	77
6.2.1	Inledande förutsättningar.....	77
6.2.2	Urvalskriterier .....	77
6.2.3	Förslag till organisatorisk placering.....	79
6.3	Ikraftträdande.....	80
6.4	Beslutsorgan .....	81
6.4.1	Styrgrupp för kunskapsbanken för arbetskadeförsäkringen .....	82
6.4.2	Styrgrupp för kunskaper om metoder inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.....	82
6.5	Referensgrupper .....	83
6.6	Alternativ organisatorisk lösning.....	84
6.7	Arbetsformer .....	84
6.8	Tillgänglighet och servicenivå.....	86
6.9	Kostnader.....	88
6.9.1	Kanslikostnad.....	89
6.9.2	Projektkostnad.....	91
6.9.3	Total kostnad.....	92
<b>Bilaga 1</b>	.....	<b>93</b>

Bilaga 2 .....105

# Förkortningar

AFL	lagen (1962:381) om allmän försäkring
AFS	Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter
AGS	Avtalsgruppsjukförsäkring
AI	Arbetsmiljöinspektionen
ALI	Arbetslivsinstitutet
AV	Arbetsmiljöverket
CMT	Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi
CSF	Centrum för socialförsäkringsforskning
CUS	Centrum för utvärdering av socialt arbete
FAS	Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap
IHS	Institutionen för Hälsa och Samhälle
ISA	informationssystemet om arbetsskador
IT	informationsteknologi
KI	Karolinska Institutet
Prop.	proposition
RAR	Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering
RCT	randomiserad kontrollerad studie
RFV	Riksförsäkringsverket
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
SfU	Socialförsäkringsutskottet

SOU  
TFA

Statens offentliga utredningar  
Trygghetsförsäkring vid  
arbetskada



# Sammanfattning

I betänkandet redovisar jag resultatet av den del av utredningsuppdraget som avser dels förslag till hur en kunskapsbank för frågor om samband mellan arbetsmiljö och sjukdom ska kunna bygga upp och organiseras, dels hur ett organ bör utformas som sammanställer och sprider kunskaper om metoderna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (KARM).

## Kunskapsbank

Jag föreslår att en kunskapsbank inrättas där kunskap om arbetsmiljöfaktorers eventuella skadlighet samlas, sammanställs och publiceras. Kunskapsbanken ska ha som sitt primära syfte att fungera som ett hjälpmedel och tillhandahålla underlag för bedömningar i arbetsskadeärenden. Genom att sammanställningar över aktuellt forskningsläge finns tillgängliga och används som ett stöd i utredningar och som underlag för bedömningar ökar förutsättningarna att nå enighet i frågeställningar som är av betydelse för tillämpningen av arbetsskadeförsäkringen. Därmed ökar också förutsättningarna att uppnå likformighet i tillämpningen av arbetsskadeförsäkringen.

Innehållet i kunskapsbanken ska enligt min uppfattning utgöras av vetenskapligt underbyggd kunskap om hur sannolikt det är att arbetsmiljöförhållanden kan ge upphov till olika typer av sjukdomsbesvär. Kunskapen bör redovisas i form av systematiska kunskapsöversikter för specifikt definierade och avgränsade sjukdoms- eller diagnosgrupper. Sådana kunskapsöversikter avses kunna presentera den samlade kunskapen och erfarenheten inom olika områden på ett så långt möjligt kvalitetssäkrat och opartiskt sätt.

För att informationen i kunskapsbanken ska betraktas som tillförlitlig, och så långt som möjligt accepteras av alla intressenter, krävs att långtgående krav på vetenskaplighet beaktas och läggs till

grund för de metoder som används vid litteraturgenomgångar och kunskapssammanställningar.

De krav som ställs på det sätt på vilket man tar fram en systematisk kunskapsöversikt, och frågan om vilka kvalitetskrav som ska ställas på det underlag som ligger till grund för en kunskapsöversikt, bör i största möjliga mån utgå ifrån de tillvägagångssätt som är allmänt vedertagna i fråga om att sammanställa kunskapsöversikter.

Jag föreslår att uppbyggnaden av en kunskapsbank för arbetsskadeförsäkringen till sin struktur bör i första hand utgå från diagnosområden. Utgångspunkten är att de ska kunna fungera som vägledning i de bedömningar som görs när det gäller arbetssjukdomar och eventuell skadlig inverkan från någon faktor i arbetsmiljön. Exempel på sådana områden är

- arbete och besvär i rörelseapparaten
- kemiska ämnen och allergier
- psykiska besvär
- nya diagnoser, s.k. kriteriediagnoser
- toxisk påverkan
- övriga specialiteter (kan arbetet påverka ärftliga sjukdomar etc.)
- kardiologi

Inom vissa områden är kunskapsläget beträffande arbetsmiljöfaktorer skadlighet förhållandevis väl klarlagt. Detta gäller exempelvis hörselskador som är relativt vanliga men där det normalt inte föreligger problem i tillämpningen. Eventuella problem i dessa sammanhang är snarast föranledda av svårigheten att utreda exponeringar som inte sällan kan ligga årtionden tillbaka i tiden. Det kan också sägas gälla asbest och vissa andra ämnens skadebringande egenskaper. För ytterligare andra ämnen är skadligheten känd, däremot kan frågan om dos och respons vara osäker, dvs. hur omfattande och långvarig exponering som är nödvändig för att skada med viss grad av sannolikhet ska kunna uppkomma.

Jag föreslår att kunskapsbanken byggs upp med en första grund i de kunskapsredovisningar som finns sammanställda och publicerade idag. Parallellt bör nya projekt starta inom områden där kunskap saknas. En förstudie bör kunna visa på att följande punkter i tillräcklig mån är uppfyllda

- det måste vara möjligt att få fram tillräckligt med studier av en sådan kvalitet att det går att sammanställa resultat och göra meningsfulla bedömningar
- diagnosområdet bör vara något så när frekvent förekommande inom arbetsskadeförsäkringen
- olika tillämpning, eller osäkerhet i tillämpningen, förekommer.

## KARM

Jag föreslår att ett särskilt organ, KARM, inrättas med uppdrag att sammanställa den kunskap som finns när det gäller metoder inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och göra denna kunskap tillgänglig i form av systematiska kunskapsöversikter. Det primära syftet även för KARM är att göra den forskning som bedrivs eller, den kunskap som finns, känd för dem som i första hand behöver utnyttja den. Kunskapsöversikterna ska därmed fungera som informationskälla och beslutsstöd för försäkringskassorna och övriga rehabiliteringsaktörer såsom t.ex. arbetsgivarna, arbetsmarknadsorganen, företagshälsovården med flera.

I KARM:s uppdrag ingår enligt min uppfattning även att sprida kunskap om de olika metodernas resultat, dvs. redogöra för såväl framgångsrika som mindre framgångsrika metoder. KARM:s kunskapssammanställningar bör vara inriktade på metodens effekt i den meningen att den lett till att den försäkrade, mer än rent tillfälligt, återfått sin arbetsförmåga. I samband med värderingen av en viss metod bör även dess effektivitet beaktas.

Valet av rehabiliteringsåtgärd är sällan givet och metoderna för genomförandet varierar. Antalet rehabiliteringsaktörer är dessutom stort och kan vara svårt att överblicka. En kunskapssammanställning som visar vilka åtgärder som utförda på ett visst sätt givet ett visst resultat borde vara till stor hjälp vid rehabiliteringsaktörernas strävan att göra "det rätta" valet.

Även om visst utvärderingsarbete och viss forskning sker i dag så tycks mängden vetenskapligt utförda utvärderingar av rehabiliteringsmetoder var mycket liten. Forskningen inom rehabiliteringsområdet får också betraktas som eftersatt.

När det gäller området arbetslivsinriktad rehabilitering finns det, enligt de erfarenheter som jag har tagit del av under utredningsarbetet, inte någon större mängd befintligt vetenskapligt material,

t.ex. i form av utvärderingar, att sammanställa. KARM:s arbetssätt måste givetvis anpassas till dessa omständigheter.

Som en viktig kompletterande uppgift anser jag därför att KARM, parallellt med kunskapsinsamlandet, bör verka för att höja den vetenskapliga nivån på de projekt, utvärderingar och dylikt som genomförs inom området arbetslivsinriktad rehabilitering.

Jag förslår att en av KARM:s första uppgifter ska vara att utforma en allmän vägledning för hur man lägger upp och genomför ett rehabiliteringsprojekt och hur man därefter utvärderar det resultat man har uppnått.

En målsättning för framtiden är att KARM med tiden ska ha fullgod tillgång till vetenskapligt material och – med de begränsningar som följer av områdets natur – kunna följa den metodik som utmärker en systematisk kunskapssammanställning.

När det gäller kvalitetsgranskningen av gjorda utvärderingar ska den givetvis även för KARM: s del ske efter fastställda kriterier.

## Organisation

Av direktiven framgår att jag ska lämna förslag till hur de nya verksamheterna ska byggas upp och organiseras. Jag ska i enlighet med direktiven även överväga möjligheterna att samorganisera de verksamheter jag föreslår.

Jag föreslår att de verksamheter som ska byggas upp i form av en kunskapsbank för arbetsskadeförsäkringen och ett organ för sammanställning av arbetslivsinriktade rehabiliteringsmetoder samorganiseras. Jag är av den uppfattningen att både kunskapsbanken och KARM har mycket att vinna på att samorganiseras. Arbetet är till stora delar likartat, målgrupperna ofta desamma, kansliresurser kan samutnyttjas, gemensamma IT-resurser kan nyttjas osv.

Av direktiven framgår att jag förutom att överväga om de nya verksamheterna kan samordnas även ska pröva om verksamheterna kan inordnas under något redan befintligt organ.

Jag föreslår att de nya verksamheterna inordnas inom SBU:s verksamhet.

SBU har i uppdrag att utvärdera sjukvårdens metoder för att därigenom skapa bättre beslutsunderlag för aktörer inom sjukvården. SBU har också i uppdrag att ta fram kunskapsöversikter och synteser över befintligt vetenskapligt material. Enligt min bedömning bedriver SBU en verksamhet som kan jämföras med

den som de båda nya verksamheterna tillsammans ska bedriva. Inom SBU finns även, förutom den kompetens och erfarenhet som enligt min bedömning gagnar uppbyggnaden av de nya verksamheterna, även en kultur och en tradition på området som jag bedömer vara värdefull.

De högt ställda kraven på vetenskaplighet som präglar SBU:s arbete kommer inte att kunna direkt överföras på kunskapsbanken och KARM och det är inte heller avsikten. Jag ser dock inte något motsatsförhållande i detta och anser att den kompetens och de erfarenheter som finns inom SBU gagnar uppbyggnaden av de föreslagna verksamheterna.

Jag föreslår att kunskapsbanken och KARM organisatoriskt ska underställas SBU:s styrelse. De resurser som regeringen tilldelar SBU bör som särskilda anslagsposter vara destinerade till kunskapsbanken respektive KARM. Ansvar för innehåll, medelsfördelning och prioritering av projekt både när det gäller kunskapsbanken och KARM föreslås åvila särskilda styrgrupper för vardera av de nya verksamheterna.

Styrgrupperna ska ha till uppgift att fördela anslagna medel genom att prioritera vilka kunskapssammanställningar som ska beställas. Styrgrupperna ska även fungera som kvalitetssäkrare när det gäller urval av forskare som ska anlitas för att genomföra projekten inom olika vetenskapliga ämnesområden. I styrgruppernas uppgifter ingår att ha ansvar för att projekten genomförs i enlighet med vedertagen forskningsmetodik och att utse de forskare som ska fungera som sakgranskare av respektive projekts resultat. Styrgrupperna ska också slutligen godkänna de kunskapssammanställningar och utvärderingar som publiceras. Generellt bör styrgrupperna enligt min uppfattning representera relevant sakkunskap inom ämnesområdet och erfarenhet i fråga om forskning och forskningsmetodik.

Jag föreslår att det till såväl kunskapsbanken som till KARM knyts en referensgrupp. Det är enligt min uppfattning väsentligt att användarnas behov av kunskaper ska ges en framträdande roll när det gäller inriktning och prioritering av verksamheten inom ramen för kunskapsbanken och för KARM.

Arbetsmetoderna kommer delvis att skilja sig åt mellan kunskapsbanken, KARM och SBU. Målgrupperna för de nya verksamheterna kommer att vara andra än de som är primära för SBU. Det gör att publicering av resultaten bör ske fristående från de etablerade former som används av SBU.

Totalt beräknas kostnaden för de nya verksamheterna uppgå till drygt 18 miljoner varav 10 miljoner avser projektverksamheten med en antagen verksamhetsomfattning motsvarande ett genomförande av 12 projekt årligen. Därutöver föreslås kansliresurser för de nya verksamheterna motsvarande 8 heltidstjänster. Kansliresurserna föreslås organiseras inom ramen för SBU:s befintliga kansli.

# Författningsförslag

## Förslag till förordning om ändring i förordning (1996:608) med instruktion för Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik

Härigenom föreskrivs i fråga om förordning (1996:608) med instruktion för statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik att 1–2 §§ och 5 § skall ha följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik har till uppgift att för hela landet utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder ur medicinskt, ekonomiskt, socialt och etiskt perspektiv.

Beredningen skall sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt som gör det möjligt för vårdgivare och andra berörda att tillägna sig den kunskap som vunnits. Beredningen skall dokumentera hur denna kunskap har använts och vilka resultat som nåtts.

### *Föreslagen lydelse*

#### 1 §

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik har till uppgift att för hela landet utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder ur medicinskt, ekonomiskt, socialt och etiskt perspektiv.

Beredningen skall sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt som gör det möjligt för vårdgivare och andra berörda att tillägna sig den kunskap som vunnits. Beredningen skall dokumentera hur denna kunskap har använts och vilka resultat som nåtts.

*Till beredningens uppgifter hör även att särskilt sammanställa och sprida kunskaper dels om arbetsmiljöfaktorer skade-*

*bringande effekter, dels om metoderna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.*

#### *Nuvarande lydelse*

Beredningen leds av en styrelse som består av högst tio personer. En av ledamöterna är ordförande.

Styrelsen avgör sina ärenden vid sammanträde om inte annat följer av andra stycket.

Styrelsen får i arbetsordningen eller i särskilda beslut överlämna till en anställd eller till ett beredande eller rådgivande organ att avgöra ärenden som inte behöver prövas av styrelsen.

#### *Föreslagen lydelse*

##### 2 §

Beredningen leds av en styrelse som består av högst tio personer. En av ledamöterna är ordförande.

*Under styrelsen finns ett organ med särskilt ansvar för uppgiften att sammanställa och sprida kunskap om arbetsmiljöfaktors skadebringande effekter. Ett motsvarande organ finns för uppgiften att sammanställa och sprida kunskap om metoderna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.*

##### 5 §

Styrelsen avgör sina ärenden vid sammanträde om inte annat följer av andra stycket.

Styrelsen får i arbetsordningen eller i särskilda beslut överlämnatill en anställd, eller till ett beredande, *rådgivande eller annat särskilt* organ att avgöra ärenden som inte behöver prövas av styrelsen.



# 1 Inledning

## 1.1 Utredningens uppdrag

Regeringen beslutade vid sitt sammanträde den 14 mars 2002 att tillsätta en särskild utredare med uppdrag *dels* att lämna förslag till utformningen av en koncentrerad arbetsskadehandläggning, *dels* att lämna förslag till utformningen av en kunskapsbank för frågor om samband mellan arbetsmiljö och sjukdom samt till ett organ som sammanställer och sprider kunskap om metoderna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Mina förslag i den första delen redovisades den 15 oktober 2002 i delbetänkandet *Koncentrerad arbetsskadehandläggning – för likformighet och rättvisa* (SOU 2002:80). Nedan sammanfattas uppdragets andra del.

Utredaren ska lämna förslag till hur en kunskapsbank för frågor om samband mellan arbetsmiljö och sjukdom kan byggas upp och organiseras. Kunskapsbanken ska enligt direktiven omfatta aktuella sammanställningar av vad forskare är såväl ense som oense om i fråga om arbetsrelaterade skador av svårbedömd karaktär. I detta sammanhang ska utredaren beakta att kunskapssammanställningar inom området bör vara lättillgängliga för såväl försäkringsadministrationen som andra intressenter på området.

I uppdraget ingår vidare att föreslå hur ett organ bör utformas som – så långt möjligt på vetenskaplig grund – sammanställer och sprider kunskaper om metoderna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Utredaren ska dessutom närmare beskriva den verksamhet som organet bör bedriva. Erfarenheterna från hur Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) och Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) bedriver sina verksamheter skall vara utgångspunkt för förslaget i denna del.

Utredaren skall överväga möjligheterna att samordna de bägge nya verksamheterna samt vidare belysa hur dessa ska kunna inordnas under något befintligt organ.

Direktiven (dir 2002:45) i sin helhet framgår av bilaga 1.

## 1.2 Utredningsarbetet

Jag har under utredningsarbetet sammanträtt kontinuerligt med mina sakkunniga och experter. Antal sammanträden har varit fem.

Jag har samrått under hand med bl.a. företrädare för utredningen *Analysgrupp för frågor rörande hälsa och ohälsa i arbetet* (S 2002:01), Riksförsäkringsverket, Rikscentrum för Arbetslivsinriktad Rehabilitering och Samhall Resurs AB. Vidare har jag samrått med företrädare för de centrala arbetsmarknadsparterna.

## 1.3 De generella direktiven

Om förslagen i ett betänkande har betydelse för den kommunala självstyrelsen, ska konsekvenserna i det avseendet enligt 15 § kommittéförordningen (1998:1478) anges i betänkandet. Det samma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

Jag anser att de förslag som redovisas i det följande inte har sådana konsekvenser som avses i 15 § kommittéförordningen.

Beträffande de kostnadsmissiga konsekvenserna (jfr 14 § kommittéförordningen) hänvisar jag till avsnitt 6.9.

## 2 Allmänt om systematiska kunskapsöversikter och metoder

### 2.1 Inledning

Kunskapsöversikter har tidigare använts inom forskningen främst i syfte att bedöma behovet av ny forskning. Det har emellertid blivit allt vanligare att använda kunskapsöversikter även t.ex. som grund för riktlinjer, normering eller som beslutsunderlag. Det kan därför vara av värde att beskriva de tillvägagångssätt som är allmänt vedertagna i fråga om att sammanställa kunskapsöversikter.

Det valda angreppssättet styrs alltid av i vilket syfte en kunskapsöversikt ska tas fram dvs. vilka frågeställningar som ska belysas. De speciella förutsättningar eller krav som gäller för de nya verksamheter jag senare föreslår ska byggas upp diskuteras i de avsnitt där de föreslagna verksamheterna behandlas.

Redovisningen nedan gör inte anspråk på att vara uttömmande utan ska ses som en bakgrund till de förslag och resonemang som förs senare i detta betänkande.

### 2.2 Krav på framställning av systematiska kunskapsöversikter

De viktigaste kännetecknen på s.k. systematiska kunskapsöversikter handlar om de krav som ställs på de arbetsprocesser som leder fram till en systematisk kunskapsöversikt och den närliggande frågan om kvalitetskrav på underlaget för översikten.

Följande huvudmoment sammanfattar ett tämligen beprövat sätt på vilket systematiska kunskapsöversikter kan tas fram. Redovisningen bygger på material som utredningen tagit del av genom Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) vid Socialstyrelsen.

### *Förberedelsefasen*

Till förberedelsefasen hör de aktiviteter som behövs som underlag för att fatta beslut om produktion av en systematisk kunskapsöversikt. Ett viktigt vägledande underlag utgör allmänna principer för vilka områden, brukargrupper eller interventionstyper som bör prioriteras.

I den förberedande fasen bör också det aktuella kunskapsläget inventeras. I dag ökar antalet kunskapsöversikter (i och under produktion) och likaså antalet organ med uppdrag att producera kunskapsöversikter. För att undvika dubbelarbete och öka samarbete kring produktionen behövs en god och ständigt uppdaterad överblick över den verksamhet som pågår internationellt.

Formerna för hur beslut skall fattas i denna fas och av vilka skall vara tydliga.

### *Inledningsskedet*

Till det initiala skedet hör att precisera kunskapsöversiktens ämnesmässiga innehåll, dvs. de frågeställningar som skall belysas. På denna grund fastställs relevanta sökstrategier för att få fram information om det underlag, i form av kunskapsöversikter och enskilda studier, som existerar. Ett oavvisligt krav i systematiska kunskapsöversikter är att sökstrategierna är explicit angivna. Till det initiala skedet hör också att fastställa de inklusionskriterier som skall gälla dvs. vad som ska krävas av en studie för att den ska ingå. Hit hör såväl designmässiga som andra kvalitetskriterier. Nästa oavvisliga krav på systematiska kunskapsöversikter är att dessa kvalitetskriterier är explicit angivna, vilket innebär att principer för inklusions- och annan kvalitetsvärdering (granskningsmallar, protokoll) utarbetas.

### *Litteratursökning*

I systematiska kunskapsöversikter läggs stor vikt vid kvaliteten på litteratursökningsarbetet och således även på de sökstrategier som fastställs. Sökstrategierna måste alltså läggas upp så att riskerna för olika former för selektiv information minimeras.

Kraven på de sökstrategier som skall tillämpas blir därför högre än vad som är vanligt vid produktion av andra typer av kunskaps-

översikter. Litteratursökningen påverkas där inte sällan av forskarnas personliga preferenser och erfarenheter och begränsas ofta till de stora välkända databaserna över publicerade studier. Arbetet med systematiska kunskapsöversikter har emellertid visat att detta ofta är otillräckligt.

Mera omfattande och varierade sökstrategier som riktar sig mot olika kunskapskällor är därför nödvändiga.

I litteratursökningsprocessen ingår också att beställa och få fram det underlag (abstracts och/eller hela arbeten) som behövs för den kvalitetsgranskning av de enskilda studierna som därefter ska ta vid. För ett effektivt och kvalificerat litteratursökningsarbete krävs specialkompetens. Det krävs därutöver resurser för litteraturbeställning och för personal som utför icke-elektroniskt sökarbete.

### *Kvalitetsgranskning av enskilda studier*

Denna fas i produktionsprocessen kan vara mycket tidskrävande. Erfarenhetsmässigt genererar en systematisk litteratursökning hundratals och ibland tusentals studier att granska och studierna ska ofta granskas efter många kvalitetskriterier. Resultatet av kvalitetsgranskningen blir erfarenhetsmässigt att endast ett fåtal studier inkluderas i slutskedet.

### *Sammanställning och syntes*

I denna fas skall kunskapsöversiktens slutsatser, baserade på de slutligen inkluderade, dvs. godkända studierna dras. Det syntetiserande arbetet kan utföras på olika sätt. I Socialstyrelsens samarbetsavtal med Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Läkemedelsverket (Socialstyrelsen 2002) redovisas en metod, där man först (ofta i samband med kvalitetsgranskningen och på basis av kvalitetskriterierna) fastställer de godkända studiernas bevisvärde för att därefter bedöma det vetenskapliga underlagets styrka genom att i princip räkna antalet godkända studier med olika (tillräckligt) högt bevisvärde. I bedömningen vägs också in om studiernas resultat pekar i samma riktning eller ej. På senare tid har andra metoder för sammanvägning av resultat från flera studier utvecklats och börjat komma till användning. En sådan metod

är metaanalys där man använder standardiserade, jämförbara effektmått.

### *Extern granskning av den systematiska kunskapsöversikten*

En granskningsprocedur som rekommenderas och regelmässigt används är den där oberoende sakkunniga, dvs. personer som inte deltagit i framställningen av översikten engageras för uppgiften. Tillgången till sådan expertis bör uppmärksammas vid tillsättning av arbetsgrupper med uppgift att ta fram koncept till kunskapsöversikter.

### *Framställning av skriftlig(a) rapport(er)*

För att säkerställa att de systematiska kunskapsöversikterna med avseende på innehåll och språk är utformade så att de kan läsas och förstås av olika målgrupper kan grunddokumentationen behöva en redaktionell bearbetning. Ibland hanteras det genom att flera dokument produceras. Det redaktionella arbetet är en viktig del av den mer övergripande kommunikationsstrategin kring kunskapsöversikterna.

