

Arbetsförmåga?

En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder

Delbetänkande av Arbetsförmågeutredningen

Stockholm 2008



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2008:66

Till statsrådet

Cristina Husmark Pehrsson

Vid sammanträde den 31 januari 2008 beslutade regeringen om direktiv (dir. 2008:11) som gav en särskild utredare i uppdrag att utreda begreppet arbetsförmåga. Utredningen har antagit namnet Arbetsförmågutredningen. Med stöd av regeringens bemyndigande förordnade statsrådet Cristina Husmark Pehrsson generaldirektören Anna Hedborg att från den 1 februari vara särskild utredare i utredningen.

Som huvudsekreterare i utredningen har sedan den 1 februari 2008 tjänstgjort utredaren Petter Odmark. Som sekreterare i utredningen har tjänstgjort civilekonomen Ole Settergren (18 februari 2008–30 april 2008) och sedan den 24 april 2008 kanslirådet Patrik Andersson.

Den 18 februari 2008 förordnades som sakkunniga att ingå i utredningen professorn Kristina Alexandersson, PhD forskaren Sören Brage, chefsläkaren Lars Englund, professorn Sven-Ove Hansson, läkaren Claes Hultling, sakkunnige Jan Lidhard, kanslirådet Anna Santesson och ämnesrådet Leif Westerlind. Till att som experter ingå i utredningen förordnades avdelningschefen Jan-Olof Dahlgren, verksamhetsutvecklaren Kristina Hylén Bengtsson och utredaren samt bitr. enhetschefen Jan Larsson.

Arbetsförmågutredningen överlämnar härmed sitt delbetänkande SOU 2008:66 Arbetsförmåga? – En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder.

Stockholm i juni 2008

Anna Hedborg

/ Petter Odmark
Patrik Andersson
Ole Settergren

Innehåll

Sammanfattning	7
Utredningens uppdrag och arbetsformer	11
1 Inledning.....	13
1.1 Arbetsoförmåga	14
1.2 Politisk normering	16
1.3 Sjukdom.....	17
1.4 Förmåga och oförmåga.....	18
1.5 Arbetsförmågekedjan	19
1.6 Funktionstillstånd.....	21
2 Metoder som används i andra länder	25
2.1 Land för land	26
2.2 Jämförelser	32
2.3 Grannländer.....	41
2.4 Luxemburg och Spanien	42
2.5 Utvecklingen av andelen förtidspensionärer.....	44
3 Metoder som används i Sverige.....	49
3.1 Några fakta rörande sjukförsäkringen.....	49
3.2 Försäkringskassans metodsamling.....	51

3.3	Försäkringskassans utvärderingar av metodsamlingen	53
3.4	Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården.....	55
3.5	Riksrevisionen	56
3.6	Kommentarer till metoderna i Försäkringskassans metodsamling	57
3.7	Finns resurser att tillämpa metoderna inom sjukförsäkringen	61
3.8	Utvecklade metoder för kunskapsuppbyggnad.....	64
4	Tillfälligt eller varaktigt	75
4.1	Tillräcklig oförmåga	77
4.2	Övergången mellan tillfälligt och varaktigt	78
4.3	Tillfällig sjukdom ett kärnuppdrag för hälso- och sjukvården	81
4.4	Varaktigt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom ett kärnuppdrag för försäkringen	84
5	Slutsatser och förslag	89

Bilagor

<i>Bilaga 1</i>	Kommittédirektiv	95
<i>Bilaga 2</i>	Medicinskt underlag för bedömning av förmåga att arbeta vid sjukdom.....	115
<i>Bilaga 3</i>	Särskilt läkarutlåtande – för bedömning av rätt till sjukpenning och behov av rehabiliteringsåtgärder	117
<i>Bilaga 4</i>	SASSAM-kartan.....	127
<i>Bilaga 5</i>	Läkarutlåtande – hälsotillstånd.....	131
<i>Bilaga 6</i>	Personal Capability Assessment (PCA)	133
<i>Bilaga 7</i>	Functionele Mogelijkheidelijst (FML)	139

Sammanfattning

Arbetsförmågeutredningens uppdrag har varit att i ett första steg göra en inventering av olika metoder som finns, i Sverige och andra länder, för att bedöma funktion och arbetsförmåga. Uppdraget har också inkluderat att komma med förslag om användbara metoder samt om hur ett arbete med att ta fram ett metodstöd ska genomföras.