### *Hantering och elektronisk "arkivering" av grundmaterialet från litteratursöknings- och granskningsarbetet*

Det systematiskt upplagda sökarbetet, framställningen av granskningsmallar och inte minst den systematiska och omfattande kvalitetsgranskningen av en stor mängd studier, resulterar i ovärderlig information, som inte redovisas i detalj i den skriftliga rapporten. Om detta material sammanställs på ett tillgängligt sätt underlättar det arbetet med att i framtiden uppdatera kunskapsöversikten. Delar av detta material kan i många fall också användas för produktion av kunskapsöversikter inom närliggande områden, liksom av dem som vill granska de slutsatser som baserats på underlaget.

### *Uppdatering/revidering av systematiska kunskapsöversikter*

I uppdraget att förmedla forskningens samlade erfarenheter av relevans för beslutsfattare, praktiker och brukare inom vissa välfärdstjänstesektorer, ligger rent allmänt också ett åtagande att uppdatera och revidera de systematiska kunskapsöversikterna. Med vilken frekvens det behöver ske varierar för olika verksamhetsområden eftersom vissa områden utvecklas snabbare än andra.

### *Kunskapsspridning*

Olika former för informationsspridning eller snarare kunskapskommunikation ingår också regelmässigt i ett uppdrag att skapa kunskapsöversikter. Planeringen av denna avslutande fas i ett enskilt översiktsuppdrag bör förberedas tidigt och i viss mån integreras i hela framställningsprocessen.

## **2.3 Gradering av vetenskapliga studiers värde**

Värdet av en litteraturöversikt står och faller med hur väl man identifierar och värderar relevanta studier. Nedan redovisas Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) gradering av en studies vetenskapliga bevisvärde och slutsatsernas evidensstyrka samt den gradering som använts i en studie som tagits fram i samarbete mellan Arbetslivsinstitutet och AFA.

### **SBU**

En studie anses ha ett högt bevisvärde när den är tillräckligt stor, har en lämplig studietyp, är väl genomförd och analyserad. Det kan vara en stor randomiserad kontrollerad studie, RCT, när det gäller utvärdering av en behandlingsform. För övriga områden en studie som väl uppfyller på förhand fastställda kriterier.

Medelhögt bevisvärde när det gäller behandlingseffekter kan avse stora studier med kontroller från andra geografiska områden, matchade grupper eller liknande. För övriga områden bör studierna uppfylla delvis på förhand uppställda kriterier.

Lågt bevisvärde anses t.ex. studier med selekterade kontroller ha (retrospektiv jämförelse mellan patientgrupper som fått respektive inte fått en viss behandling) studier med stora bortfall eller andra

osäkerheter. För övriga områden att studierna dåligt uppfyller på förhand uppställda kriterier.

För att undvika systematisk feltolkning krävs, förutom strikta metoder, adekvat kompetens av granskarna gärna med medverkan av såväl förespråkare som kritiker beaktande av intressekonflikter, könsaspekter och bosättningsort mm.

När det gäller krav på kvalitet för att en studies slutsatser ska kunna tillämpas får man ofta definiera en miniminivå. Det kan för kvantitativa studier innebära att man går förbi studier som helt saknar kontrollgrupper. Kanske vill man inte heller beakta studier som innehåller blandade patientgrupper, studier med otillräcklig uppföljningstid, eller sådana där man inte har några mått på resultat av betydelse för patientens välbefinnande utan enbart s.k. surrogatvariabler som t.ex. laboratorievärden. De studier som ligger över miniminivå kan indelas i olika grad av bevisvärde (se ovan).

Bevisvärdet avspeglar studiernas pålitlighet när det gäller att besvara den aktuella frågeställningen. Studier med högt bevisvärde avseende olika behandlingsformer bör vara stora väl genomförda randomiserade kontrollerade studier.

När det gäller diagnostik, riskbedömning och prognos får man titta på andra typer av studier vilkas bevisvärde också kan graderas från högt till lågt för den fråga som är aktuell. Krav för bedömning av en studies bevisvärde kan utformas som en checklista för att gradera ett arbetes metodologiska kvalitet. Ju fler kriterier som är uppfyllda desto bättre. Det går dock inte att ange några absoluta gränser. Till sist måste bedömningarna göras utifrån ämneskunskap, vetenskaplig kompetens och sunt omdöme.

Styrkan hos det vetenskapliga underlaget för en slutsats baserad på alla utvalda studier benämns i engelsk litteratur "level of evidence" evidensstyrka.

Det kan vara av värde för en läsare av systematiska litteraturöversikter att veta hur säker en slutsats är. Detta belyser också risken för hur snabbt den kan ändras. Vid starkt vetenskapligt stöd bör några mindre studier inte kunna påverka resultatet nämnvärt medan man vid svagare underlag måste vara observant på det som tillkommer.

För att gradera evidensstyrka måste alla accepterade studier vara kritiskt granskade deras bevisvärde bedömt och fakta extraherade. Först då är det dags att göra en summering och sedan dra slutsatser från den.



### *Evidensstyrka*

#### Evidensstyrka 1

När flera stora studier från olika centra och med en för frågan lämplig design och högt bevisvärde givit samma resultat blir det vetenskapliga underlaget starkt och förutsättningarna för en hållbar slutsats goda. Det gäller även då det finns en god systematisk översikt av flera väljorda studier.

#### Evidensstyrka 2

Om endast en studie med högt bevisvärde finns, men resultatet stöds av flera studier med medelhögt bevisvärde, blir evidensstyrkan måttligt stark.

#### Evidensstyrka 3

Begränsad styrka föreligger när ingen studie med högt bevisvärde men minst två med medelhögt bevisvärde finns.

#### Evidensstyrka lägre än 3

Under nivån för evidensstyrka 3 är det vetenskapliga underlaget otillräckligt man måste ange vad eventuella slutsatser i så fall baserar sig på.

### **ALI/AFA**

Inom ramen för ett samarbete som bedrivits mellan Arbetslivsinstitutet (ALI) och AFA har ett antal kunskapsöversikter tagits fram. Ett exempel inom ramen för nämnda samarbete är en omfattande genomgång som gjorts av tillgängligt material i den vetenskapliga litteraturen i frågor som gäller vetenskaplig bevisning av samband mellan arbetsbelastningar av olika slag och sjukdomar och besvär i kroppens led och rörelseapparat (Rapport 2001:12 "Arbete och besvär i rörelseorganen"). Studien avser ett stort skadeområde och omfattar flera kroppsorgan. Skadeområdet är stort även i den bemärkelsen att det f.n. upptar största delen av sjukdomar anmälda som arbetsskada av den försäkrade i Sverige. Den sammantagna publicerade vetenskapliga dokumentation som finns att tillgå inom detta stora skadeområde utgör en betydande volym. Arbetet med bedömning av materialets relevans och kvalitet var följdaktligen arbetskrävande. Det principiella tillvägagångssättet i sökning av undersökningsmaterial och sammanställning med analys och kritisk

granskning av detsamma kan vara tillämpligt även för andra skadeområden. Följande är hämtat ur den studien.

För att inkluderas i en initial bedömning måste den presenterade studien uppfylla följande förutsättningar:

- Studietypen måste vara antingen en interventionsstudie, en prospektiv kohortstudie, en fall/kontroll studie, en retrospektiv kohortstudie eller en tvärsnittsstudie
- Studien måste omfatta en befolkningsgrupp eller en grupp av yrkesverksamma. Studien måste inkludera åtminstone en specificerad typ av exponering under arbete.
- Studien måste klargöra ett utfall i form av besvär eller symptom från den aktuella kroppsdel.

### *Evidensgradering*

För att bedöma graden av vetenskaplig evidens, bevis, för eller emot ett undersökt samband användes följande skala:

- Starka evidens:  
Överensstämmande fynd i flera högkvalitativa kohort- och eller fall/kontrollstudier
- Måttligt starka evidens:  
Överensstämmande fynd i multipla kohort- och/eller fall/kontrollstudier varav åtminstone en studie är av hög kvalitet
- Begränsad evidens:  
Fynd i en kohortstudie eller en fall/kontrollstudie eller överensstämmande fynd i flera tvärsnittsstudier av vilka åtminstone en är av hög kvalitet
- Otillräcklig evidens:  
Det vetenskapliga underlaget tillåter inte en adekvat bedömning.

### *Kvalitetsbedömning*

För att bedöma den vetenskapliga kvaliteten i de utvalda artiklarna upprättades ett speciellt bedömningsprotokoll. Protokollet baserades på förebilder nationellt och internationellt men även på författarnas egna erfarenheter. I protokollet värderades följande faktorer:

- Studiedesign
- Exponeringsbedömning
- Studiestorlek
- Kontrollgrupp
- Primärt bortfall
- Sekundärt bortfall
- Uppföljningstid
- Utfall
- Confounders
- Selektion
- Generaliserbarhet
- Statistisk bearbetning

### *Reviewförfarande*

Samtliga genomgångar har varit utsatta för en vetenskaplig sakkunnig granskning en s.k. review process. Två internationellt framstående experter inom respektive medicinska områden har vetenskapligt granskat och kritiserat varje kapitel. Granskningen har i flera fall följts av diskussioner mellan granskaren och respektive författare.

## **2.4 Exempel på kunskapsbanker**

### *Cochrane Collaboration*

Det globala nätverket Cochrane Collaboration har existerat i drygt 10 år.

Översikter producerade av Cochrane Collaboration koncentreras starkt till frågan om interventionseffekter. Produktionen av systematiska kunskapsöversikter eller meta-analyser utförs av s.k. review groups, dvs. arbetsgrupper som i sin tur ofta består av globalt spridda sakkunniga, som åtagit sig att producera och kontinuerligt uppdatera översikter enligt Cochrane's principer för

granskning och bedömning inom "sina" delar av kunskapsområdet. De principer som tillämpas inom Cochrane Collaboration överensstämmer i hög grad med de principer för granskning och bedömning som tillämpas av SBU och som redovisats ovan. Principerna tjänar som riktlinjer och de behöver anpassas till de specifika frågeställningar som utvärderas i respektive projekt. Väsentligt för trovärdigheten i granskningsprocessen är dels att två eventuellt fler projektmedlemmar granskar och bedömer samma artikel, dels att använda principer för granskning och bedömning anges tydligt.

Det omfattande arbetet koordineras av centrala styrgrupper och ett centralt sekretariat. Viktiga gemensamma stödfunktioner ligger i utvecklingen av gemensamma riktlinjer för produktionen av översikter, av gemensamt utvecklingsarbete kring dessa principer och utveckling och upprätthållande av ett flertal databaser som stöder denna produktionsprocess, granskning av produkterna inför publicering samt kunskapsspridning i olika former.

Godkända översikter publiceras i the Cochrane Library. Hittills finns över tusen Cochrane-översikter publicerade och mer än 800 översikter är under produktion eller har i alla fall registrerat s.k. protokoll för inom vilka områden och hur de avser att arbeta fram en systematisk översikt.

### *Campbell Collaboration*

Campbell Collaboration konstituerades år 2000 med Cochrane Collaboration som den direkta förebilden.

Liksom Cochrane Collaboration koncentrerar Campbell Collaboration sitt översiktsarbete på frågan om interventions-effekter. Nätverket har emellertid ambitionen att täcka ett bredare välfärdstjänsteområde, sett från svenskt perspektiv hela välfärdstjänstesektorn utom hälso- och sjukvården. En viss uppdelning skedde initialt genom att tre internationella styrgrupper bildades; för utbildning, kriminalvård samt social välfärd/socialt arbete.

Nätverket bygger för närvarande också upp en organisation enligt Cochranes modell för att på samma sätt utveckla en Campbell-standard för systematiska översikter inom Campbells verksamhetsområden, stödja bildandet av de review-grupper som producerar dem, härbärgera olika databaser, stödja etablerandet av regionala stödcentra, Campbell Collaboration Centre, osv. Ett Campbell Collaboration Centre kommer nu att byggas upp i

Köpenhamn, huvudsakligen med finansiellt stöd av det danska Socialministeriet.

Verksamheten är ännu i sin linda. Först nu finns ett förslag till Campbell-standard för vilka krav som skall uppfyllas av nätverkets godkända systematiska översikter och därför existerar ännu inget Campbell-bibliotek med systematiska översikter. Produktion av översikter pågår dock och flera sådana kommer att kunna publiceras när riktlinjerna är klara.

## 2.5 Övriga metoder

Ett annat sätt att arbeta är att använda sig av konsensusprocesser. Det är här inte fråga om någon standardmetod för framställning av konsensusdokument men en väl beprövad arbetsmetod.

Metoden är användbar på områden eller frågeställningar där vetenskaplig dokumentation är svag eller t.o.m. obefintlig och där det finns ett behov av en samrådsprocess i syfte att få fram bästa möjliga praktiska kunskap från dem som har sådan.

Tillvägagångssätten kan variera. Man kan anlita ett antal vetenskapliga experter som ger en översikt av kunskaperna som sedan sakkunniggranskas av ett antal utvalda sakkunniga. Ett annat sätt är att låta en eller flera yrkesgrupper ta till sig frågeställningen och genom en bred arbetsprocess med omfattande engagemang av praktiker komma fram till ett gemensamt ställningstagande.

Det kan också vara aktuellt att anlita experter från flera olika kunskapsdicipliner. I sådana fall blir det fråga om en konsensus med större bredd. I sådana tvärdisciplinära processer är det också nödvändigt att samlas kring en gemensam uppfattning om vad man menar med bevisning eller befast erfarenhet.

## 3 Vilka aktörer finns?

### 3.1 Inledande förutsättningar

Av utredningsdirektiven framgår att utredaren ska belysa hur de nya verksamheter som ska föreslås byggas upp ska kunna inordnas under något redan befintligt organ. Jag återkommer med mina förslag i den delen i avsnitt 6. Av utredningsdirektiven framgår att erfarenheter från den verksamhet som bedrivs av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) respektive Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) särskilt ska tas tillvara i utredningsarbetet. Det gäller i första hand den verksamhet som ska byggas upp för att sammanställa kunskap om metoder inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Jag har tillsammans med mina experter och sakkunniga diskuterat vilka övriga aktörer som skulle kunna komma ifråga för att vara möjliga "värdar" till de nya verksamheter som ska byggas upp. Jag har valt att begränsa mig till myndigheter eller organ som är verksamma inom områden som berör arbetsmiljö, folkhälsa, rehabilitering, socialt arbete och socialförsäkring. Av intresse är även organ som bedriver forskning eller systematisk informationsspridning inom dessa näraliggande områden. De organisationer som presenteras nedan kan utifrån sin huvuduppgift grovt grupperas i kunskapsgenererande myndigheter, förvaltningsmyndigheter, forskningsinstitutioner och medelsfördelande myndigheter.

### 3.2 Kunskapsgenererande

#### 3.2.1 Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU

SBU är en statlig myndighet som utvärderar sjukvårdens metoder. Målet för verksamheten är att tillhandahålla ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör vilken sjukvård som ska bedrivas. Av

instruktionen framgår att SBU ska medverka till ett rationellt utnyttjande av givna resurser inom hälso- och sjukvården. Beredningens arbete ska vara inriktat på utvärdering i vid mening. Detta ska ske genom att man för hela landet utvärderar nya och etablerade medicinska metoder ur medicinskt, ekonomiskt, socialt och etiskt perspektiv.

SBU ska vidare med hjälp av externa experter ta fram underlag i form av kunskapsöversikter och synteser över befintligt vetenskapligt material. Informationen om uppnådda resultat ska spridas för beslut på central, lokal och medicinsk professionell nivå och därigenom främja en god och effektiv vård i hela landet. SBU ska tillvarata nationella och internationella erfarenheter och resultat samt vara en kontaktpunkt när det gäller utvärdering av medicinsk metodik.

De utvärderingar som tas fram ska sammanställas på ett enkelt och lättfattligt sätt som gör det möjligt för sjukvårdshuvudmännen och andra berörda att tillägna sig den kunskap som vunnits. Det ska vidare dokumenteras hur kunskapsöversikterna har använts och vilka resultat som nåtts.

SBU:s styrelse tillsätts av regeringen och i styrelsen finns företrädare för centrala organisationer såsom exempelvis Svenska Läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund, Forskningsrådsnämnderna, Socialstyrelsen, Vårdförbundet, Landstingsförbundet och Kommunförbundet.

Till styrelsen finns ett expertråd knutet som har en rådgivande funktion i förhållande till styrelsen. Expertrådet representerar olika kunskapsområden inom hälso- och sjukvården. Styrelsen och expertrådet väljer ämnen för SBU:s rapporter och deltar aktivt i projektarbetet. De står dessutom alltid bakom SBU:s slutsatser och rekommendationer.

SBU:s kansli ligger i centrala Stockholm och har ett 30-tal anställda. Dessutom engageras cirka 300 experter och forskare i olika SBU-projekt. SBU:s styrelse utser ordförande för varje enskilt projekt.

Ett utvärderingsprojekt inom ramen för SBU:s verksamhet inleds ofta med en förstudie, som bland annat klagör vilket vetenskapligt underlag som finns. Styrelsen och expertgruppen beslutar därefter om ett projekt skall påbörjas. För varje nytt projekt bildas en arbetsgrupp som består av 5–20 personer. Dessa får inledningsvis genomgå en utbildning i systematisk litteratursökning och kritisk analys av vetenskaplig litteratur. Därefter fastställs hur pro-

jektet ska avgränsas och granskningen av den insamlade litteraturen påbörjas.

En kunskapssammanställning tar cirka två år att genomföra och innehåller även uppgifter om problemets förekomst, rådande praxis i Sverige samt ekonomiska, sociala och etiska aspekter. En annan mycket viktig del är kostnads- och effektivitetsberäkningar för olika medicinska metoder. Manuskriptet bedöms sedan av utomstående granskare innan styrelsen och expertgruppen formulerar de slutsatser och rekommendationer som kan dras av kunskapsunderlaget.

Det färdiga manuset genomgår en mycket omfattande språkgranskning och redigering innan materialet publiceras i form av en SBU-rapport. Rapporten och slutsatserna sprids sedan inom sjukvården till läkare, sjuksköterskor, sjukvårdsadministratörer, sjukvårdspolitiker och andra berörda.

SBU:s informatörsverksamhet utgörs av ett nätverk av informanter ute i landet och en mindre sammanhållande projektgrupp vid SBU. Målen för verksamheten är bl.a. att öka kännedomen om SBU och att sprida och implementera SBU:s rapporter för att påverka vårdpraxis inom region och landstingsvård. Som informanter arbetar läkare, sjukvårdsadministratörer och annan vårdpersonal med särskilt intresse för att sprida kunskap om vård på vetenskaplig grund och att utifrån SBU:s rapporter påverka vårdpraxis inom region- och landstingsvård.

### 3.2.2 Centrum för utvärdering av socialt arbete, CUS

Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) vid Socialstyrelsen har som uppdrag att skapa, sammanställa och sprida kunskaper om det sociala arbetets värde för klienterna och för samhället. CUS verkar för en utveckling av empiriskt baserad kunskap inom socialt arbete, samt ökad kunskap om vad socialtjänsten uppnår med sina insatser, framförallt ur klienternas och brukarnas perspektiv. Arbetsfältet omfattar i första hand verksamheten inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg.

Centret, som startade 1993, är en forskningsenhet placerad inom Socialstyrelsen. CUS har en egen styrelse med ansvar för verksamhetens inriktning och publikationer i CUS namn. Enheten har 15 anställda. För närvarande pågår en diskussion om den fortsatta verksamhetens inriktning och organisation.



CUS verksamhet är indelad i fem program

### *Programmet för missbrukarvård*

Uppgiften inom programmet är att bidra till utvecklingen av en välgrundad och professionell kunskapsbas för socialt arbete inom området. Inom missbrukarvården kan detta jämföras med den medicinska professionens utgångspunkt i "vetenskap och beprövad erfarenhet", eller som man ibland uttrycker det; i evidensbaserad kunskap.

### *Programmet för barn- och ungdomsvård*

CUS uppdrag på programområdet är att på vetenskaplig grund utvärdera socialt arbete med barn och ungdomar, dvs. insatser avsedda att förändra utsatta barns och ungdomars psykosociala situation.

Uppskattningsvis blir drygt 5 procent av svenska barn och ungdomar någon gång under uppväxten föremål för sådana insatser, riktade mot en enskild familj eller person.

Inom programmet bedrivs arbetet i ett antal projekt. Exempel på områden som för närvarande är aktuella är familjehemsvård och institutionsvård för tonåringar.

### *Programmet för ekonomiskt bistånd (försörjningsstöd)*

Det övergripande syftet med programmet är att bidra till en saklig underbyggd utveckling av det sociala arbetet med försörjningsstöd. Försörjningsstöd utgör en stor del av kommunernas kostnad för individ- och familjeomsorg och en stor del av landets socialarbetare arbetar med handläggningen av ekonomiskt bistånd.

### *Programmet för etnicitet, migration och socialt arbete*

Socialvetenskapliga forskningsrådets genomgång av svensk migrations- och etnicitetsforskning visar att forskning om socialt arbete med invandrarklienter är ett ytterst försummat kunskapsområde. I Sverige finns ett antal etablerade centrumbildningar och forskar-

grupper, men det har länge saknats en samlad och kontinuerlig forskningssatsning om etnicitetsfrågor i socialt arbete.

### *Programmet för utvärderingens teori och praktik*

Programmets mål är att främja utvärderingen inom området socialtjänst. Detta sker bl.a. genom att utveckla utvärderingsmodeller för noggrann bedömning av det sociala arbetets verksamhet och resultat.

### *Övrigt*

CUS ansvarar för att samordna uppbyggnaden av forskar- och praktikernätverket Campbell Collaboration i Norden. Se även avsnitt 1.

CUS ger ut så kallade kunskapsöversikter, som sammanfattar kunskapen inom olika delar av CUS forskningsfält. Dessa kunskapsöversikter har utarbetats av såväl personal vid CUS som externa forskare på uppdrag av CUS. CUS utarbetar även forskningsrapporter. De innehåller empiriska studier av socialt arbete och dess värde ur klientsynpunkt, material om olika utvärderingsmetoder samt underlag för uppläggning och genomförande av utvärderingsarbete.

I CUS särtrycksserie publiceras artiklar om socialt arbete vilka har skrivits av medarbetare vid CUS kansli, externa uppdragstagare samt artiklar som producerats med stöd från CUS.

### **3.2.3 Arbetslivsinstitutet, ALI**

Arbetslivsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum för arbetslivsfrågor. På uppdrag av Regeringen bedriver institutet forskning, utbildning och utveckling kring hela arbetslivet. Institutet är en statlig myndighet.

Arbetslivsinstitutet har i enlighet med sin instruktion till uppgift att bl.a. bedriva och främja forskning och utbildning samt utvecklingsprojekt som rör arbetsliv, arbetsmiljö och relationerna på arbetsmarknaden.

Institutet ska samverka med andra myndigheter, vetenskapliga institutioner, universitet och högskolor inom och utom landet.

Institutet ska även ge Arbetsmiljöverket råd och underlag för dess föreskrifts- och tillsynsarbete samt informera Arbetsmiljöverket om planerad forskning.

Arbetslivsinstitutet har enheter i Göteborg, Malmö, Norrköping, Solna, Stockholm, Umeå och Östersund. Institutet samarbetar bl.a. med arbetsmarknadens parter, näringsliv, universitet, högskolor och internationella intressenter.

Arbetslivsinstitutet bedriver forskning och utveckling inom tre huvudområden; arbetsmarknad, arbetsorganisation och arbetsmiljö. Forskningen är mångvetenskaplig och utgår från problem och utvecklingstendenser i arbetslivet. Verksamheten bedrivs i programform.

Inriktningen för programmen är att de ska vara tidsbegränsade och tematiska. I programmen planeras och bedrivs målgrupps- och verksamhetsanpassad kunskapsförmedling. Varje program har att verka för att få till stånd en gynnsam utveckling och ett praktiskt genomslag av den kunskap som tas fram. Programmen ska utgå från de relevanta och konkreta arbetslivsproblem som bör beforskas. Programmen ska så långt möjligt vara mångdisciplinärt inriktade och inrymma kompetenser hämtade från hela arbetslivsområdet.

Arbetslivsinstitutet svarar också för utbildning av företagshälsovårdens personal.

En viktig del i verksamheten är kommunikation och kunskaps-spridning.

En av Arbetslivsinstitutets prioriterade uppgifter är att nå ut med sin kunskap också utanför forskarsamhället. Institutets forskning presenteras kortfattat i nyhetsbrevet Perspektiv på arbetslivet. Mer omfattande information finns i de vetenskapliga och populärvetenskapliga skrifter som ges ut av institutet.

Arbetslivsinstitutets bibliotek i Solna är nationellt ansvarsbibliotek för arbetsliv och arbetsmiljö. I bibliotekets databas Arblin finns forskningen samlad från 1980 och framåt. Databasen finns tillgänglig via Internet. Arbetslivsinstitutet ger tillsammans med Arbetsmiljöverket ut tidskriften Arbetsmarknad & Arbetsliv. Skriften handlar om aktuell forskning och debatt inom arbetslivets och arbetsmarknadens område.

Arbete och Hälsa är en av Arbetslivsinstitutets vetenskapliga skriftserier. Serien innehåller arbeten av såväl institutets egna medarbetare som andra forskare inom och utom landet. I Arbete

och Hälsa publiceras vetenskapliga originalarbeten, doktorsavhandlingar kriteriedokument och litteraturöversikter.

Arbetslivsinstitutet har i samarbete med AFA tagit fram ett antal kunskapsöversikter avseende skadlig inverkan. Ett exempel är rapporten "Arbete och besvär i rörelseorganen" (Arbete och Hälsa 2001:12) är en omfattande genomgång av tillgängligt material i den vetenskapliga litteraturen i frågor som gäller vetenskaplig bevisning av samband mellan arbetsbelastningar av olika slag och sjukdomar och besvär i kroppens led och rörelseapparaten. Ett annat exempel är den nyligen utgivna skriften "Arbetssjukdom – Skadlig inverkan – Samband med arbete" (Arbete och Hälsa 2002:15) som är en sammanställning av vetenskapligt underlag för försäkringsmedicinska bedömningar på skadeområdena:

- nervsystemets sjukdomar
- lung- och lungsäckssjukdomar
- cancersjukdomar
- hjärt- och kärlsjukdomar
- hudsjukdomar
- hörselskador
- vibrationer (hand och arm).

### 3.2.4 Statens folkhälsoinstitut

Enligt riksdagsbeslut blev Folkhälsoinstitutet den 1 juli 2001 Statens folkhälsoinstitut. Samtidigt övertog institutet Alkoholinspektionens uppgifter. Statens folkhälsoinstitut har till huvuduppgift att förbättra folkhälsan. Särskild vikt ska fästas vid insatser för de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna. Verksamheten ska stå på vetenskaplig grund.

Statens folkhälsoinstitut ska bl.a. ansvara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet, vara nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på området ansvara för övergripande tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdena.

Statens folkhälsoinstitut ska vidare bl.a. analysera utvecklingen av folkhälsan med utgångspunkt i de faktorer som påverkar denna, förse regeringen med information och med underlag för beslut, ställa samman och till kommuner och landsting sprida forskningsresultat om metoder och strategier inom folkhälsoområdet, samarbeta med myndigheter som har uppgifter inom institutets

ansvarsområden följa och aktivt medverka i det internationella folkhälsoarbetet.

### **3.3 Förvaltningsmyndigheter**

#### **3.3.1 Arbetsmiljöverket**

Arbetsmiljöverket (AV) bildades den 1 januari 2001 när Arbetarskyddsstyrelsen och Yrkesinspektionens tio distrikt slogs samman till en myndighet. AV består av ett huvudkontor och Arbetsmiljöinspektionen (AI), som är indelad i tio distrikt.

AV:s övergripande mål är att minska riskerna för ohälsa och olycksfall i arbetslivet. Arbetsmiljön skall förbättras ur ett helhetsperspektiv, det vill säga från såväl fysisk, psykisk som social och arbetsorganisatorisk synpunkt. Uppgiften är att se till att arbetsmiljölagen efterlevs, liksom arbetstidslagen.

AI gör inspektioner på arbetsställena och kontrollerar att arbetsgivarna följer arbetsmiljölagen och föreskrifter om arbetsmiljön. Om bestämmelserna överträds kan verket utfärda förelägganden, eventuellt med vite, eller förbjuda arbetet. Vid överträdelse av straffbelagda föreskrifter kan verket göra polisanmälan. AV:s beslut kan överklagas till regeringen, utom i vissa fall som överklagas till länsrätt.

Det finns en rad föreskrifter om arbetsmiljölagens tillämpning.

AV bedriver en omfattande information för att öka kunskapen om lagstiftning inom arbetsmiljöområdet.

#### **3.3.2 Riksförsäkringsverket**

Riksförsäkringsverket (RFV) är en central förvaltningsmyndighet för socialförsäkringen och anslutande bidragssystem. RFV ska bl.a. utöva tillsyn över de allmänna försäkringskassorna, verka för likformighet och rättvisa i tillämpningen av socialförsäkringen samt arbeta för att åtgärder vidtas för att förebygga och minska ohälsa i syfte att minska de långa sjukperioderna. RFV meddelar, inom ramen för sin normeringskompetens, föreskrifter och utfärdar också allmänna råd. RFV ansvarar även för ekonomistyrningen av försäkringskassorna och ansvarar för IT-systemen som används inom administrationen. Handläggningen av socialförsäkringen sker hos de allmänna försäkringskassorna, en i varje län. RFV ansvarar

för statistik över socialförsäkringen och följer utvecklingen samt utvärderar effekterna av socialförsäkringen för individ och samhälle. RFV stöder även forskning inom socialförsäkringsområdet.

### 3.4 Medelsfördelande myndigheter

#### 3.4.1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap har till uppgift att främja och stödja grundforskning och behovsstyrd forskning inom arbetslivsområdet, socialvetenskap och folkhälsovetenskap. Forskningsrådet ska bl.a. fördela medel till forskning och därmed sammanhängande verksamhet, utvärdera den forskning till vilken rådet har fördelat medel och därvid särskilt bedöma kvaliteten och betydelsen för samhället, utreda vilka forskningsbehov som är angelägna inom rådets verksamhetsområde, redovisa resultaten av dessa utredningar samt ta initiativ till och främja den forskning som behövs för att tillgodose sådana behov, främja kunskapsuppbyggnad i frågor om arbetsliv samt öka kunskapen om och förståelsen för sociala förhållanden och processer, ansvara för information om forskning och forskningsresultat.

Arbetsmarknaden är ett brett forskningsområde som omfattar arbetsmarknadens funktionssätt, lönebildning och strukturell förändring. Viss forskning berör t.ex. arbetsrättslig reglering, parter och avtal. Forskning inom arbetsmarknadsområdet handlar också om arbetslöshet, arbetsförmåga och arbetsmarknadspolitiska åtgärder, som arbetslivsinriktad rehabilitering, samt olika vägar för inträde och utträde på arbetsmarknaden.

Ett annat forskningsområde belyser betydelsen av arbetets utformning och organisation, av arbetsbelastning, omorganisation, bemanning m.m. Andra centrala områden är kompetens, lärande och ledarskap samt hur förändringar av teknik, arbetsvillkor och produktionsorganisation påverkar de berörda individerna. Könsrelationer, maktförhållanden och sociala hierarkier på arbetsplatsen är områden som studeras liksom mångfald, diskriminering och utestängning.

Forskning om arbete och hälsa omfattar forskning om hälsorisker i arbetslivet orsakade av kemiska, fysikaliska och psykosociala faktorer, hur dessa risker påverkar människor och bidrar till uppkomsten av bland annat allergier, astma och cancer, hjärt-

kärlsjukdomar, belastningsskador samt vibrations- och hörselskador.

Forskning inom folkhälsoområdet omfattar bl.a. levnadsvanor, miljöns, samhällsförhållandenas och vårdssystemets betydelse för befolkningens hälsa, såväl fysisk som psykisk, liksom även hälso- och sjukvårdens effektivitet. Dessutom ingår psykosociala faktorerens betydelse för hälsoproblem samt samspelet mellan riskbenägenhet, livsstilar och ohälsa.

Studier av ojämlikhet i hälsa avseende t.ex. klass, kön, etnicitet, ålder och utbildning är också en del av forskningen om folkhälsa. Hälsoproblem under barndomen liksom åldrandeprocessen och åldrandets sjukdomar är ytterligare exempel inom området. Vidare ingår studier av bruk och missbruk av alkohol och andra droger och studier av prevention i olika sammanhang.

Forskning om välfärd ägnar stor uppmärksamhet åt mål, institutioner, lagstiftning och effekter inom välfärdssystemets skilda delar. Levnadsnivå och inkomstfördelning är viktiga områden, liksom demografi och studier av familje- och uppväxtvillkor. Av särskilt intresse är trygghetssystemets betydelse för människors villkor och utveckling.

Till forskningen om välfärd räknas även studier av internationell migration och etniska relationer innefattande invandring, återvandring och relationer mellan skilda etniska grupper. Inom området faller också studiet av särskilda grupper, som barn och äldre, välfärd och levnadsvillkor.

Forskning om omsorg och sociala relationer handlar bl.a. om anhörigvårdens villkor och om mötet mellan medborgarna och företrädare för olika institutioner inom t.ex. individ- och familjeomsorg, äldreomsorg och barnomsorg. Sociala relationer mellan människor i familjen och dess omgivning är föremål för studium.

I området ingår även forskning inom utvecklingspsykologi och om identitetsutveckling, om mobbning, våld och övergrepp, samlevnad och sexualitet. Hit förs även forskning om handikapp och funktionshinder och om funktionshindrades villkor i samhället.

### 3.4.2 Vetenskapsrådet

Vetenskapsrådet är en statlig myndighet som inledde sin verksamhet den 1 januari 2001. Vetenskapsrådet har ett nationellt ansvar

för att utveckla svensk grundforskning vilket i huvudsak sker genom att bevilja ekonomiskt stöd till forskningsprojekt.

Ämnesrådet för medicin ansvarar inom Vetenskapsrådet för att bl.a. fördela medel till den medicinska forskningen och bedöma dess kvalitet och betydelse.

### **3.5 Forskningsinstitutioner**

#### **3.5.1 Karolinska institutet**

Karolinska Institutet (KI) är ett av Europas största medicinska universitet. Det är också Sveriges största centrum för medicinsk utbildning och forskning. Institutets verksamhetsidé är att genom forskning, utbildning och information medverka till att förbättra människors hälsa.

Inom det medicinska området erbjuder Karolinska Institutet nitton olika utbildningsprogram samt en mängd olika vidareutbildningar och fristående kurser. Forskarutbildningen erbjuder studenter och doktorander möjlighet att delta i kvalificerad forskning under handledning av etablerade forskare.

Karolinska Institutet står för 40 procent av all medicinsk forskning vid universitet och högskolor i Sverige. Forskningen spänner över ett brett fält: från grundläggande forskning i molekylärbiologi till folkhälsovetenskap och omvårdnadsforskning. Internationellt och nationellt samverkar Karolinska Institutet med såväl hälso- och sjukvård som näringsliv, universitet och högskolor.

Att nå ut med forskningsresultat och information om universitetets verksamhet är viktigt. Nya forskningsrön får spridning genom vetenskapliga artiklar och seminarier, populärvetenskapliga tidskrifter och utställningar riktade till allmänhet och skolor. Karolinska Institutets Bibliotek är Sveriges största medicinska bibliotek och nationellt ansvarsbibliotek för medicin, odontologi, omvårdnad och hälso- och sjukvård.

#### **3.5.2 Institutionen för Hälsa och samhälle**

Institutionen för Hälsa och Samhälle (IHS) bildades den 1 januari 2002 vid Linköpings universitet. De avdelningar som ingår i institutionen är Allmänmedicin, Centrum för Folkhälsovetenskap, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Rikscentrum för



arbetslivsinriktad rehabilitering, Sjukgymnastik, Socialmedicin och folkhälsovetenskap, Tema hälsa och samhälle.

### *Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering*

Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering (RAR) är ett tvärprofessionellt forum för forskning, utveckling av metoder för arbetslivsinriktad rehabilitering, utvärdering och för kunskaps-spridning inom området. Verksamheten startade i oktober 1998. Den forskning som bedrivs berör arbete och hälsa i olika sammanhang. Ett område har arbetsorganisationen i fokus, ett annat rör samband mellan arbetsorganisation, stress, hälsa och biologiska stressmarkörer, och ett tredje utgörs av interventionsstudier där man undersöker resultaten av åtgärder på organisationsnivå och individnivå.

### *Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi*

Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT) inrättades 1984 vid Linköpings universitet. CMT finns idag vid institutionen för Hälsa och Samhälle (IHS). CMT är en forskningsorganisation med syfte att bedriva metodutveckling, kunskapsspridning och utvärderingar av metoder och procedurer inom hälso- och sjukvård med avseende på medicinska, sociala, ekonomiska och etiska konsekvenser.

## 4 Inrättande och uppbyggnad av en kunskapsbank

### **Mina förslag:**

Jag föreslår att en kunskapsbank inrättas där kunskap om arbetsmiljöfaktorers eventuella skadlighet samlas, sammanställs och publiceras.

Jag föreslår att innehållet i kunskapsbanken ska utgöras av vetenskapligt underbyggd kunskap om hur sannolikt det är att arbetsmiljöförhållanden kan ge upphov till olika typer av sjukdomsbesvär och att kunskapen ska redovisas i form av systematiska kunskapsöversikter.

Jag föreslår att uppbyggnaden av en kunskapsbank för arbetsskadeförsäkringen till sin struktur bör utgå från i första hand diagnosområden.

Jag föreslår att kunskapsbanken byggs upp med en första grund i de kunskapsredovisningar som finns sammanställda och publicerade idag samtidigt som nya projekt ska starta inom områden där kunskap saknas.

### 4.1 Inledande förutsättningar

Av utredningsdirektiven framgår att utredaren ska lämna förslag till hur en kunskapsbank för frågor om samband mellan arbetsmiljö och sjukdom kan byggas upp och organiseras. Det framgår vidare av direktiven att kunskapsbanken ska omfatta aktuella sammanställningar av vad forskare och experter är såväl ense som oense om i fråga om arbetsrelaterade skador av svårbedömd karaktär.

Riksförsäkringsverket har i sin rapport Arbetskadeförsäkringen – ändamål och funktion (RFV Anser 2001:3) pekat på behovet av en sådan kunskapsbank. Som skäl för detta anges i rapporten bl.a. att det föreligger olika uppfattningar beträffande skadlighet och orsakssamband inom den medicinska vetenskapen och det är därför

viktigt för en likformig tillämpning att medicinsk enighet så långt det är möjligt kan uppnås.

Regeringen pekar i utredningsdirektiven på att det inom den medicinska forskningen finns olika uppfattningar om skadlighet och orsakssamband och att ett visst mått av oenighet förmodligen alltid kommer att finnas. Det är dock enligt regeringens uppfattning inte acceptabelt att utfallet i försäkringsärenden blir påfallande olika beroende av vilken läkare som lämnat underlag för bedömning i ärendet. Det krävs därmed någon form av gemensam grund för det medicinska ställningstagandet. Regeringen anser att det som ett hjälpmedel vid bedömningar i arbetsskadeärenden behövs sammanställningar av kunskapsläget beträffande sambandet mellan arbetsmiljö och sjukdom och att sådana sammanställningar bör tas fram och sammanföras i en kunskapsbank.

Jag föreslår att en kunskapsbank inrättas där kunskap om arbetsmiljöfaktorers eventuella skadlighet samlas, sammanställs och publiceras. Kunskapsbanken ska ha som sitt primära syfte att fungera som ett hjälpmedel och tillhandahålla underlag för bedömningar i arbetsskadeärenden. Genom att sammanställningar över aktuellt forskningsläge finns tillgängliga och används som ett stöd i utredningar och som underlag för bedömningar ökar förutsättningarna att nå enighet i frågeställningar som är av betydelse för tillämpningen av arbetsskadeförsäkringen. Därmed ökar också förutsättningarna för att uppnå likformighet i tillämpningen av arbetsskadeförsäkringen.

I kunskapsbanken ska relevant kunskap på olika områden finnas samlad och materialet ska underlätta bedömningen av hur sannolikt det är att en faktor i arbetsmiljön kan ge upphov till en viss sjukdom eller skada.

Kunskapsbanken kommer därmed att vara en informations- och kunskapskälla som belyser arbetsrelaterade hälsoproblem och den bör vara tillgänglig för övriga intresserade inom området. Denna typ av kunskapssammanställningar skulle enligt min uppfattning även kunna nyttjas i det förebyggande arbetsmiljöarbetet, av företagshälsovården m.fl.

## 4.2 Kunskapsbankens innehåll

Jag föreslår att kunskapsbanken ska byggas upp på grundval av befintliga forskningsresultat i fråga om olika arbetsmiljöfaktorers

skadebringande egenskaper och vad som därmed eventuellt kan vara att betrakta som skadlig inverkan i arbetet.

Forskningsresultat som underlag för kunskapsbankens sammanställningar kan även hämtas ifrån länder utanför Sverige. Begreppet arbetsskada avgränsas dock på olika sätt i ersättningssystemen i olika länder. Gemensamt för alla arbetsskadeförsäkringar är att skador till följd av olycksfall i arbetet täcks av försäkringsskydd. Vad som ryms inom begreppet "olycksfall" varierar dock och det finns olika sätt att avgränsa vad som ska anses ha hänt "i arbetet". De största skillnaderna mellan arbetsskadeförsäkringar i olika länder är dock hur begreppet arbetssjukdom avgränsas. Innehållet i kunskapsbanken måste därför alltid struktureras och presenteras med utgångspunkt i den försäkringskonstruktion och den lagstiftning som gäller på området i Sverige.

Genom lagen om arbetsskadeförsäkring fick försäkringsskyddet i Sverige vid arbetsskada en generell utformning. Med arbetsskada avses enligt lagen om arbetsskadeförsäkring, förutom skada till följd av olycksfall, även skada till följd av annan skadlig inverkan i arbetet. Begreppet "annan skadlig inverkan" avser att fånga in alla typer av hälsostörningar som har sitt ursprung i arbetet eller arbetsmiljön, och är därmed centralt vid bedömningar av arbetsjukdomar. Grundläggande är att som annan skadlig inverkan godtas i princip varje i arbetsmiljön förekommande faktor som kan påverka den fysiska eller psykiska hälsan ogynnsamt.

För att en faktor i arbetet ska kunna bedömas vara skadlig måste det finnas en viss kunskap om dess skadebringande effekt. Var kravet på kunskapsnivån ska läggas är en politiskt/juridisk fråga. När lagen infördes år 1977 kom man i praxis att kräva att den skadebringande effekten hos en arbetsmiljöfaktor skulle vara sådan att den sannolikt kunde ge upphov till skada. År 1993 stramades regeln om annan skadlig inverkan upp. Kravet blev då att faktorn "*med hög grad av sannolikhet kan ge upphov till en sådan skada som den försäkrade har.*"

Den 1 juli 2002 infördes nya regler för bedömning av anmälda arbetsskador. Till skillnad från vad som gällt tidigare ska man vid skador som inträffat efter den 30 juni 2002 göra en sammanhållen helhetsbedömning av om arbetsskada föreligger. Samtidigt har beviskraven i arbetsskadeförsäkringen mildrats. Aktuell paragraf (2 kap.1 § första stycket i lagen om arbetsskadeförsäkring) har följande lydelse:

Med arbetsskada förstås i denna lag skada till följd av olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet. En skada skall anses ha uppkommit av sådan orsak, om övervägande skäl talar för det.

Den nya lagregeln innebär att det finns ett enhetligt beviskrav för hela arbetsskadeprövningen. För att en skada över huvud taget skall kunna anses ha uppkommit till följd arbetet måste det framstå som sannolikt att så är fallet. Beviskravet ”*övervägande skäl*” innebär att om det i ett ärende finns skäl som talar såväl för som emot att en skada har uppkommit till följd av skadlig inverkan så måste det för ett godkännande framstå som mer sannolikt att skadan har uppkommit till följd av denna skadliga inverkan.

En utgångspunkt för en prövning som avser en anmäld arbets sjukdom är givetvis frågan om det i den försäkrades arbetsmiljö funnits någon faktor som kunnat ge upphov till en sådan skada han eller hon har. Detta synsätt kommer till uttryck på följande sätt i Socialförsäkringsutskottets betänkande 2001/02:SfU10, Vissa arbetsskadefrågor.

Enligt utskottets mening torde förslaget innebära att man som hittills först måste ta ställning i olika delfrågor, t.ex. om en faktor i arbetsmiljön som påstås ha förorsakat skadan i sig kan ge upphov till en sådan skada, omfattningen av den skadades exponering för faktorn i fråga liksom om det finns andra tänkbara orsaker till skadans uppkomst.

Det krav på kunskap om att en faktor (eller kombination av faktorer) har en sådan egenskap att övervägande skäl talar för att den kan orsaka en viss typ av skada har av regeringen beskrivit på följande sätt i propositionen (prop.2001/02:81):

Det skall som nämnts finnas en vetenskapligt förankrad medicinsk grund för bedömningen om skadlighet i arbetet. Det bör dock inte krävas ”full vetenskaplig bevisning” för att så är fallet. Syftet med lättnaden i beviskraven är att även skador som på goda medicinska grunder kan antas ha sitt ursprung i faktorer i arbetsmiljön skall kunna omfattas av arbetsskedeförsäkringen. Resultat eller rön från omstridda eller allmänt ifrågasatta medicinska studier kan normalt inte anses med tillräcklig styrka visa att en arbetsmiljöfaktor är skadlig i arbetsskedeförsäkringens mening. En väl utbredd uppfattning bland läkare som har relevanta specialistkunskaper bör däremot kunna läggas till grund för att sådan skadlighet föreligger, även om det inte finns fullständig enighet inom läkarkåren som helhet.

Innehållet i kunskapsbanken ska enligt min uppfattning utgöras av vetenskapligt underbyggd kunskap om hur sannolikt det är att arbetsmiljöförhållanden kan ge upphov till olika typer av sjukdomsbesvär. Kunskapen bör redovisas i form av systematiska kunskapsöversikter för specifikt definierade och avgränsade sjukdoms- eller diagnosgrupper. En sådan kunskapsöversikt avses kunna presentera den samlade kunskapen och erfarenheten för det speciella området på ett så långt möjligt kvalitetssäkrat och opartiskt sätt.

De krav som ställs på det sätt på vilket man tar fram en systematisk kunskapsöversikt och frågan om vilka kvalitetskrav som ska ställas på det underlag som ligger till grund för en kunskapsöversikt behandlas i avsnitt 2 respektive 6.

Under lång tid framöver kommer tillämparna att ha att bedöma ansökningar om ersättning enligt två skilda lagstiftningar dels för skador som inträffat före den 1 juli 2002, dels för skador som inträffat efter den 30 juni 2002. En kunskapsbank som byggs upp med redovisningar av kunskapsläget när det gäller arbetsmiljöfaktorer skadebringande effekter kommer att kunna tillgodose behovet av beslutsunderlag, oavsett vilka beviskrav som ska tillämpas i ett enskilt ärende.

Det är även i övrigt viktigt att man vid sammanställning av forskningsresultat tar hänsyn till arbetsskadelagstiftningens uppbyggnad, och då även principen att man är försäkrad som man är ("befintligt skick"). Det är enligt min uppfattning inte alltid tillräckligt att man anger vad som med varierande grad av sannolikhet kan anses orsaka skada i ett normalfall. I de fall risk för skada kan vara beroende av individuella svagheter av fysisk eller psykisk natur bör detta i möjligaste mån redovisas. I de fall det föreligger varierande risk för kvinnor och män att drabbas av skada eller sjukdom till följd av en arbetsmiljöfaktor ska detta särskilt uppmärksammas.