Detta betänkande utgör en avrapportering av det första steget. I ett andra steg ska utredningen gå vidare och mer grundligt behandla begreppet arbetsförmåga och hur det används inom olika offentliga verksamheter. Utredningen ska då också studera sjukdomsbegreppet i sjukförsäkringen.

Utredningens slutsats är att det finns mycket att vinna på att tydligare fokusera på funktionstillstånd och arbetsförmåga vid bedömningar av rätt till ersättning inom sjukförsäkringen. En lärdom av den internationella översynen och utredningens övriga arbete är att en direkt politisk normering med hjälp av standardiserade instrument för att göra detta kan spela en konstruktiv roll främst vid bedömningar som rör rätt till mer varaktiga ersättningar. Utredningen är dock inte i dag beredd att ta ställning till hur ett eventuellt nytt instrument bör se ut. Under tidigare skeden i sjukskrivningsprocessen är det utredningens bedömning att arbetet främst bör inriktas på en vidareutveckling av redan påbörjade förändringar. Det är viktigt att slå vakt om det förbättrade samarbetet med hälso- och sjukvården samt att utveckla arbetet med ett mer strukturerat försäkringsmedicinskt förhållningssätt.

Utredningens förslag är att Försäkringskassan ska ges i uppdrag att genom vetenskapliga studier utveckla och utvärdera effekten av de instrument som i dag används inom verksamheten för att bedöma rätten till sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning. Till det som särskilt bör studeras hör i vilken grad olika metoder ger utrymme för de försäkrade att själva vara delaktiga. Den inter-

nationella översynen visar att utrymmet för detta tycks vara större i andra länder som granskats.

Betänkandet innehåller förutom slutsatser och förslag fyra kapitel. *Kapitel 1* innehåller några preliminära reflexioner kring den typ av frågeställningar som utredningen har att behandla. Utredningen konstaterar inledningsvis att arbetsförmåga är ett svårt begrepp att definiera och bedöma. Det existerar i samspel mellan en persons förmåga och kraven i ett arbete. Eftersom rätt till ersättning från sjukförsäkringen vilar på begreppet arbetsoförmåga är det upp till politiken att skapa ett regelverk som gör det möjligt att ändå ta ställning till om någon är tillräckligt arbetsoförmögen på grund av sjukdom för att ha rätt till ersättning. En möjlighet är att genom någon form av politisk normering bestämma att bedömningen ska ske med hjälp av vissa bestämda instrument och metoder. Metoderna måste klara att på ett likformigt och rättssäkert sätt beskriva individens funktionstillstånd och arbetsförmåga. Det är endast den vars funktionsnedsättningar är sådana att personen bedöms vara arbetsoförmögen i relation till sitt befintliga arbete, eller vid längre sjukdom i relation till hela den reguljära arbetsmarknaden, som har rätt till ersättning. Samtidigt vilar sjukförsäkringen på förekomsten av sjukdom och mycket av dess legitimitet utgår från den moraliska särställning som sjukdom intar i relation till andra problem som kan drabba människor.

Genom att introducera begreppet "arbetsförmågekedjan" vill utredningen betona betydelsen av kravet på ett samband mellan sjukdom, symptom, funktionsnedsättning och arbetsoförmåga. Inledningskapitlet avslutas med en beskrivning av WHO:s Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Den nomenklatur som WHO skapat kommer sannolikt att vara vägledande för ett eventuellt nationellt arbete inom området också i Sverige.

Kapitel 2 innehåller en kartläggning av några utvalda länders metoder och instrument för bedömning av funktion och arbetsförmåga. De länder som ägnas särskild uppmärksamhet är Danmark, Storbritannien, Nederländerna och Australien. Samtliga dessa länder har en tydlig politisk normering av hur arbetsförmåga ska bedömas inom ramen för prövning av respektive länders "förtidspension". De utgör exempel på de olika typer av normering som förekommer.