Om det i en försäkrads arbetsmiljö funnits en faktor som med tillräcklig grad av sannolikhet kunnat ge upphov till en sådan skada som han eller hon har ska tillämparen vid bedömningen även granska de konkurrerande skadorsaker som eventuellt kan finnas. Ofta är de konkurrerande skadeorsakerna av rent individuell karaktär, men en kunskapsbank bör även kunna innehålla redovisningar av vilken betydelse generella konkurrerande orsaker bör tillmätas vid en sambandsbedömning. Jag tänker i detta sammanhang bl.a. på vilken betydelse åldrandet kan ha för att en arbetsoförmåga uppkommer eller vidmakthålls till följd av skadliga faktorer i arbetet.

De ärenden, främst arbetssjukdomar, som ska bedömas inom ramen för arbetsskadeförsäkringen är av individuell karaktär. Arbetsmiljöfaktorer med skadebringande egenskaper förekommer med varierande intensitet, under varierande tidsperioder och i kombination med andra, i fråga om risken för uppkomst av skada, positivt eller negativt verkande omständigheter. Kunskapssammanställningarna kan därför inte ges formen av tvingande riktlinjer, därtill är de ärenden som ska bedömas alltför olika. Kunskapsbanken kommer att innehålla information om skadlighet som kan sägas vara av generell natur, t.ex. olika ämnens giftighet eller cancerframkallande egenskaper, men för de stora arbetssjukdomsgrupperna, belastningsrelaterade besvär, kommer det inte att vara möjligt att utforma riktlinjer som kan göras direkt styrande för tillämpningen av arbetsskadeförsäkringen. Mot tanken att på grundval av kunskapssammanställningarna utforma tvingande riktlinjer talar även att det ytterst ankommer på de praxisbildande organen att ange ramarna för arbetsskadeförsäkringens omfattning.

En sökning i kunskapsbanken bör dock alltid ingå som en obligatorisk del av utredningen inför ett ställningstagande till om arbetsskada föreligger.

Enligt min uppfattning bör det därför ligga på Riksförsäkringsverket att inom ramen för sitt tillsynsansvar följa upp att relevant innehåll i kunskapsbanken används som underlag i arbetsskadebedömningar.

### 4.3 Uppbyggnad av kunskapsbanken och prioriterade områden

#### *Utgångspunkter*

För att informationen i kunskapsbanken ska betraktas som tillförlitlig och så långt som möjligt accepteras av alla intressenter krävs att långtgående krav på vetenskaplighet beaktas och läggs till grund för de metoder som används vid litteraturgenomgångar och kunskapssammanställningar.

Jag har tidigare (se avsnitt 2) redovisat exempel på huvudmoment som kan känneteckna arbetsmetoderna när det gäller att ta fram systematiska kunskapsöversikter. Enligt min uppfattning kan dessa tjäna som exempel och vara en vägledning i arbetet med att

bygga upp och organisera en kunskapsbank för arbetsskadeförsäkringen.

När det gäller forskningsinsatser i syfte att sammanställa underlag för den kunskapsbank jag föreslår handlar det snarare om en epidemiologisk ansats i syfte att beskriva förhållandet mellan en viss exponering och en viss sjukdomsförekomst. Jag anser därmed att man i det sammanhanget kan diskutera vad som kan anses vara det mest väsentliga för att kunna dra de slutsatser som krävs för att bedöma om tillräcklig grad av sannolikhet för skadebringande egenskap hos en arbetsmiljöfaktor föreligger.

I fråga om studier av skadliga faktorer i förhållande till rörelseorganens sjukdomar vill jag i sammanhanget peka på vissa försvårande omständigheter som gör att kunskapen om förståelsen av skadmekanismerna är långt ifrån fullständig. Jag tänker i detta fall bl.a. på omständigheter som sjukdomarnas och ohälsotillståndens ofta multifaktoriella orsaksbakgrund, osäkerheten om vilka patofysiologiska förlopp (sjukdomsmekanismer) som utlöser effekterna och de metodologiska och praktiska svårigheterna att utföra epidemiologiska undersökningar av kvalitet på området.

De sistnämnda problemen kan gälla varierande beskrivningar av inträffade skadefall och olikheter i användning av diagnostisk nomenklatur, avsaknad av allmänt accepterade diagnostiska kriterier, problemen i avsaknaden av relevanta beskrivningar eller mätningar av exponering, okontrollerade felfaktorer i urval av studerade grupper och i undersökningars design och bristande kontroll av störningsfaktorer och andra orsaker än arbetsfaktorer till den sjukdom eller hälsostörning som det är fråga om.

För att få fram ett relevant studiematerial för bedömning av frågor om samband mellan smärttillstånd i rörelseorganen och arbete eller arbetsfaktorer är det viktigt att organisera en granskningsgrupp av specialister så att det i gruppen ingår eller till den knyts i första hand företrädare för kunskapsområdena arbetsmedicin, arbetspsykologi, ergonomi respektive epidemiologi. Det bör dock observeras att det kan vara förenat med svårighet att definiera det kunskapsområde eller de kunskapsdiscipliner där den vetenskapliga dokumentationen söks. Den kunskap som behövs för försäkringsmässiga bedömningar om arbetsskador utgör härvidlag ingen med lätthet avgränsbar kategori.

Det kan följaktligen vara svårt för en arbetsgrupp att i förväg precisera inom vilka kunskapsområden man finner bästa möjliga underlag för bedömningar av samband mellan arbetsfaktorer och



ohälsa. Därtill kan det även vara försvårande för gruppen om den väljer att avgränsa sitt uppdrag till att gälla granskning av enbart epidemiologiska undersökningar. På skadeområden där det finns gott om relevanta och kompetent genomförda undersökningar av detta slag är problemet mindre. Men om saken gäller skadeområden där studier saknas hänvisas man att ta med även andra slag av undersökningar och annan vetenskaplig dokumentation eller material i sitt beslutsunderlag.

Det är dock min uppfattning att de kriterier som enskilda studier ska bedömas efter, samt de krav som ska ställas för att en studie ska inkluderas i slutskedet, ska fastställas och redovisas i samband med att kunskapssammanställningarna tas fram. Härvidlag bör en arbetsmetod såsom den redovisas i *Arbete och Hälsa* 2001:12 kunna vara vägledande. Se avsnitt 2.

När det gäller den inledande fasen är det väsentligt att lägga tid på uppdragsformuleringen eftersom värdet av det resultat som man får genom kunskapssammanställningarna i stor utsträckning avgörs av hur väl uppdraget inledningsvis formulerats. Kansliresurserna, se avsnitt 6, bör därför ha sådan kompetens att de kan vara behjälpliga i det arbetet.

En genomförd kunskapssammanställning bör, innan den fastställs och får sin slutliga utformning, granskas av utomstående och oberoende sakkunniga eller experter på området.

En viktig uppgift blir att prioritera inom vilka områden man ska genomföra projekt för sammanställningar av kunskap. De kunskapsområden som enligt min bedömning bör vara prioriterade framgår senare i detta avsnitt. Likaså är det viktigt att arbetet bedrivs så skyndsamt som det är möjligt. Innehållet i kunskapsbankens redovisningar kommer vidare att vara av mer begränsad natur än resultatet av de utvärderingar som t.ex. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) genomför. Projekten kommer därmed av naturliga skäl att vara mindre och förväntas också arbeta inom betydligt kortare tidsramar. Tidsåtgången för ett projekt bör, enligt min mening, inte uppgå till mer än ca sex månader totalt.

Kunskapsbankens primära syfte är att tillhandahålla underlag av tillräcklig vetenskaplig kvalitet för att bidra till ett bättre beslutsunderlag i fråga om med vilken grad av sannolikhet olika faktorer i arbetsmiljön kan ge upphov till skador eller sjukdomar. Sådana kunskaper gör det möjligt att höja kvaliteten när det gäller utredningen i ett arbetsskadeärende ärende men ökar också möjligheterna till att utveckla och förbättra det förebyggande arbets-

miljöarbetet. Det kommer i förlängningen förhoppningsvis också att få betydelse för hur man agerar på enskilda arbetsplatser för att förhindra skador och sjukdomars uppkomst hos de förvärvsarbetande.

Visar en litteraturgenomgång att det redovisas skilda resultat i olika forskningsprojekt eller vetenskapliga studier beträffande en arbetsmiljöfaktors skadlighet, är även detta värdefullt. Resultat av ett projekt som visar att det inte finns någon samstämmig bild kan ge underlag för att dra slutsatsen att tillräcklig sannolikhet för att en arbetsmiljöfaktor är skadebringande inte föreligger. Syftet med projekt inom kunskapsbanken ska alltså inte enbart vara att påvisa positiva samband mellan arbetsmiljö och skada, även det omvända, dvs. att kunna fastslå att tillräcklig sannolikhet för skadlighet inte föreligger, är av betydelse för de som har att tillämpa lagen om arbetsskadeförsäkring.

SBU har i dag enligt uppgift inga större problem att rekrytera forskare till sina projekt då arbetet med att systematiskt och kritiskt granska publicerade vetenskapliga artiklar bedöms som intressant och utvecklande även av erfarna forskare. Svårigheter för forskare att avsätta tid för medverkan i projekt tenderar dock att öka. Den verksamhet som SBU bedriver har sin utgångspunkt i att landstingen, enligt uttalanden som gjorts i samband med Dagmaröverenskommelsen, ska ställa expertresurser till förfogande för nationella utredningsuppdrag på sjukvårdsområdet. I möjligaste mån sker därför medverkan i ett SBU-projekt inom ramen för "expertens" ordinarie anställning. En viktig inriktning för SBU är också att engagera så många som möjligt verksamma inom hälso- och sjukvården i projektverksamheten.

Arbetet med att bygga upp och underhålla en kunskapsbank för arbetsskadeförsäkringen är inte direkt jämförbart med den verksamhet som SBU genomför. SBU utvärderar sjukvårdens metoder och sprider sedan kunskapen tillbaka till användarna men har inte byggt upp en kunskapsbank för ändamålet. Kunskapsbanken för arbetsskadeförsäkringen har som sitt främsta syfte att tillhandahålla ett kunskapsunderlag som en del i tillämpningen av arbetsskadeförsäkringen när det gäller bedömningar av en arbetsmiljöfaktors eventuella skadebringande egenskaper. Jag ser därmed inte något direkt behov av att involvera användarna, främst i form av arbetsskadeenheter, i själva projektarbetet på motsvarande sätt som SBU arbetar. Om man vill markera kunskapsbankens oberoende ställning är en sådan medverkan heller inte lämplig.

SBU:s erfarenheter när det gäller att rekrytera forskare bör dock i så stor utsträckning som möjligt tas till vara inom ramen för kunskapsbankens arbete. Det är vidare väsentligt att uppdragen ges ett sådant innehåll och en sådan inriktning så att det framstår som värdefullt och utvecklande att ställa sin kompetens till förfogande för arbete i ett sådant projekt. Jag anser vidare att de forskare som anlitas bör avlönas på heltid för att under en tidsbegränsad period genomföra granskningarna. Detta kommer också att vara min utgångspunkt i kommande kostnadsberäkningar.

### *Uppbyggnad av struktur*

Det är ett välkänt faktum att besvär från rörelseapparaten sedan många år utgör den dominerande andelen av de sjukdomar som anmäls till försäkringskassan som arbetsrelaterade. Osäkerheten om vad som kan anses som skadlig inverkan i förhållande till olika smärttillstånd är också stort. Besvär från rygg och nacke eller andra rörelseorgan utgör ett stort problem i arbetslivet. Förutom personligt lidande för de som drabbas och deras närstående innebär det också betydande kostnader för samhället.

Av Riksförsäkringsverkets arbetsskadestatistik framgår att bland de arbetsskadeanmälningar avseende arbetssjukdomar som inkommit för prövning år 2001 dominerar de muskuloskeletal sjukdomarna. Vanligaste diagnosen därefter utgörs av psykiska sjukdomar följt av hörselskador och "övriga sjukdomar". Totalt inkom 14 909 anmälningar för prövning av arbetssjukdom år 2001.

<i>Diagnos</i>	<i>Antal inkomna för prövning</i>	<i>Andel av inkomna för prövning</i>
Muskuloskeletal sjukdomar	11 092	74,40%
Psykiska sjukdomar	1 011	6,78%
Hörselskador	633	4,25%
Luftrörsbesvär	495	3,32%
Eksem, hudbesvär	368	2,47%
Vibrationsskador	202	1,35%
Hjärtsjukdomar	185	1,24%
Lösningsmedelspåverkan	139	0,93%
Cancer	107	0,72%
Asbestos, silikos, pleuraplaque	85	0,57%
Reumatiska sjukdomar	52	0,35%
Sjukdomar orsakade av smitta	9	0,06%
Övriga sjukdomar	531	3,56%
<i>Summa</i>	14 909	

Jag föreslår att uppbyggnaden av en kunskapsbank för arbetsskadeförsäkringen till sin struktur bör utgå från i första hand diagnosområden. Utgångspunkten är att de ska kunna fungera som vägledning i de bedömningar som görs när det gäller arbetssjukdomar och eventuell skadlig inverkan från någon faktor i arbetsmiljön. Exempel på sådana områden är

- arbete och besvär i rörelseapparaten
- kemiska ämnen och allergier
- psykiska besvär
- nya diagnoser, s.k. kriteriediagnoser
- toxisk påverkan
- övriga specialiteter (kan arbetet påverka ärftliga sjukdomar etc.)
- kardiologi.

Inget hindrar dock att man även anlägger ett annat angreppssätt där man granskar vilka skador och sjukdomar en viss typ av arbetsmiljöpåverkan kan ge upphov till, t.ex. helkroppsvibrationer vid stående arbete.

Inom vissa områden är kunskapsläget beträffande arbetsmiljöfaktorers skadlighet förhållandevis väl klarlagt. Detta gäller exempelvis hörselskador som är relativt vanliga men där det normalt inte föreligger problem i tillämpningen. Eventuella problem i dessa sammanhang är snarast föranledda av svårigheten att utreda exponeringar som inte sällan kan ligga årtionden tillbaka i tiden. Det kan också sägas gälla asbest och vissa andra ämnens skadebringande egenskaper. För ytterligare andra ämnen är skadligheten känd, däremot kan frågan om dos och respons vara osäker, dvs. hur omfattande och långvarig exponering som är nödvändig för att skada med viss grad av sannolikhet ska kunna uppkomma.

Diagnosområden där stor oklarhet föreligger och som kännetecknas av stora tillämpningsproblem är främst olika belastningsrelaterade skador samt psykiska och psykosomatiska sjukdomar. Riksförsäkringsverkets statistik pekar på att de psykiska och psykosomatiska sjukdomarna är snabbast växande bland de anmälningar som ska bli föremål för försäkringsmässig prövning. År 2000 inkom 13 030 arbetssjukdomar för försäkringsmässig prövning, av dessa registrerades 493 som psykiska sjukdomar, år 2001 utgjorde denna grupp 1 011 ärenden av totalt 14 909. Det kommer alltså

sannolikt att finnas ett stort behov av kunskap kring hur förhållanden i arbetslivet kan påverka de förvärvsarbetandes psykiska hälsa.

Det finns för närvarande ett antal diagnoser som normalt sammanförs under begreppet ”nya diagnoser”. Här avses bl.a. kroniskt trötthetssyndrom, elkänslighet, utbrändhet, fibromyalgi och långvarig smärta. Diagnoserna har det gemensamt att de är symtomdiagnoser eller beskrivande benämningar och att objektiva sjukdomsbevis mestadels saknas. De är vidare föremål för olika synsätt från olika forskargrupper och diskussion huruvida de är av psykisk eller somatisk natur pågår. I tillämpningen inom försäkringskassan accepteras dock även dessa ”oklara diagnoser”, och vid bedömning av t.ex. rätten till sjukpenning bedöms de försäkrades arbetsförmåga i förhållande till symtombilden i det enskilda fallet.

### *Befintlig statistik*

Grunddata när det gäller förhållanden inom arbetsskade- och sjukförsäkringsområdet finns i olika register.

Riksförsäkringsverkets ärendehanteringsstatistik beträffande inkomna och beslutade ärenden kan ge vägledning i fråga om vilka typer av skador och sjukdomar som är frekvent förekommande. Ur statistiken kan även utläsas om det föreligger skillnader i tillämpningen mellan olika arbetsskadeenheter/försäkringskassor.

I AFA:s skaderegister finns tillgång till detaljerade uppgifter om praktiskt taget samtliga allvarigare arbetsolyckor och arbetsrelaterade sjukdomar som inträffar i Sverige. Registret för trygghetsförsäkringen vid arbetsskada (TFA) kan sägas utgöra en kunskapsbank beträffande vilka arbetsskador som inträffat, orsakerna till dem och vad de leder till i form av sjukskrivningar medicinsk invaliditet och livränta. I det register som är knutet till avtalsgrupp-sjukförsäkringen (AGS) finns uppgifter om sjukskrivningar och förtidspensioner hos de försäkrade. Uppgifterna kan kopplas till diagnos, yrke och avtalsområde och därmed ge indikationer om möjliga samband mellan hälsa/ohälsa och arbetsliv. Databaserna ställs till olika forskares förfogande.

De uppgifter som finns i olika databaser kan vara till hjälp vid prioritering av de forskningsinsatser som bör genomföras. Uppgifter om frekventa sjukdomsdiagnoser i vissa yrken kan vara ett urvalskriterium. De försäkrades subjektiva uppfattning om arbetsbetingad ohälsa som framkommer i de arbetsskadeanmälningar som

bearbetas i ISA-systemet inom Arbetsmiljöverket kan vara ett annat.

Ett annat exempel på kunskapskälla är Epidemiologiskt Centrum, en enhet vid Socialstyrelsen, som har till uppgift att följa, analysera och rapportera om utbredning och utveckling av befolkningens hälsa, sjukdomar, sociala förhållanden, vårdutnyttjande och riskfaktorer för sjukdomar och sociala problem.

### *Prioritering*

Jag föreslår att kunskapsbanken byggs upp med en första grund i de kunskapsredovisningar som finns sammanställda och publicerade i dag. Parallellt bör nya projekt starta inom områden där kunskap saknas. En förstudie bör kunna visa på att följande punkter i tillräcklig mån är uppfyllda

- det måste vara möjligt att få fram tillräckligt med studier av en sådan kvalitet att det går att sammanställa resultat och göra meningsfulla bedömningar
- diagnosområdet bör vara något så när frekvent förekommande inom arbetsskadeförsäkringen
- olika tillämpning, eller osäkerhet i tillämpningen, förekommer.

### *Exempel på befintlig kunskap*

Ett första steg bör vara att kartlägga vilka kunskapssammanställningar som redan i dag finns publicerade och värdera om dessa kan läggas in i kunskapsbanken. Några exempel på kunskapsöversikter som enligt min bedömning kan anses uppfylla kraven för att ingå i föreslagen kunskapsbank redovisas nedan.

*Arbete och Hälsa* är en av Arbetslivsinstitutets vetenskapliga skriftserier. Serien innehåller arbeten av såväl institutets egna medarbetare som andra forskare inom och utom landet. I *Arbete och Hälsa* publiceras vetenskapliga originalarbeten, doktorsavhandlingar kriteriedokument och litteraturöversikter.

Arbetslivsinstitutet har i samarbete med AFA tagit fram ett antal kunskapsöversikter avseende skadlig inverkan. Skrifterna har publicerats i den vetenskapliga skriftserien "Arbete och hälsa" och är exempel på vad som enligt min bedömning kan bilda en första

grund i uppbyggnaden av en kunskapsbank för arbetsskadeförsäkringen.

Rapporten "Arbete och besvär i rörelseorganen" (Arbete och Hälsa 2001:12) är en omfattande genomgång av tillgängligt material i den vetenskapliga litteraturen i frågor som gäller vetenskaplig bevisning av samband mellan arbetsbelastningar av olika slag och sjukdomar och besvär i kroppens led- och rörelseapparat. Materialet har sakgranskats med strikt tillämpning av i förväg uppställda kvalitetskriterier för korrekt invägning i den sammanfattande bedömning som avslutar varje separat kapitel. Arbetet har genomförts av en grupp om tre forskare under ledning av AFA Trygghetsförsäkrings Medicinska Råd. Författarna svarar för innehållet i de kapitel de skrivit. Alla kapitel har sakkunniggranskats av två specialister med en till författarna oberoende ställning. Texterna har därutöver granskats av det Medicinska Rådet som ställt sig bakom de bedömningar och slutsatser som görs i respektive kapitel.

Rapporten 1995:16 "Arbetssjukdom – skadlig inverkan – samband med arbete. Ett vetenskapligt underlag för försäkringsmedicinska bedömningar" belyser sex medicinska skadeområden och har skrivits med tanke på den försäkringsmässiga tillämpningen.

De områden som behandlas är nervsystemets sjukdomar, lungsjukdomar och pleurasjukdomar, maligna tumörsjukdomar, hjärtkärlsjukdomar, hudsjukdomar och hörselskador. Kunskapsunderlaget har tagits fram genom att ett antal specialister på olika sakområden har utarbetat uppsatser inom respektive område. Samtliga texter har därefter granskats av sakkunniga referenter. Denna publikation har reviderats och uppdaterats under åren 2001/02 och en ny utgåva – omfattande sju skadeområden – har utgetts i december 2002.

Rapporten 1996:14 "Psykisk arbetsskada – skadlig inverkan – samband med arbete syftar också till att ge ett vetenskapligt underlag för försäkringsmedicinska bedömningar. Rapporten behandlar psykisk arbetsskada och har tagits fram på motsvarande sätt som rapporten ovan.

## 5 Ett organ för sammanställning och spridning av kunskaper om metoder inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

### **Mina förslag:**

Jag föreslår att ett särskilt organ, KARM, inrättas med uppdrag att sammanställa den kunskap som finns när det gäller metoder inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och göra denna kunskap tillgänglig i form av systematiska kunskapsöversikter.

Jag föreslår att kunskapsöversikterna ska fungera som informationskälla och beslutsstöd för i första hand försäkringskassorna och övriga rehabiliteringsaktörer såsom t.ex. arbetsgivarna, arbetsmarknadsorganen, företagshälsovården med flera.

Jag föreslår att det i KARM:s uppdrag även ska ingå att sprida kunskap om de olika metodernas resultat, dvs. redogöra för såväl framgångsrika som mindre framgångsrika metoder.

Jag föreslår att en av KARM:s första uppgifter ska vara att utforma en allmän vägledning för hur man lägger upp och genomför rehabiliteringsprojekt och hur man därefter utvärderar det resultat man har uppnått.

### 5.1 Uppdraget i denna del

Utredaren skall enligt direktiven föreslå hur ett organ bör utformas som – så långt det är möjligt på vetenskaplig grund – sammanställer och sprider kunskaper om metoderna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Utredaren ska dessutom närmare beskriva den verksamhet som detta organ bör bedriva. Erfarenheterna från hur Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) bedriver sina verksamheter ska var utgångspunkt för utredarens förslag i denna del.

I förevarande kapitel beskriver jag den problematik som är specifik för det organ som ska sammanställa och sprida kunskaper om metoderna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen samt



redogör för hur jag anser att detta organ bör bedriva sin verksamhet.

## 5.2 Diskussion kring begreppsdefinitioner

### 5.2.1 Arbetslivsinriktad rehabilitering

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen fick som begrepp och verksamhet en ökad uppmärksamhet i och med den s.k. rehabiliteringsreformen 1991/92. Begreppet användes i det sammanhanget som en sammanfattande benämning på sådana rehabiliteringsåtgärder som är av betydelse för att underlätta återgång till arbetslivet för personer som är långvarigt sjukskrivna eller uppbär sjukbidrag/förtidspension.<sup>1</sup>

Genom rehabiliteringsreformen infördes i lagen (1962:381) om allmän försäkring, AFL, ett särskilt kapitel om rehabilitering och rehabiliteringsersättning. I 22 kap. 2 § AFL ges en definition av vad som avses med rehabilitering i sjukförsäkringsrättslig mening. Där sägs att "Rehabilitering enligt detta kapitel skall syfta till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärsarbete". Definitionen tar alltså sikte på åtgärdens syfte. Samma utgångspunkt har valts av Tekniska Nomenklaturcentralen som i sin ordlista för *arbetslivsinriktad rehabilitering* definierar det begreppet som "rehabilitering som syftar till att en person kan återfå förmåga och förutsättningar att förvärsarbete". Medicinsk rehabilitering definieras i samma ordlista som "rehabilitering som utförs av medicinskt utbildad personal eller leds av sådan".

Definitionerna ovan drar inte några tydliga gränser mellan arbetslivsinriktad och övrig rehabilitering. Att gränsen däremellan är oklar och behöver förtydligas påpekas bl.a. av Utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet i betänkandet "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet" (SOU 2002:5 s. 201). Påpekandet görs i samband med en diskussion kring försäkringskassans köp av tjänster som endast får avse arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder.

Även om jag delar uppfattningen att det behöver klargöras vad som ryms – och inte ryms – inom begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering, har jag inte för avsikt att inom ramen för detta upp-

---

<sup>1</sup> Prop. 1990/91:141 s. 38.

drag själv försöka bidra med något förtydligande i frågan. Jag ser dock frågan om en klargörande definition av vad som avses med "arbetslivsinriktad rehabilitering" som avgörande för det nya organets möjlighet att kunna fullgöra sitt uppdrag på avsett sätt. Som framgår av direktiven ska det nya organet sammanställa och sprida kunskap om just sådan form av rehabilitering. Om definitionen av vad som är "arbetslivsinriktat" är oklar tvingas ledningen för organet att välja mellan olika strategier. Man kan välja att på egen hand försöka finna en definition, och därmed kanske bidra till att begreppet utvidgas. Det går nämligen inte att utesluta att de metoder som kommer att granskas därmed också av utomstående kommer att betraktas som "arbetslivsinriktade". I och med det kommer organet att spela en roll som – åtminstone enligt mina direktiv – inte är avsedd. Detta kan bl.a. komma att få betydelse när det gäller ansvars- och kostnadsfördelning mellan dem som är involverade i rehabiliteringsarbetet. Det är också tänkbart att ledningen för organet väljer en "försiktighetsprincip" och endast granskar sådana metoder som med marginal befinner sig inom det område som är accepterat som "arbetslivsinriktat". Om organet väljer att arbeta efter den principen blir, av naturliga skäl, antalet metoder som kan granskas begränsat.

### 5.2.2 Rehabiliteringsmetod

Det är inte bara begreppet "arbetslivsinriktad rehabilitering" som används i delvis olika betydelser och därför kan behöva diskuteras. Även begreppet "rehabiliteringsmetod" kan behöva klargöras i ett sammanhang som detta. Det nya organet ska sammanställa och sprida kunskaper om metoderna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Ordet metod kan i rehabiliteringssammanhang uppfattas antingen som syftande på en enskild avgränsad åtgärd, t.ex. arbets träning, eller på ett helt program bestående av olika separata åtgärder som genomförs enligt en fastställd plan. Enligt Norstedts stora svenska ordbok avses med metod: "*planmässigt tillvägagångssätt för att uppnå visst resultat*". I Svenska Akademiens ordbok anges: "*mer l. mindre systematiskt l. planmässigt l. regelbundet tillvägagångssätt l. förfarande vid lösandet av en (vetenskaplig) teoretisk uppgift l. utförandet av ett arbete o. d., på erfarenhet l. praktik grundat förfarande, teknik; förfaringssätt*".

Vad som ska avses med ordet metod i detta sammanhang är inte helt entydigt. Bland dem som är verksamma inom rehabiliteringsområdet används begreppet sannolikt som en benämning på såväl en enskild åtgärd som ett program. Det bör därmed stå organet fritt att välja att granska såväl enskilda åtgärder som hela program.

Väljer man att granska ett program, dvs. olika åtgärder enligt en viss modell, är det viktigt att samtliga åtgärder som ingår i programmet är av arbetslivsinriktad karaktär. I annat fall är det definitionsmässigt inte en arbetslivsinriktad rehabiliteringsmetod som granskats. En viktig förutsättning för att åtgärder och program skall kunna granskas och värderas är att de kan identifieras utifrån nivå och mål för åtgärden. De flesta åtgärder är relativt individinriktade och följer det synsätt som förhärskar inom den medicinska rehabiliteringen, medan arbetslivsinriktad rehabilitering i högre grad måste inriktas på även icke-individinriktade åtgärder. Som exempel kan nämnas att samverkansformer mellan aktörerna, liksom arbetsplatsens förhållningssätt, visats vara viktiga eller avgörande faktorer för en framgångsrik återgång i arbete. Väsentligt är därför att inte enbart specifika metoder, utan även processer och samverkan över tid, liksom individens egen roll i processen, ingår i granskningsuppdraget. Detta kan sannolikt komma att påverka urvalet av program som kan analyseras och ställer givetvis särskilda krav på organets granskningar och hur kunskap ska spridas om olika rehabiliteringsmetoder. De rehabiliteringsprogram som olika producenter erbjuder kan liknas vid tjänster, som givetvis kan anpassas efter skilda behov, på en marknad. Organets uppgift bör inte vara att granska och sprida kunskap om dessa tjänster, men väl att sprida kunskap om vilka beståndsdelar som haft en positiv verkan och hur dessa bör kombineras för att nå en så god effekt som möjligt.

### 5.2.3 Behov av samsyn

Jag kommer i det följande att föreslå att organet för sammanställning och spridning av kunskaper om metoder inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen ska inleda sin verksamhet den 1 juli 2003. Jag förutsätter att man vid denna tidpunkt aktivt börjar kartlägga de arbetslivsinriktade rehabiliteringsmetoder och åtgärder som används i det praktiska arbetet för att ge människor möjlighet och

förmåga att återgå i arbete. En sådan kartläggning är givetvis en grundläggande förutsättning för det fortsatta arbetet.

När en sådan kartläggning är genomförd bör den styrgrupp och den referensgrupp, som jag närmare redogör för i avsnitt 6, gemensamt diskutera möjligheterna att dra upp gränslinjer för vad som ska anses inrymmas i begreppet ”arbetslivsinriktad rehabilitering”. Detta kan göras på grundval av de erfarenheter som kartläggningen givit. Jag är medveten om att en sådan gränsdragning kan bli styrande även för övriga aktörers avgränsningar av begreppet. Oavsett om detta är positivt eller negativt ser jag det ändå som betydelsefullt, och närmast ofrånkomligt, att organets styrgrupp har en uppfattning om hur ansvarsområdet ska avgränsas som delas av flertalet, helst alla, aktörer på området.

Naturligtvis kommer gränsdragningsproblemet endast att uppkomma i fråga om vissa rehabiliteringsmetoder och åtgärder. I fråga om de metoder och åtgärder som bedöms som arbetslivsinriktade bör organet givetvis inleda ett arbete att granska de angreppssätt som står till buds för att utvärdera de resultat som olika rehabiliteringsmetoder och åtgärder har givit.

### 5.3 Vem har ansvaret för rehabiliteringen?

Rehabiliteringsaktörerna är som konstaterats ovan flera och har olika roller och ansvar. Nedan följer en kort genomgång av arbetsgivarnas respektive de offentliga rehabiliteringsaktörernas ansvar för den enskilde individens rehabilitering.

#### 5.3.1 Arbetsgivarens ansvar

Arbetsgivaren har ett omfattande ansvar när det gäller de anställdas arbetsmiljö och rehabilitering. Detta regleras i såväl arbetsmiljölagen som i lagen om allmän försäkring samt inom den arbetsrättsliga lagstiftningen.

Enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) ska arbetsgivaren vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Arbetsgivaren ska systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller kraven i lagen och i de föreskrifter som har meddelats med stöd av den. Arbetsgivaren ska, genom att anpassa

arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd, ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Arbetsgivaren är vidare skyldig att se till att det i hans verksamhet finns en arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som är organiserad på lämpligt sätt så att han kan fullgöra sina uppgifter enligt arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring.<sup>2</sup> Arbetsgivaren ska dessutom svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå.

Närmare bestämmelser om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar finns i Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter (AFS 1994:1) där det bl.a. framgår att arbetsgivaren fortlöpande ska ta reda på vilka behov av arbetsanpassning och rehabilitering som finns bland arbetstagarna samt så tidigt som möjligt påbörja sådant rehabiliteringsarbete som visat sig behövas.

Arbetsmiljöverket har genom föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete utvecklat och preciserat hur arbetsgivaren ska gå tillväga för att uppfylla ansvaret för arbetsmiljön. Föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete innehåller bestämmelser om bl.a. de anställdas och skyddsombudens medverkan, arbetsmiljöpolicy och rutiner, om uppgiftsfördelning och kunskaper, om riskbedömning, åtgärder och uppföljning samt om anlitan av företagshälsovård när kompetensen inom den egna verksamheten inte räcker för det systematiska arbetsmiljöarbetet eller för arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering.

Av 22 kapitlet i lagen om allmän försäkring framgår att arbetsgivaren har ett förstahandsansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Av bestämmelserna där och av förarbetena till dem framgår att arbetsgivaren är den som i första hand ska uppmärksamma och utreda behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering, se till att åtgärderna kommer tillstånd samt finansiera dem.<sup>3</sup> Ansvaret för finansieringen är begränsat till sådana åtgärder som arbetsgivaren kan vidta inom eller i anslutning till den egna verksamheten och för att den anställde ska kunna vara kvar i den verksamheten. Exempel på åtgärder kan vara arbetsträning, utbildning, omplacering eller olika slag av anpassning av arbetsplatsen.

Arbetsgivaren bär vidare ansvaret för rehabiliteringsutredningen. Det är ett ansvar som vilar på arbetsgivaren oavsett hur rehabiliteringsbehovet har uppstått. I vissa fall ska emellertid försäkringskassan ta över ansvaret för rehabiliteringsutredningen. Det kan bli

<sup>2</sup> Se 3 kap. 2–3 §§ Arbetsmiljölagen.

<sup>3</sup> Prop. 1990/91:141.

aktuellt t.ex. när det är fråga om en liten arbetsplats eller då arbetsgivaren, trots påpekanden, inte gör någon utredning. Försäkringskassan har ytterst en skyldighet att se till att en rehabiliteringsutredning kommer till stånd.<sup>4</sup>

Arbetsgivarens ansvar i samband med en anställds sjukdom och rehabilitering regleras även inom den arbetsrättsliga lagstiftningen. Enligt denna utgör sjukdom i regel inte saklig grund för uppsägning. Uppsägning på grund av sjukdom kan endast ske i de fall då arbetstagarens arbetsförmåga på grund av sjukdomen blivit varaktigt nedsatt i sådan mån att han eller hon inte längre kan utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren. Av förarbetena till anställningsskyddslagen (1982:80) framgår att en anställning normalt inte kan sägas upp förrän arbetstagaren har fått rätt till förtidspension enligt lagen om allmän försäkring och i vart fall inte så länge arbetstagaren uppbär sjukpenning från försäkringskassan.<sup>5</sup>

Frågan om uppsägning på grund av sjukdom har också ett samband med frågan om arbetsgivarens skyldighet att medverka till arbetsanpassning och rehabilitering. För att det ska föreligga saklig grund för uppsägning krävs, enligt Arbetsdomstolens praxis, nämligen att arbetsgivaren har uppfyllt de krav som ställs i arbetsmiljölagen och i lagen om allmän försäkring.<sup>6</sup>

### 5.3.2 Försäkringskassan

Det är som framgått ovan arbetsgivaren som enligt nuvarande regler i första hand ansvarar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Om det står klart att den anställde inte kan återgå till något arbete hos sin ordinarie arbetsgivare och rehabiliteringen istället syftar till en anställning hos en annan arbetsgivare, övergår ansvaret på försäkringskassan. Försäkringskassan ansvarar dessutom generellt för samordning och tillsyn av insatser för all rehabilitering, vare sig den är arbetslivsinriktad eller ej. Detta innebär bl.a. att försäkringskassan (som i exemplet ovan) vid behov ska se till att behövliga utredningar och undersökningar görs. Försäkringskassan har också rollen som initiativtagare; när ett rehabiliteringsbehov har klarlagts, ska kassan verka för att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering snarast vidtas.<sup>7</sup>

<sup>4</sup> A. prop. 1990/91:141 s. 89f.

<sup>5</sup> Prop. 1973:129 s. 126 och prop. 1981/82:71 s. 66.

<sup>6</sup> Se t.ex. AD 1993 nr 42

<sup>7</sup> Jfr bl.a. prop. 1990/91:141 s. 90.

Sedan den 1 juli 1990 har försäkringskassan haft möjlighet att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Dessa tjänster kan avse dels utredning av förutsättningarna för rehabilitering, dels direkta åtgärder som syftar till att underlätta individens återgång i arbete. Enligt uppgifter från Riksförsäkringsverket utgör mindre än hälften av de tjänster som kassorna köper aktiva åtgärder. De flesta köpen avser istället utredningsåtgärder.

### 5.3.3 Arbetsmarknadsmyndigheterna

I förarbetena till de bestämmelser som infördes genom rehabiliteringsreformen 1990/91 anför departementschefen följande beträffande arbetsmarknadsmyndigheternas rehabiliteringsansvar.

Arbetsmarknadsmyndigheterna skall i första hand använda sina resurser för att hjälpa personer som saknar arbete att få ett sådant. Ansvaret omfattar dock även att hjälpa personer som har en anställning med rehabiliteringsinsatser om de riskerar att förlora sin anställning och rehabiliteringsinsatserna kan förhindra detta. Dessa uppgifter ger för närvarande i vissa fall upphov till oklarheter om försäkringskassan eller arbetsmarknadsmyndigheterna skall ta det ekonomiska ansvaret för behövliga rehabiliteringsåtgärder. Det förekommer också att ansvarets placering inte går att fastställa, med betydande olägenheter för den enskilde som följd. Min uppfattning är att försäkringskassan bör ha ett övergripande samordningsansvar för rehabiliteringsverksamheten. Försäkringskassorna bör dessutom ha ansvar för att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder kommer till stånd för de personer som innehar en anställning eller annat förvärsarbete, medan arbetsmarknadsmyndigheternas ansvar främst bör avse personer som är arbetslösa och vänder sig till arbetsförmedlingen.<sup>8</sup>

### 5.3.4 Hälso- och sjukvårdens ansvar

Hälso- och sjukvården ansvarar för den medicinska rehabiliteringen. Dit räknas, utöver ordinär sjukvård, t.ex. undersökningar och behandlingar vid avdelningar för sjukgymnastik, arbetsterapi, rådgivning och funktionsprövning. Sjukvårdens rehabiliteringsmål är att så långt som möjligt återställa individens funktionsförmåga. Rehabiliteringen kan också syfta till att förbättra en nedsatt funktion och till att träna kompenserande funktioner. En annan viktig uppgift för hälso- och sjukvården är att förmedla underlag till för-

---

<sup>8</sup> Jfr prop. 1990/91:141 s. 56.

säkringskassan och andra som har att bedöma rehabiliteringsbehov och olika typer av åtgärder.

### 5.3.5 Kommunens socialtjänst

Kommunen har enligt socialtjänstlagen (1980:620) det yttersta ansvaret för att invånarna i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Socialtjänsten ska ta reda på vilka hjälpbehov som finns, informera om vilka möjligheter till stöd som står till buds och vid behov förmedla kontakter med andra myndigheter samt ge stöd och hjälp om inte behoven tillgodoses av någon annan myndighet. Kommunens ansvar för rehabiliteringsåtgärder träder således in först när någon annan rehabiliteringsaktör inte har ansvaret och varar bara tills någon annan aktör är skyldig att ta över ansvaret.<sup>9</sup>

## 5.4 Behovet av en kunskapssammanställning

Syftet med rehabiliteringsreformen 1991/92 var bl.a. att minska sjukfrånvaron och att få till stånd tidiga, samordnade och aktiva rehabiliteringsinsatser. Reformen byggde på tre hörnstenar; en bättre arbetsmiljö, en effektivare rehabilitering och en generell arbetsgivarperiod. Det är ett välkänt faktum att allt fler människor, trots rehabiliteringsreformen 1991/92, går sjukskrivna allt längre och att aktiva rehabiliteringsinsatser kommer i gång allt senare eller inte alls. Att så är fallet visar också den kartläggning och det förslag till en ny rehabiliteringsreform som Utredningen om Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen presenterar i betänkandet "Rehabilitering till arbete" (SOU 2000:78).

För att en rehabiliteringsinsats ska vara effektiv och för att den enskilde ska kunna återgå i arbete är det givetvis inte tillräckligt att en rehabilitering inleds i ett tidigt skede i sjukfallet. Den rehabiliteringsinsats som erbjuds och den metod som väljs måste också vara "den rätta" i förhållande till individen och hans eller hennes inre och yttre förutsättningar. Att generellt peka ut den optimala rehabiliteringsåtgärden låter sig självfallet inte göras. Därmed inte sagt annat än att det torde finnas faktorer i en rehabiliteringsmetod som är generellt positiva (som t.ex. den berörda individens motiva-

---

<sup>9</sup> A. prop. a.s.



tion och känsla av delaktighet) eller negativa (som t.ex. bristande planering av genomförandet). För att en rehabiliteringsåtgärd skall få så god effekt som möjligt är det också viktigt att den inte ses som en isolerad företeelse utan vid behov kombineras med andra åtgärder.

Valet av rehabiliteringsåtgärd är sällan givet och metoderna för genomförandet varierar. Antalet rehabiliteringsaktörer är dessutom stort och kan vara svårt att överblicka. En kunskaps-sammanställning som visar vilka åtgärder som utförda på ett visst sätt givet ett visst resultat borde vara till stor hjälp vid rehabiliteringsaktörernas strävan att göra "det rätta" valet.

## 5.5 Forskningen i dag och det framtida forskningsbehovet

En kunskaps-sammanställning bör, som sägs i direktiven, så långt möjligt bygga på vetenskaplig grund. Frågor som då inställer sig är; hur ser det ut i dag, och finns det något tillräckligt vetenskapligt material att sammanställa?

Utvärderingar av olika rehabiliteringsåtgärder och rehabiliteringsprojekt har gjorts och görs både av myndigheter och enskilda rehabiliteringsaktörer. Som exempel kan nämnas Riksförsäkringsverkets rapport Risk-frisk-faktorer (RFV redovisar 1997:6) som presenterar resultaten av ett antal projekt inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I rapporten beskrivs också det dåvarande kunskapsläget. Riksförsäkringsverket pekar i rapporten också på kunskapsbrister som fortfarande kvarstår.

Det finns också flera forskningsorgan som har till sin huvudsakliga uppgift att forska kring och utvärdera rehabiliteringsområdet och andra närliggande områden.

Vid Mitthögskolans Institution för Vård- och Hälsovetenskap finns *Centrum för socialförsäkringsforskning med särskild inriktning på rehabilitering (CSF)*. CSF startade 1993 på initiativ av Mitthögskolan och försäkringskassan i Östersund och Stockholm. Forskningen vid CSF karaktäriseras bl.a. av ett tvärvetenskapligt synsätt. Verksamheten drivs som ett nätverk i vars ledning ingår fem professorer samt direktörerna vid Jämtlands läns respektive Stockholms läns allmänna försäkringskassa.

Vissa större forskningsprojekt om rehabilitering bedrivs av CSF med resurser från Socialdepartementet. Andra projekt drivs med

resurser från Karolinska Institutet. Ett exempel på det senare är utvärderingen av Stockholmsprojektet "Rehabilitering i samverkan".<sup>10</sup>

Av intresse är också *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS)*. FAS har till uppgift att främja och stödja grundforskning och behovsstyrd forskning inom arbetslivsområdet, socialvetenskap och folkhälsovetenskap. FAS ska också bl.a. utreda forskningsbehov som är angelägna inom rådets verksamhetsområde samt främja och ta initiativ till mång- och tvärvetenskaplig forskning.<sup>11</sup> Som exempel på FAS verksamhet kan nämnas ett nyligen utarbetat forskningsprogram kring belastningsskador och rehabilitering.

*Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering (RAR)* vid Universitet i Linköping är ett tvärprofessionellt forum för forskning, utveckling av metoder för arbetslivsinriktad rehabilitering, utvärdering och för kunskaps-spridning inom området. RAR driver för närvarande ett flertal forskningsprojekt bl.a. under den sammanfattande benämningen "Intervention och utvärdering av arbetslivsinriktad rehabilitering på individnivå och organisationsnivå". Som exempel kan nämnas projektet "Arbetslivsinriktad rehabilitering – fokus på samspelet mellan samhällets aktörer, arbetet och individen". Detta projekt syftar bl.a. till att pröva och utvärdera en problembaserad metod för att utveckla kunskap och kompetens inom försäkringskassan avseende rehabiliteringsuppdraget. I ett Vinnova-stött forskningsprogram utvecklas nu systematiskt kunskapen om hur arbetslivsinriktad intervention med syfte att främja hälsa och möjliggöra återgång i arbete kan utformas. Med stöd av FAS drivs dessutom flera projekt som på ett eller annat sätt rör rehabilitering, bl.a. projektet "Arbetslivsinriktad rehabilitering inom arbetsorganisationer". Arbetsledarens roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är ytterligare ett aktuellt forskningsområde.

Av intresse är också *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS)*. FAS har till uppgift att främja och stödja grundforskning och behovsstyrd forskning inom arbetslivsområdet, socialvetenskap och folkhälsovetenskap. FAS ska också bl.a. utreda

<sup>10</sup> Björn Jakobsson, Ulrika Schöldt, Maria Bergroth, Jenny Kärrholm, Alf Bergroth, Jan Ekholm, Utvärdering av Stockholmsprojektet: Rehabilitering i samverkan – slutrapport. Reports from Department of Rehabilitation Medicine, Karolinska Institutet No 31 2000 Juni.

<sup>11</sup> Se 1–2 §§ förordningen (2000:1198) med instruktion för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.

forskningsbehov som är angelägna inom rådets verksamhetsområde samt främja och ta initiativ till mång- och tvärvetenskaplig forskning.<sup>12</sup> Som exempel på FAS verksamhet kan nämnas ett nyligen utarbetat forskningsprogram kring belastningsskador och rehabilitering.

Även om visst utvärderingsarbete och viss forskning sker i dag så tycks mängden vetenskapligt utförda utvärderingar av rehabiliteringsmetoder vara mycket liten. Forskningen inom rehabiliteringsområdet får också betraktas som eftersatt. I betänkandet ”Rehabilitering till arbete” (SOU 2000:78) anför Kerstin Ekberg, professor vid RAR och expert i den utredningen, att det råder brist på systematisk arbetslivsinriktad rehabiliteringsforskning och att den forskning som trots allt sker inte i tillräcklig omfattning präglas av ett tvärvetenskapligt synsätt. Vidare anføres att behovet av utveckling av evidensbaserad arbetslivsinriktad rehabilitering är påtaglig och att en utveckling av metoder för utvärdering av olika former av rehabiliteringsprocesser är en angelägen uppgift. Förutom behovet av en sammanställning av metodutvärderingar så finns alltså ett behov av ytterligare forskning.<sup>13</sup>

## 5.6 Det nya organets verksamhet

Jag kommer i den fortsatta framställningen att benämna det organ som jag föreslår ska inrättas för ”KARM” (Kunskap om Arbetslivsinriktade RehabiliteringsMetoder).

Det huvudsakliga syftet med den verksamhet som KARM ska bedriva bör enligt min mening vara att fungera som en samlad informationskälla, ett kunskapsunderlag och ett beslutsstöd för ansvariga rehabiliteringsaktörer.

Vid beskrivningen av den verksamhet som det nya organet bör bedriva ska, enligt direktiven, erfarenheterna från hur SBU och CUS bedriver sina verksamheter vara utgångspunkt. Jag har tidigare beskrivit dessa verksamheter (jfr avsnitt 3.2.).

---

<sup>12</sup> Se 1–2 §§ förordningen (2000:1198) med instruktion för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap

<sup>13</sup> SOU 2000:78, bilaga 8 s.543 ff.