I Storbritannien och Australien görs funktionsbedömningar där slutresultatet summeras i poängform. I Storbritannien krävs en viss

poäng för att ha rätt till ersättning medan det i Australien är ett nödvändigt men inte tillräckligt kriterium att ha uppnått en viss poäng. Även i Nederländerna finns ett standardiserat formulär för funktionsbedömning, men där bygger rätten till ersättning på en matchning av individens funktionstillstånd med de krav som ställs i olika yrken. I slutändan är det hur mycket intjäningsförmågan kan antas vara nedsatt som bestämmer rätten till ersättning. I Danmark arbetar man med en arbetsförmågemetod som innebär en kartläggning av vilka "resurser" en individ har och hur de kan användas på arbetsmarknaden. Den resursprofil som tas fram är mycket bred och bygger på en lång rad faktorer utöver hälsa.

Exemplen visar att politisk normering kan se ut på många olika sätt och att det ofta ligger ett mycket omfattande arbete till grund för att införa strikt formaliserade instrument och metoder. En översikt av andelen förtidspensionärer i olika länder ger inte något tydligt besked om att någon metod helt klart skulle vara att föredra. Val av instrument och metod är också nära förknippat med det övergripande regelverk som finns för de olika ländernas ersättningar.

I *kapitel 3* görs en kartläggning av de metoder och instrument som Försäkringskassan använder i dag. En relativt omfattande samling metoder och instrument ingår i Försäkringskassans metodsamling. Det är oklart i vilken mån arbetet med metoderna har spelat någon roll för den minskning av antalet sjukskrivningar som skett de senaste åren. De utvärderingar som finns tyder på att metoderna är uppskattade men kan inte ge något svar på vilken effekt de har haft.

Utredningen menar att det vore önskvärt med en mer systematisk kunskapsuppbyggnad kring de metoder och instrument som används. Ett stort antal metoder och instrument används i dag för att i princip göra en och samma bedömning. Det görs inte någon riktigt tydlig åtskillnad mellan olika metoder för olika typer av ställningstaganden t.ex. mellan tillfälliga och varaktiga ersättningar.

Utredningen anser att det är viktigt att Försäkringskassan använder ett mer vetenskapligt angreppssätt för att utvärdera sina metoder och arbetssätt. T.ex. krävs randomiserade kontrollerade studier för att kunna veta något om effekterna av olika metoder. Men det behövs också kunskaper kring hur metoder och instrument tillämpas, t.ex. i vilken utsträckning användningen faktiskt påverkar myndighetens beslut, och även analyser av olika instruments reliabilitet och validitet. Det viktiga är att i varje läge

tillämpa den bästa tillgängliga utvärderingsmetodiken och att ställa höga krav på utförandet.

Kapitel 4 behandlar skillnaderna mellan tillfälligt och varaktigt nedsatt arbetsförmåga och hur det finns en önskvärd ansvarsförskjutning mellan sjukvården och försäkringsadministrationen under loppet av en sjukskrivning. I Sverige, liksom i andra länder, innebär långvarig sjukskrivning att prövningen av arbetsförmågan övergår från att prövas i relation till det befintliga arbetet till att prövas mot hela arbetsmarknaden. Så länge som prövningen sker mot det befintliga arbetet är det, relativt sett, lättare att identifiera vilka förmågor som har gått förlorade och vad det innebär för arbetsförmågan. Vid en prövning mot hela arbetsmarknaden krävs en bredare analys och det är inte längre lika klart vad funktions-tillståndet ska relateras till. En prövning mot hela arbetsmarknaden aktualiserar också svåra frågor om omställning till annat arbete och innebär ett stort, och ofta smärtsamt, steg för den försäkrade.

Försäkringskassan har alltid ansvaret för att besluta om rätt till ersättning men tidigt i sjukskrivningsprocessen är det ett beslut som i huvudsak bygger på den information som finns i läkarintyget. Det är viktigt att slå vakt om den samverkan mellan sjukvården och Försäkringskassan som under senare år har utvecklats. I sjukskrivningsprocessens inledningsskede är det försäkringsmedicinsk utveckling och delaktighet från läkarna som är nyckeln till framgång. Tillfälligt nedsatt arbetsförmåga är ett kärnuppdrag för hälso- och sjukvården.