### 5.6.1 KARM:s inriktning

SBU:s kunskapssammanställningar är inriktade på medicinska utvärderingar i vid mening, utvärderingarna sker ur såväl medicinskt, ekonomiskt, socialt som etiskt perspektiv. Enligt direktiven ska det organ som jag valt att kalla KARM ”sprida kunskap om metoderna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen”. Min tolkning av detta är att KARM även ska sprida kunskap om de olika metodernas resultat, dvs. redogöra för såväl framgångsrika som mindre framgångsrika metoder. Vad ska då avses med ”framgångsrik”? När det som i detta sammanhang specifikt gäller den *arbetslivsinriktade* rehabiliteringen bör med ”framgångsrik” avses att den försäkrade har fått hela eller delar av sin arbetsförmåga tillbaka, den återvunna arbetsförmågan bör dessutom vara av någorlunda bestående slag. Det är väsentligt att betona att återvunnen arbetsförmåga inte behöver innebära det samma som återvunnen medicinsk funktionsförmåga.

Vad som är en framgångsrik rehabilitering kan naturligtvis diskuteras rent allmänt och ur flera perspektiv. Att en viss metod visat sig medföra ett ökat fysiskt och/eller psykiskt välbefinnande eller en förbättrad social situation hos den försäkrade, utan att arbetsförmågan på kort eller lång sikt förbättras, är självfallet positivt. En metod som ”endast” givit en sådan effekt kan emellertid inte bedömas som framgångsrik ur det perspektiv som KARM bör ha. KARM:s kunskapssammanställningar bör alltså vara inriktade på metodens effekt i den meningen att den lett till att den försäkrade, mer än rent tillfälligt, återfått sin arbetsförmåga eller kan stå till arbetsmarknadens förfogande. Detta innebär att uppföljning och utvärdering bör omfatta mätningar både på kort och lång sikt. I samband med värderingen av en viss metod bör även dess kostnadseffektivitet beaktas. Det måste finnas en rimlig proportion mellan kostnaden för insatsen och den nytta som den medfört.

### 5.6.2 Arbetsuppgifter och metoder

Det finns en mängd klara likheter mellan de verksamheter som SBU respektive CUS driver idag, och den verksamhet som jag anser att såväl den föreslagna kunskapsbanken som KARM ska bedriva. Liksom SBU och CUS ska både kunskapsbanken och KARM sammanställa och sprida kunskaper om redan befintliga

metoder och därmed fungera som ett beslutstöd för specifika målgrupper.

Villkoren för KARM:s arbete skiljer sig emellertid en hel del från dem som gäller för kunskapsbanken. När det gäller området arbetslivsinriktad rehabilitering finns det, enligt de erfarenheter som jag har tagit del av under utredningsarbetet, inte någon större mängd befintligt vetenskapligt material, t.ex. i form av utvärderingar, att sammanställa. Området arbetslivsinriktad rehabilitering kan inte heller när det gäller forskningsmetodik m.m. hanteras på samma sätt som den rent medicinska forskningen. Utvärdering av arbetslivsinriktad rehabilitering har som slutligt resultatmått om individen är tillbaka i någon form av arbete eller ej. Den kunskap som hittills finns visar entydigt på att vägen tillbaka till arbete bygger på ett komplext samspel mellan individen, arbetsplatsen och samhällsaktörerna. Kunskapsuppbyggnaden kring vad som är en framgångsrik arbetslivsinriktad rehabiliteringsprocess kan därför inte begränsas till att enbart fokusera på den enskilda individen, vilken skiljer den från den medicinskt inriktade rehabiliteringen, utan bygger på ett mångvetenskapligt perspektiv. KARM:s arbetsätt måste givetvis anpassas till dessa omständigheter. En rimlig målsättning för framtiden bör dock vara att KARM med tiden ska ha fullgod tillgång till vetenskapligt material och – med de begränsningar som följer av områdets natur – kunna följa den metodik som utmärker en systematisk kunskapssammanställning. Inledningsvis och under en tid framöver måste KARM emellertid göra det bästa av situationen sådan som den ser ut. Nedan följer några förslag på och idéer kring hur KARM kan arbeta.

### *Vägledning för framtiden*

Som en viktig kompletterande uppgift anser jag att KARM, parallellt med kunskapsinsamlandet, bör verka för att höja den vetenskapliga nivån på de projekt, utvärderingar och dylikt som genomförs inom området arbetslivsinriktad rehabilitering. En av KARM:s första uppgifter bör vara att utforma en allmän vägledning för hur man lägger upp och genomför rehabiliteringsprojekt och hur man därefter utvärderar det resultat man har uppnått. Vägledningen bör förorda de metoder och principer som KARM uppställer vad avser studiers kvalitet och som ska utgöra en del av dokumentet angående evidensgradering.

Arbetet med att utarbeta vägledningar bör bedrivas i projektform och utföras av externa forskargrupper för att sedan presenteras i någon form av "handbok". Det är tänkbart att olika vägledningar behöver utformas beroende på diagnosgrupp etc.

### *Konsensusdokument*

Jag har tidigare beskrivit olika sätt att ta fram s.k. konsensusdokument (jfr avsnitt 2.5). På grund av de brister ifråga om den vetenskapliga dokumentationen som KARM kan förväntas stöta på framstår just konsensusmetoden som ett tänkbart arbetssätt för KARM inledningsvis. En utveckling av konsensusdokument föreslås bygga på en serie konsensuskonferenser där såväl forskare som aktörerna inom området i samverkan medverkar. Syftet med konsensuskonferenserna är dels att främja utvecklingen av en samsyn inom området, dels att utveckla den gemensamma kunskapsbasen. Metoden kan användas i olika sammanhang, t.ex. för att komma fram till ett ställningstagande kring verkningarna av en viss terapi-metod som beståndsdel i ett rehabiliteringsprogram. I betydelsen "komma till samstämmighet" borde konsensusmetoden också kunna användas ifråga om vad KARM skall avse med begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering.

### *Rapporteringskyldighet*

Mängden rehabiliteringsprojekt som bedrivs av såväl offentliga som privata aktörer på marknaden är stor och det är inte rimligt att tänka sig att KARM på egen hand ska kunna hålla sig informerad om vad som pågår. För att göra det möjligt för KARM att skaffa sig en samlad bild vad som försiggår föreslår jag att försäkringskassorna uppmanas att informera KARM om vilka rehabiliteringsprojekt som bedrivs i kassans regi eller som kassan deltar i. Även arbetsförmedlingarna och offentliga forskningsfinansiärer som t.ex. FAS, bör uppmanas att lämna motsvarande information till KARM.

### 5.6.3 Kunskapssammanställningarnas utformning

Jag har redan tidigare, i allmänna ordalag, nämnt något om utformningen av sådana rapporter där systematiska kunskapssammanställningar publiceras (jfr avsnitt 2.2).

Valet av rehabiliteringsåtgärd och metoden för dess genomförande är starkt knutet till individen och de omgivande faktorerna i det enskilda fallet.

När det gäller KARM vill jag därför särskilt poängtera att de rapporter som KARM publicerar bör vara utformade så att det tydligt framgår och noggrant beskrivs för vem (vilken grupp) och i vilket sammanhang en utvärderad metod har givit ett visst resultat. Det är viktigt att notera att inte bara sådant som diagnos, ålder och yrkeskategori utan även könstillhörighet kan ha betydelse för vilket utfall en rehabiliteringsinsats ger.

Det är inte tanken att de sammanställningar som KARM presenterar ska vara normerande i den meningen att det till valet att bortse från vad KARM har kommit fram till, knyts någon sanktion. Därmed inte sagt annat än att Riksförsäkringsverket i sin tillsynsverksamhet naturligtvis bör påpeka det olämpliga i att en försäkringskassa köper tjänster vars effekter KARM funnit vara tveksamma.

### 5.6.4 Kvalitetsgranskning

När det gäller kvalitetsgranskningen av gjorda utvärderingar ska den givetvis även för KARM:s del ske efter fastställda kriterier (jfr även här den allmänna framställningen i avsnitt 2). Att ställa lika höga krav på kvaliteten som t.ex. SBU gör torde emellertid inte vara möjligt – det skulle troligen resultera i en tom eller i vart fall mycket begränsad kunskapskälla. Däremot krävs av KARM tydlighet vad avser enskilda studiers bevisstyrka enligt de av KARM uppställda kriterierna, liksom för evidensgrad för en viss typ av rehabiliteringsprogram baserad på olika granskade studier.

Ett annat problem kring kvalitetsgranskningen som är specifikt för KARM och som bör observeras är att bakom sådana studier och utvärderingar som har gjorts, ofta står en rehabiliteringsaktör som är verksam på en konkurrensutsatt marknad. Som jämförelse kan nämnas att SBU ställs inför detta problem i de flesta rapporter där granskning av läkemedelseffekter ingår, då de allra flesta läkemedelsstudier finansieras av läkemedelsindustrin.

## 6 Organisation av de nya verksamheterna

### **Mina förslag:**

Jag föreslår att de verksamheter som ska byggas upp i form av en kunskapsbank för arbetsskadeförsäkringen och ett organ för sammanställning av arbetslivsinriktade rehabiliteringsmetoder samorganiseras.

Jag föreslår att de nya verksamheterna inordnas inom SBU:s verksamhet.

SBU har bl.a. i uppdrag att ta fram kunskapsöversikter och synteser över befintligt vetenskapligt material och bedriver en verksamhet som kan jämföras med den som de båda nya verksamheterna tillsammans ska bedriva. Inom SBU finns kompetens och erfarenheter till gagn för uppbyggnaden av de nya verksamheterna.

Jag föreslår att kunskapsbanken och KARM organisatoriskt ska underställas SBU:s styrelse. De resurser som regeringen tilldelar SBU bör som särskilda anslagsposter vara destinerade till kunskapsbanken respektive KARM. Ansvaret för innehåll, medelsfördelning och prioritering av projekt både när det gäller kunskapsbanken och KARM föreslås åvila särskilda styrgrupper, en för vardera av de nya verksamheterna.

### **6.1 Inledande förutsättningar**

Av direktiven framgår att utredaren ska lämna förslag till hur de nya verksamheterna ska byggas upp och organiseras. Utredaren ska i enlighet med direktiven även överväga möjligheterna att samorganisera dessa båda verksamheter. Utredaren ska vidare belysa hur de nya verksamheterna ska kunna inordnas under något befintligt organ. Regeringens inriktning är att den nya organisationen för kunskapsbanken ska kunna inleda sin verksamhet den 1 juli 2003.



När det gäller det organ som ska sammanställa och sprida kunskap om rehabiliteringsmetoder ska utredaren även föreslå tidpunkt för ikraftträdande.

Jag redogör i det följande för hur kunskapsbanken för arbetsskadeförsäkringen och det organ som ska ha i uppgift att sammanställa och sprida kunskap om arbetslivsinriktade rehabiliteringsmetoder (KARM) bör organiseras. Jag föreslår vidare hur dessa verksamheter kan inordnas inom ramen för verksamheten i en redan befintlig organisation.

Som framgår av avsnitt 4 föreslås kunskapsbanken för arbetsskadeförsäkringen byggas upp genom att de forskningsresultat som finns och som belyser sannolikheten för att faktorer i arbetsmiljön har egenskapen att kunna orsaka sjukdom eller skada, sammanställs och presenteras i form av systematiska kunskapsöversikter. Översiktterna syftar till att göra den kunskap som finns inom området tillgänglig och känd bland dem som praktiskt har att nyttja den. Syftet är härvidlag i första hand att öka förutsättningarna för likformighet och kvalitet i bedömningen av anmälda arbetsskador.

På motsvarande sätt föreslår jag, som framgår av avsnitt 5, att den kunskap som finns när det gäller metoder inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen ska sammanställas och göras tillgänglig i form av systematiska kunskapsöversikter. Det primära syftet är även här att göra den forskning som bedrivs eller den kunskap som finns, känd för dem som i första hand behöver utnyttja den. Kunskapsöversikten ska därmed fungera som informationskälla och beslutsstöd för försäkringskassorna och övriga rehabiliteringsaktörer såsom t.ex. arbetsgivarna, arbetsmarknadsorganen, företagshälsovården med flera.

Det kan ligga nära till hands att diskutera huruvida kunskapsbanken ska byggas upp inom ramen för en verksamhet och KARM inom ramen för en annan. Jag är dock av den uppfattning att både kunskapsbanken och KARM har mycket att vinna på att samorganiseras. Arbetet är till stora delar likartat, målgrupperna ofta desamma, kansliresurser kan samutnyttjas, gemensamma IT-resurser kan nyttjas osv. Mina resonemang i det följande utgår därför från att de verksamheter som ska byggas upp i form av en kunskapsbank för arbetsskadeförsäkringen och ett organ för sammanställning av arbetslivsinriktade rehabiliteringsmetoder samorganiseras.

## 6.2 Organisatorisk placering

### 6.2.1 Inledande förutsättningar

Som jag anført ovan anser jag att verksamheten som ska bedrivas inom ramen för kunskapsbanken och KARM i stora delar är av liknande karaktär. Den kunskap som inhämtas inom de båda verksamhetsområdena ska, så långt möjligt på vetenskapliga grunder, sammanställas och göras tillgänglig för handläggare och beslutsfattare. Målgruppen är till stor del gemensam nämligen försäkringskassorna (inklusive arbetsskadeenheterna) men även arbetsgivare, arbetsmarknadsmyndigheter och andra med ansvar för arbetslivsriktad rehabilitering förväntas dra nytta av den kunskap som kommer att förmedlas. Jag ser inga hinder för att de nya verksamheterna skulle kunna samorganiseras.

Av direktiven framgår att jag förutom att överväga om de nya verksamheterna kan samordnas även ska pröva om verksamheterna kan inordnas under något redan befintligt organ. Regeringen har i den del som avser hur KARM ska bedriva sin verksamhet påtalat att de erfarenheter som finns från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) ska tas till vara.

Jag har tidigare beskrivit verksamheten vid SBU och CUS. Därutöver finns ett flertal aktörer verksamma inom forskning och kunskapsspridning när det gäller arbetsmiljö och hälsa. Dessa har beskrivits närmare i avsnitt 3. Jag har där också redogjort för en enligt min uppfattning rimlig indelning av de olika myndigheterna utifrån respektive myndighets huvuduppdrag.

### 6.2.2 Urvalskriterier

Enligt min uppfattning finns en rad faktorer som i varierande grad är betydelsefulla vid bedömningen av inom vilket befintligt organ de nya verksamheterna bäst kan placeras.

#### *Kompetens*

De bägge verksamheterna som ska byggas upp är kunskapsintensiva. Förutom den sakkompetens inom verksamhetsområdet som kommer att krävas är det väsentligt för de nya verksamheterna att

de från början ges förutsättningar att bygga upp tillräcklig metodologisk kunskap och kontaktnät.

Det kommer enligt min uppfattning att vara en fördel om de kan inordnas i en miljö som kännetecknas av liknande arbetsuppgifter, dvs. att systematiskt sammanställa och värdera forskningsresultat. Det är vidare enligt min bedömning en fördel om den organisation där verksamheterna inordnas har en sådan kompetens och erfarenhet som är väsentlig i uppbyggnaden av verksamheterna och som verkar i en miljö som kännetecknas av ett kritiskt förhållningssätt.

### *Oberoende*

De nya verksamheterna ska inte bedriva egen forskning. Det är viktigt att så långt möjligt skapa förutsättningar för att de kunskapssammanställningar som kommer att tas fram framstår som "objektiva", dels med avseende på de krav på vetenskaplighet som ställs men också genom att "utföraren" är "pålitlig".

Jag anser att de nya verksamheterna ska byggas upp skilt från socialförsäkringsadministrationen och Arbetsmiljöverket. Det ligger enligt min bedömning en risk i att resultaten från kunskapsbankerna inte uppfattas som objektiva om den organisation som har normering och tillsyn av berörd verksamhet inom ramen för sitt uppdrag samtidigt skulle ha ansvaret för att publicera systematiska kunskapsöversikter som underlag för de bedömningar som görs.

Jag menar vidare att de föreslagna verksamheterna, med uppdrag att på vetenskaplig grund sammanställa och sprida kunskap, inte heller i första hand bör inordnas inom ramen för verksamhet i myndigheter som har ett tydligt tillsynsansvar för de verksamhetsdelar som berörs. En utvecklingstendens är också att ytterligare renodla myndigheters tillsynsroller för att därigenom tydliggöra uppdraget och undvika rollkonflikter inom en myndighet.

Det samma gäller myndigheter som bedriver egen forskning. Jag har tidigare pekat på betydelsen av oberoende från socialförsäkringens administration och jag menar att samma resonemang kan appliceras i förhållande till dessa. En myndighet som bedriver egen forskning riskerar i förlängningen att hamna i en situation där de egna forskningsresultaten kommer att utvärderas.

### *Flexibilitet*

De nya verksamheterna som ska byggas upp kommer inte att vara särskilt administrativt omfattande, åtminstone inte initialt. Det kommer att handla om en förhållandevis liten verksamhet som kommer att arbeta i projektform och anlita forskare för specifika uppdrag som ska genomföras. Jag ser det som en klar fördel att det i den myndighet där verksamheten ska ingå inte finns konkurrerande verksamheter. Det finns då en risk för att den bortprioriteras eller glöms av. Det är enligt min uppfattning också en fördel om den mottagande organisationen inte är allt för stor. Det kan i annat fall finnas en risk för att den relativt småskaliga verksamhet som jag föreslår kan få svårt att hävda sig.

### **6.2.3 Förslag till organisatorisk placering**

Mot bakgrund av vad jag anført ovan anser jag att den myndighet som väljs till sin karaktär ska vara kunskapsgenererande. Myndigheten ska ha ett tydligt uppdrag och finnas inom det kompetensområde som jag redogjort för.

Jag föreslår att de nya verksamheterna inordnas inom SBU:s verksamhet. SBU har i uppdrag att utvärdera sjukvårdens metoder för att därigenom skapa bättre beslutsunderlag för aktörer inom sjukvården. SBU har också i uppdrag att ta fram kunskapsöversikter och synteser över befintligt vetenskapligt material. Enligt min bedömning bedriver SBU en verksamhet som kan jämföras med den som de båda nya verksamheterna ska bedriva. Inom SBU finns förutom den kompetens och sådana erfarenheter som enligt min bedömning gagnar uppbyggnaden av de nya verksamheterna, även en kultur och en tradition på området som jag tror kommer att visa sig betydelsefull.

Jag har tidigare redovisat exempel från SBU:s organisation och arbetsmetoder och även pekat på de skillnader jag ser mellan de nya verksamheterna och SBU framför allt när det gäller arbetsformen och hur projekten läggs upp. De högt ställda kraven på vetenskaplighet som präglar SBU:s arbete kommer inte att kunna direkt överföras på de nya verksamheterna och det är inte heller avsikten. Jag ser dock inte något motsatsförhållande i detta och mot bakgrund av vad jag tidigare anført avseende bl.a. krav på vetenskaplig metodik och ett kritiskt förhållningssätt anser jag att den kompe-

tens och de erfarenheter som finns inom SBU gagnar uppbyggnaden av de föreslagna verksamheterna.

SBU är en s.k. nämndmyndighet. En nämndmyndighet kännetecknas främst av ett begränsat ansvarsområde, organisationens ringa storlek samt framför allt behovet av en kollektiv beslutsform.

I en nämndmyndighet utgör nämnden myndighetens ledning och det är nämnden som inför regeringen ansvarar för myndighetens verksamhet enligt de mål som regeringen har ställt upp. En nämndmyndighet saknar generaldirektör och har i stället en kanslichef eller en direktör med uppgift att svara för den löpande verksamheten enligt de direktiv och riktlinjer som nämnden utfärdar. Regeringen utser kanslichefen/direktören medan nämnden beslutar om övriga anställningar. I SBU:s fall motsvaras nämnden av styrelsen.

Jag föreslår att kunskapsbanken och KARM organisatoriskt ska underställas SBU:s styrelse. De resurser som regeringen tilldelar SBU bör som särskilda anslagsposter vara destinerade till kunskapsbanken respektive KARM. Ansvar för innehåll, medelsfördelning och prioritering av projekt både när det gäller kunskapsbanken och KARM bör åvila särskilda styrgrupper för vardera av de nya verksamheterna.

Som jag tidigare påtalat kommer arbetsmetoderna att skilja sig åt mellan de nya verksamheterna och SBU. Målgrupperna för de nya verksamheterna kommer också att vara andra än de som är primära för SBU. Det gör att publicering av resultaten bör ske fristående från de etablerade former som används av SBU trots att publiceringen sker i SBU:s namn. De resultat som publiceras från de två nya verksamheterna (kunskapsbanken och KARM) bör dock enligt min uppfattning ske i enhetlig form, såväl beträffande medium, webbsida och trycksaker, som beträffande grafisk profil.

Jag vill betona att de förslag jag lägger, inte i något avseende är tänkta att inkräkta på det som karakteriserar SBU:s nuvarande verksamhet.

### 6.3 Ikraftträdande

Av direktiven framgår att arbetet ska inriktas på att kunskapsbanken för arbetsskadeförsäkringen ska kunna starta den 1 juli 2003. När det gäller det organ som ska sammanställa kunskaper om

metoder inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen ska utredaren föreslå tidpunkt för ikraftträdandet.

När det gäller inrättande av en kunskapsbank för arbetsskadeförsäkringen finns redan idag en del material tillgängligt som enligt min bedömning uppfyller kraven på att ingå i föreslagen kunskapsbank. Det arbete som i denna del inledningsvis måste prioriteras är uppbyggnaden av en databas och utvecklandet av en struktur för att göra informationen tillgänglig. Under förutsättning att erforderliga beslut fattas kan ett sådant arbete enligt min bedömning inledas den 1 juli 2003.

När det gäller underlag för att sammanställa effekter av arbetslivsinriktade rehabiliteringsmetoder är förutsättningarna delvis annorlunda. Som framgår av avsnitt 5 saknas idag mycket kunskaper om vilka effekter de olika metoder som används ger. De studier som genomförs i syfte att utvärdera rehabiliteringsmetoder är ofta av relativt bristfällig vetenskaplig karaktär.

Jag har därför, som framgår av avsnitt 5, föreslagit vilka uppgifter som bör prioriteras när den nya verksamheten startar (jfr avsnitt 5.2.3.). Under förutsättning att erforderliga beslut fattas ser jag inget hinder för att även den verksamheten kan starta den 1 juli 2003.

#### 6.4 Beslutsorgan

Som jag tidigare redovisat bör ansvaret för arbetets inriktning och verksamhetens innehåll både när det gäller kunskapsbanken och KARM åvila en särskild styrgrupp för vardera verksamheten.

Jag föreslår därför att två särskilda styrgrupper inrättas, en med ansvar för kunskapsbanken för arbetsskadeförsäkringen och en med ansvar för kunskaperna om effekter av arbetslivsinriktade rehabiliteringsmetoder. Styrgrupperna ska ha till uppgift att fördela anslagna medel genom att prioritera vilka kunskapssammanställningar som ska beställas. Styrgrupperna ska även fungera som kvalitetssäkrare när det gäller urval av forskare som ska anlitas för att genomföra projekten inom olika vetenskapliga ämnesområden. I styrgruppernas uppgifter bör också ingå att ha ansvar för att projekten genomförs i enlighet med vedertagen forskningsmetodik och att utse de forskare som ska fungera som sakgranskare av respektive projekts resultat. Styrgrupperna ska också slutligen god-

känna de kunskapssammanställningar och utvärderingar som publiceras.

Generellt bör styrgrupperna enligt min uppfattning representera relevant sakkunskap inom ämnesområdet och erfarenhet i fråga om forskning och forskningsmetodik.

#### **6.4.1 Styrgrupp för kunskapsbanken för arbetsskadeförsäkringen**

Arbetet med att leda kunskapsbanken kommer att ställa höga krav på styrgruppens ledamöter. Det är enligt min uppfattning därför väsentligt att styrgruppen för kunskapsbanken har tillgång till sakkunskap från skilda områden. När det gäller den medicinska sakkunskapen är det framför allt arbets- och miljömedicinsk kompetens som enligt min bedömning bör vara representerad. Den ledamoten bör utses efter förslag av Svenska läkaresällskapets sektion för arbets- och miljömedicin. Det medicinska området bör därutöver ha ytterligare en representant i styrgruppen. Ledamoten bör utses på förslag från Socialstyrelsen. För att tillgodose behovet av kunskaper om arbetsmiljö och ohälsa i arbetslivet föreslås en ledamot, som utses på förslag från Arbetsmiljöverket, ingå i styrgruppen.

Jag föreslår vidare att det i styrgruppen också ingår en representant med särskild kompetens inom forskningsmetodik. Denna ledamot bör utses på förslag av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.

Jag föreslår att styrgruppens ledamöter utses av SBU:s styrelse. Antalet ledamöter bör uppgå till högst fem. För varje fråga som styrgruppen har att behandla föreslår jag att det utses en huvudföredragande som hämtas från kansliet.

Även styrgruppens ordförande bör utses av SBU:s styrelse.

#### **6.4.2 Styrgrupp för kunskaper om metoder inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen**

Den verksamhet som kommer att bedrivas inom det organ jag valt att kalla KARM kommer att få stor betydelse i framtiden för valet mellan olika arbetslivsinriktade rehabiliteringsmetoder. Detta kommer att ställa stora krav även på styrgruppen för KARM. För

att tillgodose behovet av särskild sakkunskap bör en representant för området rehabiliteringsmedicin och en representant för området socialmedicin ingå i styrgruppen. Dessa ledamöter föreslår jag ska utses på förslag av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap. För att tillföra ytterligare sakkunskap föreslår jag att en representant från företagshälsovården ska ingå i styrgruppen. Den ledamot som ska representera företagshälsovården bör utses på förslag av Arbetslivsinstitutet. Arbetslivsinstitutet ansvarar bl.a. för utbildning av företagshälsovårdens personal och får därmed enligt min mening anses ha god kännedom om verksamheten. På motsvarande sätt som i styrgruppen för kunskapsbanken bör det i styrgruppen för KARM ingå en representant med särskild kompetens i forskningsmetodik som bör utses på förslag av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.

Liksom för kunskapsbanken föreslår jag att styrgruppens ledamöter ska utses av SBU:s styrelse. Antalet ledamöter bör uppgå till högst fem. För varje fråga som styrgruppen har att behandla föreslår jag att det utses en huvudföredragande som hämtas från kansliet.

## 6.5 Referensgrupper

Det är i sammanhanget väsentligt att användarnas behov av kunskaper ges en framträdande roll när det gäller inriktning och prioritering av verksamheten inom ramen för kunskapsbanken och för KARM. Jag föreslår därför att det till såväl kunskapsbanken som till KARM knyts en referensgrupp.

I referensgruppen för kunskapsbanken bör finnas en representant för de arbetsskadeenheter jag tidigare föreslagit ska inrättas (SOU2002:80) vid tre försäkringskassor. För att ytterligare förstärka användarperspektivet föreslår jag att en representant för Riksförsäkringsverket samt två representanter för arbetsmarknadens parter ska ingå i referensgruppen.

I referensgruppen för KARM bör ingå en representant för försäkringskassorna, en representant för Riksförsäkringsverket och en representant från Arbetsmarknadsstyrelsen. På motsvarande sätt som i styrgruppen för kunskapsbanken bör även två representanter för arbetsmarknadens parter ingå.

De båda referensgruppernas ledamöter bör utses av SBU:s styrelse efter förslag av respektive styrgrupp.



## 6.6 Alternativ organisatorisk lösning

Det av mig ovan lämnade förslaget har syftat till att i minsta möjliga mån påverka eller förändra dagens verksamhet inom SBU. Förslaget innebär att nya verksamheter tillförs SBU utan att dess styrelse eller styrelsens funktion påverkas på något avgörande sätt. Vidare innebär förslaget att de operativa ledningarna av de tillkommande verksamheterna renodlas samt att eventuella konflikter i fråga om prioritering i förhållande till SBU:s nuvarande verksamheter undviks.

Om den föreslagna lösningen bedöms vara mindre ändamålsenlig är ett alternativ till organisatorisk lösning att följa SBU:s nuvarande organisation fullt ut. I en sådan alternativ lösning kan enligt min uppfattning SBU:s styrelse utökas med förslagsvis två ledamöter som har relevant kompetens i förhållande till de två nya verksamheternas ansvarsområden. Verksamheten underställs därmed SBU:s styrelse fullt ut.

I en sådan alternativ lösning bör två expertråd inrättas, ett för kunskapsbanken och ett för KARM. Råden föreslås då få motsvarande ställning och uppgifter som SBU:s nuvarande expertråd. I expertråden bör företrädare för relevanta kompetensområden samt användarna vara representerade.

Vad gäller resurstilldelningen kan KARM och kunskapsbanken utgöra två verksamhetsgrenar inom SBU till vilka resurser kan destinerats i regleringsbrevet.

## 6.7 Arbetsformer

### *Projektform*

Arbetet med att ta fram kunskapsöversikter kan läggas upp på olika sätt.

Ett sätt att ta fram kunskapsöversikter är det på vilket SBU arbetar.

Det samarbete som bedrivits mellan Arbetslivsinstitutet (ALI) och AFA där ett antal kunskapsöversikter tagits fram är ett annat. Ett tredje exempel är de kunskapssammanställningar som tas fram av CUS. Detta har tidigare redovisats i avsnitt 2.

Jag föreslår att arbetet med att ta fram systematiska kunskapsöversikter inom ramen för de föreslagna verksamheterna organiseras i projektform. En projektgrupp kan bestå av en eller flera fors-

kare som ges i uppdrag, att utifrån den litteratur och de publicerade resultaten från relevant forskning som finns att tillgå, beskriva och analysera kunskapsläget kring en specifik fråga (vilken kunskap som finns för att en arbetsmiljöfaktor kan orsaka en viss typ av skada eller sjukdom eller effekterna av en viss rehabiliteringsmetod). Vid behov kan oberoende forskare ges i uppdrag att sakkunniggranska det framtagna materialet. Ett annat sätt att få materialet granskat av oberoende forskare är att använda sig av ett remissförfarande.

### *Krav på arbetsprocessen*

För att uppnå så tillförlitliga resultat som möjligt bör den vetenskapliga granskningen enligt min bedömning allmänt sett inriktas på vedertagen metodik.

När det gäller kvalitetsgranskning och sammanställningen av det vetenskapliga materialet krävs ofta att studierna ges olika tyngd beroende på respektive studies kvalitet, och de olika studiernas kvalitet bör därför tydligt rangordnas. Efter genomgång av det vetenskapliga underlaget måste resultaten från de olika studierna sedan vägas samman för att man ska komma fram till en slutsats.

I många sammanhang kan tillförlitliga resultat uppnås utan användandet av formella statistiska metoder. När det gäller KARM kommer det enligt min uppfattning att i stor utsträckning handla om utvärderingar inriktade mot resursinsats, process, resultat och effekter med användande av såväl kvalitativa som kvantitativa metoder.

Det avgörande är att litteratursökningen skett så systematiskt som möjligt, och att detta redovisas, att principer för att utesluta studier anges, samt att man diskuterar effekternas robusthet t.ex. att större vikt fästs vid en större än en mindre studie av samma kvalitet.

Styrkan hos det vetenskapliga underlaget för en slutsats baserad på alla utvalda studier benämns i engelsk litteratur "level of evidence" evidensstyrka. Exempel på viktiga krav för bedömning av en studies bevisvärde framgår av avsnitt 2. Den kan användas som en checklista för att gradera ett arbetes metodologiska kvalitet. Ju fler kriterier som är uppfyllda desto bättre. Det går dock inte att ange några absoluta gränser utan bedömningarna måste ändå göras utifrån ämneskunskap, vetenskaplig kompetens och sunt omdöme.

Jag vill i detta sammanhang betona att jag är medveten om att villkoren för KARM:s arbete åtminstone till att börja med skiljer sig från kunskapsbankens. KARM:s arbetsprocess måste därför inledningsvis utgå från ett mer mångsidigt kunskapsbegrepp (jfr avsnitt 5.6.2).

### *Kanslifunktion*

Jag föreslår att en med SBU gemensam kanslifunktion inrättas med syfte att ansvara för uppbyggnad och underhåll av föreslagen kunskapsbank och av KARM. Kansliresurserna ska också fungera som projektsamordnare. Arbetet inom kansliet ställer krav på generell kompetens när det gäller forskningsmetodik. Erfarenhet av forskningsadministration och kunskap om hur ”goda” forskningsresultat ser ut är väsentlig. Dessutom krävs kännedom arbetslivsområdet. Därutöver behöver kansliet kompetens inom områdena informationssökning, IT och journalistik.

Som framgått tidigare läggs stor vikt vid kvaliteten på litteratursökningsarbetet. Sökstrategierna måste läggas upp så att risk för olika former av selektiv information minimeras.

En litteratursökning kan påverkas av forskarnas personliga preferenser och erfarenheter och begränsas ofta till de stora välkända databaserna över publicerade studier. Mera omfattande och varierade sökstrategier som riktar sig mot olika kunskapskällor kan vara nödvändiga. Kansliet bör därför ha resurser och kompetens för att bedöma och fastställa riktlinjer för hur sökningarna ska gå till i samarbete med den eller de som ska genomföra studien.

För att ge en skriftlig rapport en användarvänlig utformning krävs ett omfattande redaktionellt arbete. Ibland behöver kanske flera dokument, utformade efter behovet hos olika målgrupper, tas fram. Det redaktionella arbetet är också en viktig del av en övergripande kommunikationsstrategi kring hur kunskapsöversikterna ska tillgängliggöras. Kompetens inom journalistik eller motsvarande bör därför finnas inom ramen för kansliets resurser.

## **6.8 Tillgänglighet och servicenivå**

Erfarenheter visar att den kunskap som finns ofta inte i tillräcklig grad blir tillgänglig och känd för de som kan tänkas behöva

utnyttja den. En anledning är troligen att många som är praktiskt verksamma inom ett område av olika skäl inte har möjligheter att följa litteraturen och själva bilda sig en uppfattning om kunskapsläget och dess förändring. I uppbyggnaden av både kunskapsbanken och KARM är det därför angeläget att det fästs stor vikt vid att översätta det vetenskapliga underlaget så att det blir förståeligt och användbart för praktisk tillämpning. Exempel på sammanställningar i linje med vad som enligt min uppfattning skulle kunna spegla ovanstående är t.ex. SBU:s projektsammanfattningar.

Förutom att referensmaterialet alltid ska finnas tillgängligt för den som önskar ta del av dessa bör resultatet av varje projekt publiceras skriftligen i en förenklad form. Sådana publikationer bör i korta drag spegla den vetenskapliga kunskapen rörande en diagnos, metod eller liknande och bör kunna användas som information till allmänheten och andra som efterfrågar informationen.

Varje myndighet ska enligt 4 § förvaltningslagen(1986:223) lämna upplysningar, vägledning, råd och annan sådan hjälp till enskilda i frågor som rör myndighetens verksamhetsområde. De föreslagna sammanfattningarna bör i många fall kunna bidra till att tillgodose allmänhetens krav på de föreslagna organen.

### *Teknisk lösning*

Både kunskapsbanken och KARM bör vara åtkomlig för alla som är intresserade och den samlade kunskapen bör därför göras tillgänglig via Internet. En gemensam databas bör skapas och informationen görs sedan tillgängliga via en gemensam portal eller liknande. En effektiv sökmotor ska göra det möjligt att söka på bl.a. diagnoser, ämnen, arbetsuppgifter och yrken, samt kombinationer av dessa.

För att underlätta handläggningen för i första hand försäkringskassorna och arbetsskadeenheternas personal bör informationen göras åtkomlig direkt från handläggarens "skrivbord". Handläggarna skulle t.ex. via det befintliga intranätet kunna komma direkt till kunskapsbanken och KARM.

## 6.9 Kostnader

Utgångspunkten är att de nya verksamheterna ska anslagsfinansieras. De medel som tillförs verksamheterna bör anvisas inom SBU:s anslagsram men vara särskilt destinerade till de nya verksamheterna. På så vis framgår det tydligt vilka överväganden statsmakterna gör när det gäller de nya verksamheternas omfattning och det innebär vidare att inga inskränkningar i SBU:s nuvarande anslagsram sker. Däremot bör enligt min uppfattning möjligheten att i viss utsträckning samutnyttja vissa av SBU:s befintliga resurser för de nya verksamheterna kunna övervägas.

Kostnaderna för de nya verksamheterna kan enligt min uppfattning beräknas i form av dels en kanslikostnad och dels en projektkostnad.

Kanslikostnaden beräknas i form av lönekostnad för kansliresurser och arvoden för föreslagna styrgrupper och referensgrupper. Till detta kommer också kostnader för lokaler, kontorsutrustning m.m.

Projektkostnaden beräknas i form av en kostnad som innehåller arvoden och reseersättning till forskare och kostnad för tryckning av rapporter.

För närvarande finns stora kunskapsluckor såväl i fråga om arbetsmiljöfaktorers eventuella skadlighet som effekterna av olika arbetslivsinriktade rehabiliteringsmetoders positiva effekter. De kunskaper som verksamheterna förväntas kunna sammanställa och sprida förväntas öka såväl rättssäkerheten inom arbetsskadeförsäkringen som effektiviteten inom rehabiliteringen. Detta motivera enligt min uppfattning att minst 10–12 olika projekt bör pågå kontinuerligt.

Omfattningen av den nya verksamheten beräknas sålunda utifrån ambitionen att 12 kunskapssammanställningar ska produceras årligen och att en väl utvecklad kunskapsbank ska byggas upp, förvaltas och underhållas. Kostnaderna har tagits fram utifrån uppgifter som lämnats av SBU.

När det gäller själva uppbyggnaden av en informationsdatabas beräknas kostnaden i form av lönekostnad och kostnader för inköp av server m.m.

Mer detaljerade beräkningar framgår av bilaga 2.

### 6.9.1 Kanslikostnad

#### *Kansli*

Jag har tidigare redovisat den kompetens som bör finnas i form av kansliresurser för de nya verksamheterna. Jag har vidare anfört att en rimlig produktionsnivå är 12 sammanställningar årligen. Projektsamordnarna bör enligt min bedömning kunna ansvara för 3–4 projekt vardera samtidigt. Det innebär att vid en dimensionering om 4 projektsamordnare skulle minst 12 projekt kunna löpa parallellt.

Jag föreslår därmed att kansliresurser för de nya verksamheterna beräknas enligt följande.

- 4 projektsamordnare
- 0,5 journalist eller motsvarande
- 0,5 informatiker
- 1 IT person
- 2 projektassistenter.

Lönekostnaderna, inklusive sociala avgifter, för kansliresurserna beräknas till 5,9 miljoner kronor för 8 heltidstjänster. Möjligheten att samordna resurserna för journalistik och informatik med nuvarande motsvarande funktioner i SBU bör enligt min bedömning kunna övervägas.

Till detta kommer omkostnader i form av lokalkostnad, möbler, IT-utrustning. Dessa kostnader ska beaktas i det anslag som tilldelas de nya verksamheterna. Kostnaderna för åtta arbetsplatser och kontorsutrustning i form av dator etc. kan beräknas till ca 800 000 kronor.

Kostnaden för hyra av lokaler för den nya verksamheten är beroende av tillgången på lokaler i området. Uppskattningsvis behövs ca 120–130 kvm kontorsyta. Hyresnivån i det område där SBU idag har sina lokaler uppgår till ca 3 000 kronor/kvm. Jag föreslår att hyreskostnaden beräknas i särskild ordning.

Vaktmästeri, ekonomi och ev. annat administrativt stöd förutsätts kunna nyttjas genom de befintliga resurser som finns hos SBU. Eventuella merkostnader som kan uppkomma i dessa avseenden bl.a. beroende av hur lokalisering kommer att ske bör också de beräknas i särskild ordning.

Övriga kostnader för kansliresurserna som resor, kompetensutveckling och konferensverksamhet beräknas till ca

1 800 000 kronor per år. Beräkningen är gjord med utgångspunkt i hur motsvarande verksamhet idag bedrivs vid SBU.

För att samla befintliga kunskapsöversikter och den kunskap som fortsättningsvis kommer att tillföras verksamheterna måste en informationsdatabas skapas. Resurser för att skapa databasen ingår i kansliresurserna ovan. I detta ingår också arbetet med att hitta en ändamålsenlig struktur och en fungerande sökmotor.

Databasen kommer fortsättningsvis fortlöpande att kräva bevakning och uppdatering. Resurser för detta ingår i kansliresurserna ovan.

Den informationsdatabas som ska byggas upp för kunskapsbanken och KARM kräver extern åtkomst. Enligt min bedömning bör den därmed hållas åtskild från den server som SBU har av främst säkerhetsskäl. Merkostnader för inköp av server, sökmotor mm beräknas uppgå till högst 100 000 kronor.

### *Styrgrupper*

Som jag tidigare redovisat föreslår jag att två nya styrgrupper ska bildas för att ansvara för att fördela medel till de projekt som ska starta, att utse forskare till uppdragen och att kvalitetssäkra resultatet. Jag bedömer att styrgrupperna har ett behov av att träffas ungefär varannan månad dvs. sex gånger per år.

Respektive styrgrupp föreslås bestå av högst fem ledamöter. Arvodet beräknas till 1 500 kronor per person och sammanträde. Beloppet kan jämföras med det arvode som utbetalas till ledamöter i SBU:s rådgivande expertgrupp och som f.n. uppgår till 1 100 kronor per person och sammanträde. Mot bakgrund av att styrgrupperna för de nya verksamheterna kommer att ha ett ansvar som går utöver rådgivning finner jag ett sådant arvode rimligt.

Med ovanstående utgångspunkter beräknas kostnaden för arvodet till de föreslagna styrgrupperna uppgå till ca 90 000 kronor per år. Till detta kommer ersättning för resor. Reseersättning beräknas till högst 150 000 kronor per år.

### *Referensgrupper*

Som jag tidigare redovisat föreslår jag att två referensgrupper ska inrättas i syfte att tillgodose användarnas behov av inflytande över

den verksamhet som ska bedrivas inom kunskapsbanken och KARM.

Respektive referensgrupp består av högst fem ledamöter. Jag bedömer att referensgrupperna har ett behov av att träffas ca fyra gånger per år.

Arvodet beräknas till 1 100 kronor per person och sammanträde. Beloppet kan jämföras med det arvode som utbetalas till ledamöter i SBU:s rådgivande expertgrupp.

Med ovanstående utgångspunkter beräknas kostnaden för arvodet till de föreslagna referensgrupperna uppgå till drygt 40 000 kronor per år. Till detta kommer ersättning för resor. Reseersättning beräknas till högst 100 000 kronor per år.

## 6.9.2 Projektkostnad

### *Arvoden och resor*

De forskare som anlitas förutsätts arbeta på uppdragsbasis. Den ersättning som betalas ut bör basera sig på en genomsnittlig forskarlön samt ersättning för sociala avgifter. Kostnaden för ett projekt kommer att variera beroende på projektets omfattning och hur många forskare som behöver engageras. Till detta kommer ersättning för resor. Arvodet till de forskare som engageras bedöms bli detsamma inom båda verksamheterna.

Utgångspunkten för en uppskattad kostnad för projekten är att för större projekt behövs tre forskare på heltid i tre månader och för mindre projekt en forskare på heltid i tre månader. Under förutsättning att 12 projekt genomförs årligen och att hälften av dessa antas vara större beräknas antalet forskarmånader till 72 per år. En forskarmånad beräknas till 90 000 kronor.

Totalt uppgår arvodet för projektverksamheten då till ca 6,5 miljoner kronor per år.

Kostnaden för ersättning för resor uppskattas till ca 900 000 kronor per år.

Som jämförelse kan nämnas att AFA beräknar kostnaden för att ta fram en kunskapssammanställning till ca 600 000 kronor vilket ungefär ligger inom de kostnadsramar jag beräknat ovan.



### *Tryckkostnad*

Tryckkostnaderna beräknas här i enlighet med SBU:s rutiner för beställning av referensrapporter, produktion av rapporter och distribution av rapporter. Kostnaden beräknas till ca 2,6 miljoner kronor under förutsättning att 12 projekt genomförs per år och 3 000 rapporter per projekt tas fram och distribueras.

Som jämförelse kan nämnas att själva tryckkostnaden för en av de publikationer i serien *Arbete och Hälsa* som givits ut av Arbetslivsinstitutet och AFA har beräknats till ca 100 000 kronor för en upplaga om 1 000 exemplar dvs. 100 kronor/exemplar.

När det gäller de kunskapssammanställningar som kommer att tas fram inom ramen för Kunskapsbanken och KARM kommer de att få betydelse för tillämpningen av sjuk- och arbetsskadeförsäkringen

Även om jag föreslår att allt kunskapsunderlag ska finnas tillgängligt via Internet finns det en risk för att informationen inte når alla dem som kan ha användning av den i sitt arbete. Jag finner det därför motiverat att det avsätts medel för en friupplaga av det som publiceras inom Kunskapsbanken och KARM. Utöver socialförsäkringsadministrationen bör även förvaltningsdomstolarna komma ifråga för sådana friexemplar.

Kostnaden för detta bör enligt min uppfattning kunna rymmas inom ramen för den kostnad som beräknas ovan.

### **6.9.3 Total kostnad**

Totalt beräknas kostnaden för de nya verksamheterna upp gå till drygt 18 miljoner varav 10 miljoner avser projektverksamheten och en antagen verksamhetsomfattning motsvarande ett genomförande av 12 projekt årligen.

Kostnaderna beräknas inte skilja sig nämnvärt åt vid ett val av alternativ organisatorisk lösning enligt avsnitt 6.6.

# Kommittédirektiv

**Utredning om ökad koncentration av  
handläggningen av arbetsskadeärenden  
m.m. samt skapandet av en kunskapsbank**

**Dir.  
2002:45**

Beslut vid regeringssammanträde den 14 mars 2002.

## **Sammanfattning av uppdraget**

En särskild utredare skall lämna förslag till utformningen av en i landet koncentrerad handläggning av ärenden enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring och lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd hos försäkringskassorna. Utredaren skall föreslå hur många arbetsskadeenheter som skall bildas, dimensionering av enheterna och varje enhets geografiska ansvarsområde och lokalisering. Vidare skall utredaren lämna förslag om hur arbetet kan organiseras och en ordning som kan tillförsäkra ett nödvändigt faktaunderlag för beredningen av arbetsskadeärenden.

Utredaren skall analysera vilken kompetens som krävs för en effektiv och rättssäker handläggning av arbetsskadeförsäkringen och föreslå kompetenskrav för arbetet i den nya organisationen inom försäkringskassadministrationen. I fråga om den försäkringsmedicinska kompetensen skall utredaren därutöver lämna förslag på åtgärder som leder till höjd kvalitet på underlagen för den försäkringsmedicinska bedömningen av de mer komplicerade arbetsskadorna. Utredaren skall analysera behovet av att försäkringskassor som inte handlägger arbetsskadeärenden medverkar i hanteringen av sådana ärenden, och föreslå den fördelning av ansvaret som framstår som relevant. De olika konsekvenser som en koncentrerad handläggning kan medföra för de försäkrade skall analy-

seras och redovisas. Utredaren skall föreslå en beslutsfunktion som är anpassad till den nya organisatoriska uppbyggnaden för arbetsskadehandläggning.

Utredaren skall föreslå en särskild forumregel för de allmänna förvaltningsdomstolarna i arbetsskademål.

Utredaren skall föreslå hur arbetsskadeärenden som inkommit till försäkringskassan innan den nya organisationen införts ska hanteras.

Utredaren skall föreslå hur en kunskapsbank för frågor om samband mellan arbetsmiljö och sjukdom kan byggas upp och organiseras. Utredaren skall vidare föreslå hur ett organ som sammanställer och sprider kunskap om metoderna inom den arbetslivs-inriktade rehabiliteringen bör utformas och närmare beskriva den verksamhet detta organ bör bedriva. En samorganisering av dessa verksamheter bör övervägas. Utredaren skall vidare belysa hur de nya verksamheterna skall kunna inordnas under något befintligt organ.

## **Bakgrund**

### *Problem med tillämpning och handläggning*

Under de år som arbetsskedeförsäkringen har funnits har ett antal grundläggande problem i handläggningen och tillämpningen av försäkringen påtalats vid såväl granskningar som utredningar. Detta sammanhänger bland annat med de komplexa och svåra bedömningar som ofta måste göras i ett arbetsskadeärende. Kunskapsbrister inom administrationen och behovet av gemensamma utgångspunkter vid bedömningen av arbetsskador framstår som centrala faktorer i sammanhanget. Det material som RFV har tillgång till pekar på stora regionala skillnader vid kassornas bedömningarna av arbetsskador. Detta tyder på icke acceptabla olikheter i tillämpningen.

Det generella arbetsskadebegreppet enligt lagen (1976:380) om arbetsskedeförsäkring ställer särskilt stora krav på utredningen i arbetsskadeärenden. Utredningen grundas främst på den försäkrades egna uppgifter men även på uppgifter och underlag som försäkringskassan får från arbetsgivare, företagshälsovård, den behandlande läkaren, de fackliga organisationernas skyddsombud och Arbetsmiljöinspektionen. En viktig del av utredningen utgörs av

det försäkringsmedicinska underlaget. Därmed avses också det underlag som lämnas av försäkringskassans försäkringsläkare. Det har visat sig att dessa underlag är av skiftande kvalitet. Delvis sammanhänger det med att det saknas en samlad bild över det medicinska kunskapsläget.

### *Koncentrerad handläggning*

Det är viktigt att skapa förutsättningar för mer likartade bedömningar i arbetsskadeärenden. Erfarenhetsmässigt är fördelen med att koncentrera handläggningen av ärenden med hög komplexitet, som alla är unika, till färre specialister att kunskapsnivån och kompetensen hos specialisterna ökar och därmed kvaliteten på utredningarna. En sådan ordning ökar förutsättningarna för likformighet i tillämpningen och rättssäkerhet för de försäkrade och bör få till följd att de regionala skillnaderna i beslut i arbetsskadeärenden minskar. Genomslag för en enhetlig tillämpning av nya regler bör kunna ske väsentligt snabbare om man inte sprider ärendehandläggningen på ett stort antal försäkringskassor. Även den försäkringsmedicinska utredningen vinner på att arbetsskadehandläggningen koncentreras. Kunskaperna hålls då mer samlade och ny kunskap får snabbt genomslag vid den försäkringsmedicinska bedömningen. Det behövs därför en mer sammanhållen hantering av ärenden enligt arbetsskadeförsäkringen. Det enklaste, sett ur perspektivet kunskapsöverföring, vore att inrätta en arbetsskadeenhet för hela riket. Tillämpningen och handläggningen kan dock berikas av att det finns flera enheter med ansvar för samma sakområde och att dessa utbyter erfarenheter.

### *Nya krav på försäkringskassorna*

Tillämpningen av arbetsskadeförsäkringen ställer krav på bedömning av komplexa problem. Detta kommer även att vara fallet efter en reformering av försäkringen. Nya regler har föreslagits träda ikraft den 1 juli 2002 respektive den 1 januari 2003 (prop. 2001/02:81). Dessa regeländringar kommer i sig att ställa höga krav på administrationen. Samtidigt står försäkringskassorna inför den utmaning som hanteringen av den kraftiga ökningen av långtids-sjukskrivna innebär. Regeringens mål att vända den negativa

utvecklingen av sjukskrivningarna kommer att ställa stora krav på försäkringskassorna. Arbetet med arbetslivsinriktad rehabilitering måste av naturliga skäl ske nära den försäkrade. Arbetet med att minska ohälsan är en utmaning av sådan dignitet att det kan finnas skäl att underlätta för försäkringskassorna att fokusera på uppgiften. En översyn av organisationen för arbetsskadehandläggningen är även av detta skäl motiverad.

### *Riksförsäkringsverkets förslag om ändrad organisation*

Riksförsäkringsverket (RFV) har i sin analys av arbetsskedeförsäkringen berört frågan om behov av organisatoriska förändringar (Arbetsskedeförsäkringen – ändamål och funktion. RFV Anser 2001:3). Arbetsskedeförsäkringen handläggs för närvarande vid varje försäkringskassa och regleras i lagen (1976:380) om arbetsskedeförsäkring. Den totala administrationskostnaden för försäkringen uppgick år 2001 till 334 miljoner kronor. Antalet årsarbetare uppgick samma år till cirka 600. RFV föreslår i första hand att en arbetsskadeenhet bildas för hela landet. Denna arbetsskadeenhet bör enligt RFV organisatoriskt tillhöra en försäkringskassa och ansvara för arbetsskadehandläggningen hos alla kassor. RFV bedömer att med dagens ärendevolymer kan effektiviseringsvinsterna, vid en koncentration av handläggningen, medföra att antalet årsarbetare kan minska till omkring 300. RFV anser att antalet arbetsskadeenheter vid behov kan utökas till högst tre.

### *Behov av kunskapssammanställningar*

I regleringsbrevet för RFV budgetåret 2001 gavs verket i uppdrag att utreda förutsättningarna för att utvidga verksamheten vid Försäkringsmedicinskt centrum (FMC) till att även omfatta arbetsskadeutredningar. I uppdraget ingick dessutom att utreda förutsättningarna för en samlad kunskapsbank avseende sambandet mellan arbetsskador och arbetsliv samt placeringen av denna. Uppbyggnaden av banken förutsattes ske i samverkan med lämplig hälso- och sjukvårdshuvudman. RFV redovisade den 29 mars 2001 att man inte såg några hinder mot att FMC:s verksamheten utökades till att även omfatta arbetsskadeutredningar men att beträf-

fande kunskapsbank så krävde det en betydligt större utredning, enligt RFV:s uppfattning, än vad som tidsmässigt varit möjligt.

Det är viktigt för likformigheten i rättstillämpningen att medicinsk enighet uppnås så långt det är möjligt. Inom den medicinska vetenskapen finns olika uppfattningar om skadlighet och orsaksamband. Ett visst mått av oenighet kommer förmodligen alltid att finnas. Det är dock inte acceptabelt att utfallet i försäkringsärendena blir påfallande olika beroende på vilken läkare som lämnat underlag för bedömning av ärendet. Det krävs därför någon form av gemensam grund för det medicinska ställningstagandet. Som hjälpmedel vid bedömningar av arbetsskadeärenden behövs sammanställningar av kunskapsläget beträffande sambandet mellan arbetsmiljö och sjukdom. Sådana sammanställningar bör tas fram och sammanföras i en kunskapsbank.

I dag saknas ofta kunskap om effekterna av de metoder som används inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Regeringen anser det därför angeläget med ytterligare forskning inom detta område. Viktigt är också att resultatet av den forskning som bedrivs är tillgängligt och känt för dem som behöver utnyttja det, exempelvis arbetsgivare och de tjänstemän inom försäkringskassan som arbetar med samordning av arbetslivsinriktad rehabilitering. I en rapport<sup>1</sup> till regeringen framför Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) att mycket tyder på att så emellertid inte är fallet.

En orsak till detta är att det i dag saknas lättillgängliga kunskaps-sammanställningar över resultatet av forskningen inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Att ta fram sådana sammanställningar är dock ofta mycket arbetskrävande och ställer stora kompetenskrav på den som gör dem.

Inom det medicinska området utvärderas olika metoder systematiskt bland annat inom ramen för Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). SBU:s uppgift är att kritiskt granska de metoder som används inom sjukvården och göra en objektiv utvärdering av deras kostnader, risker och nytta. Utvärderingarna bygger på systematiska översikter av den vetenskapliga litteraturen.

Knutet till Socialstyrelsen finns Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS). Syftet med verksamheten vid CUS är att på vetenskaplig grund sammanställa kunskaper och erfarenheter om

<sup>1</sup> Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (2001): Forskningsprogram kring fysiskt och psykiskt orsakade belastningsskador och rehabilitering.

det sociala arbetets värde för klienterna och i ett bredare samhällsperspektiv. CUS skall bidra till utvecklingen av ett professionellt kunskaps- och idéutbyte i socialt arbete genom att skapa och förmedla underlag för en mer kunskapsbaserad utveckling av den sociala praktiken. CUS arbetsfält omfattar i första hand den verksamhet som bedrivs inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg.

Det är enligt regeringens mening av stor vikt att kunskaperna om effekterna av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen förbättras. Som framgår nedan ger därför regeringen den särskilde utredaren i uppdrag att även behandla frågan om ett organ som på motsvarande sätt som SBU och CUS sammanställer och sprider kunskap om metoderna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

## **Uppdraget**

### *Första delen av uppdraget*

#### Koncentrerad arbetsskadehandläggning

En särskild utredare utses för att lämna förslag till utformningen av en mer koncentrerad handläggning av arbetsskadeärenden hos försäkringskassorna. Med arbetsskadeärenden avses även ärenden enligt lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd. Enligt regeringen skall en ny organisatorisk uppbyggnad för arbetsskadehandläggning kunna gälla senast från och med den 1 juli 2003.

Utredaren skall föreslå hur handläggningen av arbetsskadeärenden hos försäkringskassorna skall kunna koncentreras till en eller maximalt fem arbetsskadeenheter. Samtliga tänkbara antalsalternativ skall prövas och redovisas samt för- och nackdelar med de olika alternativen analyseras. Utredaren skall föreslå ett huvudalternativ. Arbetsskadeärenden skall handläggas gemensamt för alla försäkringskassor vid den eller dessa arbetsskadeenheter. Vidare skall utredaren redovisa alla de förberedande åtgärder som krävs för att koncentrationen skall kunna genomföras på bästa möjliga sätt. Utgångspunkten skall vara att kvaliteten på handläggningen och beslutsunderlagen skall höjas, samtidigt som genomströmningstiden skall minska och hållas på en rimlig nivå. Utredaren skall analysera vilken kompetens som krävs för en effektiv och rättssäker handläggning av arbetsskedeförsäkringen och föreslå kompetenskrav för arbetet i den nya organisationen. I sina förslag skall utreda-

ren beakta såväl behovet av intern kompetens som tillgången till extern kompetens. Utredaren bör bland annat överväga hur Arbetsmiljöverkets kompetens kan tas tillvara i arbetsskadeärenden.

Utredaren skall föreslå hur många arbetsskadeenheter som skall bildas, dimensionering av enheten eller enheterna och varje enhets geografiska ansvarsområde. Det skall endast finnas en eller maximalt fem arbetsskadeenheter så att spridning och uppdatering av kunskaper inte försvåras. Vidare skall utredaren lämna förslag om hur arbetet kan organiseras. Utredaren skall föreslå en ordning för beredningen av arbetsskadeärenden som kan tillförsäkra ett nödvändigt faktaunderlag. Det är viktigt att omständigheterna på arbetsplatsen på ett tidigt stadium utreds för en person som drabbas av sjukdom eller skada. Detta har betydelse både för bedömningen av en eventuell arbetsskada och den enskildes möjlighet till rehabilitering. En organisatorisk lösning som underlättar fortlopande kvalitetsarbete i samverkan bör eftersträvas. Om mer än en enhet föreslås skall den organisation som föreslås vara sådan att den möjliggör jämförelser av de olika enheternas prestationer.

Utredaren skall lämna förslag om arbetsskadeenhetens eller arbetsskadeenheternas geografiska lokalisering. Därvid skall beaktas möjligheten till god personalförsörjning och eventuella behov av närhet till forskningsinstitutioner som kan bistå med relevant kunskap inom arbetsskadeområdet.

Regeringen bedömer att införandet av en mer koncentrerad handläggning kommer att minska behovet av resurser avsevärt i jämförelse med nuvarande verksamheter. Regeringen bedömer att koncentrerad handläggning bör ge effektivitetsvinster på grund av de arbetstidsbesparingar som uppstår när utredningar görs av specialiserade och erfarna arbetsskadehandläggare, samtidigt som likformigheten och rättssäkerheten ökar för de försäkrade. Utredaren skall särskilt beakta möjligheterna till effektivitetsvinster och kostnadsbesparingar vid utformandet av förslaget. Utredaren skall bedöma och redovisa vilka effektivitetsvinster och kostnadsbesparingar som är möjliga att realisera vid bildandet av den nya organisationen för arbetsskadehandläggning. Det skall i detta sammanhang beaktas att kvaliteten, rättssäkerheten och ärendegenomströmningen skall öka i den nya organisationen. De olika konsekvenser som en koncentrerad handläggning kan medföra för de försäkrade skall analyseras och redovisas.



### *Försäkringsmedicinsk bedömning m.m.*

Utredaren skall analysera vilken kompetens som krävs för en effektiv och rättssäker handläggning av arbetsskadeförsäkringen och föreslå kompetenskrav för arbetet vid den eller de nya arbetsskadeenheterna. I fråga om den försäkringsmedicinska kompetensen skall utredaren därutöver lämna förslag på åtgärder som leder till höjd kvalitet på underlagen för den försäkringsmedicinska bedömningen av de mer komplicerade arbetsskadorna.

Det skall särskilt övervägas om underlagen för den försäkringsmedicinska bedömningen skall tas fram av ett arbetslag bestående av flera försäkringsläkare med olika specialistkunskaper. Utredaren skall i det sammanhanget också föreslå hur det kan skapas auktoritativa ställningstaganden hos den eller de nya arbetsskadeenheterna som ger tillämpningen av arbetsskadeförsäkringen ökad legitimitet. Främst bör utredaren överväga behovet av att hänskjuta den försäkringsmedicinska bedömningen till en central instans, för de fall ett arbetslag av flera försäkringsläkare inte når samstämmighet.

Utredaren skall överväga vilka kunskapskrav arbetsskadeenheten eller enheterna kan och bör ställa på läkare och andra yrkesgrupper som utfärdar intyg eller avger utlåtanden i arbetsskadeärenden, när intyget eller yttrandet syftar till att klargöra samband mellan skada och arbete.

### *Medverkan från övriga försäkringskassor och lokala aktörer*

De försäkringskassor som inte ska handlägga arbetsskadeärenden bör även i framtiden ha ett visst ansvar för att information och allmän service ges till den enskilde försäkrade. Den försäkrade kan ha behov av lättillgänglig vägledning och hjälp vid utformningen av anspråk på ersättning. Utredaren skall analysera det framtida behovet av medverkan från dessa försäkringskassor i arbetsskadeärenden och föreslå den fördelning av ansvaret mellan kassorna och den eller de nya arbetsskadeenheterna som framstår som relevant. I det sammanhanget skall, utöver den försäkrades behov av information och vägledning i arbetsskadeärenden, utredaren särskilt beakta den nya organisationens behov av underlag från andra ersättningsärenden än arbetsskadeärenden. Vidare skall behovet av samordning mellan olika ärendeslag beaktas. Utredaren bör också belysa frågan om arbetsskada och rehabilitering i samma ärende och vilka konse-

kvenser en koncentration av arbetsskadeärenden kan få för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Utredaren skall belysa vilken kompetens inom arbetsskadeområdet som i framtiden bör finnas på de försäkringskassor som inte ska ha ansvar för handläggning av arbetsskadeärenden. Utredaren skall även redovisa de eventuella konsekvenser en koncentration av arbetsskadehandläggningen kan få för frågor som rör behandlingen av personuppgifter och överväga eventuella behov av förändringar av den s.k. registerlagstiftningen. Detta bör ske samordnat med den pågående översynen av socialförsäkringsregisterlagen inom Socialdepartementet.

Utredaren skall överväga möjligheten för arbetsskadeenheten eller enheterna att utnyttja företagshälsovårdens kompetens vid arbetsplatsutredningar i arbetsskadeärenden. I det sammanhanget skall det särskilt beaktas att företagshälsovården för närvarande inte omfattar alla arbetsplatser. Utredaren skall även bedöma de kostnader för socialförsäkringen som ett nyttjande av företagshälsovårdens kompetens kan medföra.

### *Beslutsordningen i arbetsskadeärenden*

Utredaren skall föreslå en beslutsordning i arbetsskadeärenden som ger förutsättningar för ett effektivt och rättssäkert beslutsfattande i sådana ärenden. Beslutsfunktionen i arbetsskadeärenden skall anpassas till den nya organisationen för arbetsskadehandläggning. Utredaren skall analysera förslaget konsekvenser för de nuvarande socialförsäkringsnämnderna. Vid överväganden om sammansättningen av den nya beslutsfunktionen skall utredaren beakta behovet av sakkunskap, förmåga att värdera bevisning och kunskaper om arbetsmarknaden och arbetsmiljöfrågor.

### *Forumregel*

Enligt den allmänna forumregel som gäller för de allmänna förvaltningsdomstolarna (14 § andra stycket lagen [1971:289] om allmänna förvaltningsdomstolar) skall ett beslut överklagas till den länsrätt inom vars domkrets ärendet först prövats, om inte annat föreskrivits i lag eller förordning. För närvarande handläggs arbetsskademål av samtliga länsrätter. Om handläggningen av arbetsskadeärendena hos försäkringskassorna koncentreras till ett fåtal

arbets-skadeenheter skulle en tillämpning av den allmänna forumregeln medföra att endast ett fåtal länsrätter skulle bli behöriga att handlägga dessa mål. Arbets-skademål bör dock även fortsättningsvis handläggas av en länsrätt som geografiskt ligger nära den enskilde som målet rör. Utredaren skall därför lämna förslag på en särskild forumregel för de allmänna förvaltningsdomstolarna som medför att spridningen av arbets-skademålen bibehålls. Den ordning som i första hand bör övervägas är att låta försäkringskassans beslut i arbets-skadeärenden överklagas till den länsrätt inom vars domkrets den enskilde är folkbokförd vid tiden för överklagandet.

### *Ärenden som inkommit till nuvarande organisation*

Utredaren skall föreslå hur arbets-skadeärenden som inkommit till försäkringskassan innan den nya organisationen införts skall hantearas.

### *Andra delen av uppdraget*

#### Kunskapsbank

Utredaren skall lämna förslag till hur en kunskapsbank för frågor om samband mellan arbetsmiljö och sjukdom kan byggas upp och organiseras. Kunskapsbanken skall omfatta aktuella sammanställningar av vad forskare och experter är såväl ense som oense om i fråga om arbetsrelaterade skador av svårbedömd karaktär. I detta sammanhang skall utredaren beakta att kunskapssammanställningar inom området bör vara lättillgängliga för såväl försäkringsadministrationen som andra intressenter på området.

Utredaren skall vidare föreslå hur ett organ bör utformas som – så långt som möjligt på vetenskaplig grund – sammanställer och sprider kunskap om metoderna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Utredaren skall dessutom närmare beskriva den verksamhet detta organ bör bedriva. Erfarenheterna från hur SBU och CUS bedriver sina verksamheter skall vara utgångspunkt för utredarens förslag i denna del.

Det finns klara beröringspunkter mellan vad ett sådant organ skall arbeta med och det arbete som skall bedrivas inom ramen för kunskapsbanken inom arbets-skadeområdet. Utredaren skall därför överväga möjligheterna att samorganisera dessa båda verksamheter.

Utredaren skall vidare belysa hur de nya verksamheterna skall kunna inordnas under något befintligt organ. Regeringens inriktning är att organisationen för kunskapsbanken inom arbetsskadeområdet skall kunna gälla från den 1 juli 2003. Utredaren skall föreslå tidpunkt för inrättandet av ett organ som sammanställer och sprider kunskap om rehabiliteringsmetoder.

### **Utredningsarbetet**

Utredaren skall i sitt arbete samråda med Riksförsäkringsverket (RFV) bland annat för att ta till vara erfarenheter från RFV:s arbete med koncentration av handläggningen av andra förmåner. Vidare är det angeläget att ta till vara den erfarenhet som finns inom nuvarande organisation för arbetsskadehandläggning. Utredaren skall därför samråda med Försäkringskassaförbundet, Försäkringsanställdas Förbund och SACO-S. Utredaren skall därutöver samråda med övriga centrala arbetsmarknadsparter. Utredaren skall även samråda med Statskontoret avseende företagshälsovårdens förutsättningar att bidra med underlag i arbetsskadeärenden.

Utredningen om utformningen och inriktningen av en analysgrupp för frågor rörande hälsa och ohälsa i arbetslivet har bland annat i uppdrag att föreslå hur en analysgrupp skall kunna bidra till att relevanta forskningsresultat tas till vara på ett konstruktivt sätt och sprids till berörda aktörer (direktiv 2002:4). Utredaren av frågan om koncentrerad handläggning och kunskapsbank inom arbetsskadeområdet skall samråda med utredningen om nämnda analysgrupp. Utredaren skall därutöver samråda med övriga berörda myndigheter och organisationer i den mån det behövs.

### **Redovisning av uppdraget**

#### *Första delen av uppdraget*

Utredaren skall lämna förslag till koncentrerad arbetsskadehandläggning innefattande en ordning för försäkringsmedicinsk bedömning och en anpassad beslutsfunktion senast den 15 oktober 2002. Vid denna tidpunkt skall även förslagets ekonomiska konsekvenser redovisas, såväl kostnaderna för genomförande av koncentration som kostnader för den löpande verksamheten. Förslagets personal-

konsekvenser skall belysas. Behovet av och förslag till författningsändringar skall redovisas.

*Andra delen av uppdraget*

Utredaren skall senast den 15 januari 2003 redovisa förslag till inrättande av en kunskapsbank för frågor om samband mellan arbetsmiljö och sjukdom samt ett organ för utvärdering av metoderna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Vid denna tidpunkt skall även kostnaderna för inrättandet av sådana organ och för den löpande verksamheten redovisas liksom kostnaderna för en eventuell samorganisering av de båda verksamheterna. Behovet av och förslag till författningsändringar skall redovisas.

(Socialdepartementet)

# Kostnads kalkyl för kunskapsbanken och KARM

Uppgifterna har tagits fram utifrån uppgifter som lämnats från SBU.

<i>Personal</i>	<i>Milj. kr/år</i>
4 projektledare á 50 tkr/mån + soc avg	3,60
1 journalist/informatiker á 40 tkr/mån + soc avg	0,72
1 IT-person á 35 tkr/mån+ soc avg	0,63
2 assistenter/sekreterare á 25 tkr/mån + soc avg	0,90
<i>Summa</i>	<i>5,85</i>
<hr/>	
<i>Lokaler</i>	
8 arbetsplatser á 47 tkr	0,38
8 kontorsutrustning/dator/telefon/fax m.m. á 55 tkr	0,44
<i>Summa</i>	<i>0,82</i>
<hr/>	
<i>Övrigt</i>	
Resor, 4 resor per person/år, 6 personer á 3 tkr	0,75
Övernattning/trakt	0,36
Utbildning, kurser m.m.	0,10
Konf. för presentation av rapporter 12 x 50tkr	0,60
<i>Summa</i>	<i>1,81</i>
<hr/>	
<i>IT-utrustning</i>	
Dataserver, sökmotor m.m.	0,10
<hr/>	
<i>Styrgrupper</i>	
Arvoden 10 x 1500 x 6 möten	0,09
Resor 5 personer, 6 möten á 3 tkr	0,09
Övernattning/traktamente 5 personer, 6 möten á 2 tkr	0,06
<i>Summa</i>	<i>0,24</i>

<i>Referensgrupper</i>	
Arvoden 10 x 1100 x 4	0,04
Resor 5 personer, 4 möten á 3 tkr	0,06
Övernattning/traktamente 5 personer, 4 möten á 2 tkr	0,04
Summa	0,14
<i>Summa kanslikostnad</i>	<i>8,69</i>
<i>Projekt</i>	
3 forskare á 60 tkr/mån + soc avg, 6 projekt á 3 mån	4,86
1 forskare á 60 tkr/mån + soc avg, 6 projekt á 3 mån	1,62
Resor, 6 projekt, 3 personer, 5 resor á 3 tkr	0,27
Resor, 6 projekt, 1 person, 5 resor á 3 tkr	0,09
Övernattning, 6 projekt, 3 personer, 5 nätter á 2 tkr	0,18
Övernattning, 6 projekt, 1 person, 5 nätter á 2 tkr	0,06
Internat, 1 per projekt á 25 tkr	0,30
Summa	7,38
<i>Referenser och rapporter</i>	
Referensbeställningar, 12 projekt, 300 ref, á 50 kr	0,18
Tryckn. inkl. sättning 12 rapporter á 150 tkr, 3000 ex	1,80
Distribution, porto	0,60
Summa	2,58
<i>Summa projektkostnad</i>	<i>9,96</i>
<i>Total</i>	<i>18,65</i>