Ju längre ett sjukfall pågår desto mindre blir det en fråga om medicinska bedömningar och desto mer blir det en renodlad försäkringsfråga. I det regelverk som gäller från den 1 juli 2008 ska krävas särskilda skäl för att inte efter sex månader pröva den sjukskrivnes arbetsförmåga mot hela arbetsmarknaden. Vilka som ska avkrävas ett försök att försörja sig själva är mer en fråga om tolkning av försäkringsvillkoren än en medicinsk fråga. Varaktigt nedsatt arbetsförmåga är ett kärnuppdrag för försäkringen och sett till andra länders system är det främst då som olika mer standardiserade sätt att beskriva funktionstillstånd och arbetsförmåga tillämpas.

Förutom själva betänkandetexten finns det också ett antal bilagor. Där presenteras flera av de svenska blanketter och instrument som används av Försäkringskassan samt de brittiska och nederländska formulären för beskrivning av funktionstillstånd.

Utredningens uppdrag och arbetsformer

Enligt regeringens direktiv ska Arbetsförmågutredningens arbete ske i två steg. Detta delbetänkande utgör en avrapportering av det första steget. Utredningens uppdrag har varit att göra en inventering av olika metoder som finns, i Sverige och andra länder, för att bedöma funktion och arbetsförmåga. Uppdraget har också inkluderat att komma med förslag om användbara metoder samt om hur ett arbete med att ta fram ett metodstöd ska genomföras.

Utredningen påbörjade sitt arbete i slutet av februari 2008 och har alltså haft ungefär tre månader på sig att utföra det första steget. Utredningen har haft tre sammanträden med sakkunniga och experter samt en rad olika möten med andra intressenter och aktörer. På den synnerligen korta tid som stått till buds har utredningen koncentrerat sig på att genomföra den beställda inventeringen och att utveckla ett principiellt resonemang kring vilken roll ett nytt instrument eller en ny metod skulle kunna fylla.

Utredningen har inte bedömt det som möjligt att i det här skedet av arbetet komma med några specifika förslag om nya instrument eller metoder.

1 Inledning

De flesta har nog någon gång vaknat upp på morgonen och tvekat; ska jag gå till jobbet i dag? Näsan kanske rinner, lite feber, ont i huvudet. Helt klart förkyld men kanske är det lika bra att släpa sig in ändå, lite kan man väl få gjort. Att vara arbetsförmögen på grund av sjukdom är inte alltid en fråga om ett eller noll. I själva verket är det rätt ofta som svaret inte är helt självklart. I fallet med förkylningen kanske de flesta stannar hemma ett par dagar, om inte annat för att inte smitta kollegor och andra. Men hur skulle vi göra om varje dag kändes likadan? När ett tillstånd blir mer eller mindre permanent blir kanske själva innebörden av "att vara sjuk" en annan. Och hur gör man när övergången från frisk till sjuk inte är lika tydlig som att vakna upp med feber och rinnande näsa? Många har säkert tagit sig till arbetet dag efter dag med ökande besvär och smärtor men en dag blir det bara för mycket och man stannar hemma, kanske främst för att något helt annat än smärtorna blev droppen som fick bägaren att rinna över. Vad är då egentligen skillnaden mellan frisk och arbetsförmögen respektive sjuk och oförmögen?

Att beskriva och bedöma ett begrepp som arbetsförmåga är svårt. Det är komplext, föränderligt och uppfattas på många olika sätt. Icke desto mindre utgör begreppet grunden i en av de viktigaste socialförsäkringarna, sjukförsäkringen. Det är den hälsorelaterade arbetsförmågan som är försäkrad.

Arbetsförmågeutredningens uppdrag är att:

... i ett första steg göra en inventering av de olika metoder som finns i dag, i Sverige och andra länder, för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga. Utifrån denna genomgång ska utredaren föreslå användbara metoder för att mäta och bedöma funktionstillstånd och/eller funktionsnedsättning och arbetsförmåga. Utredaren ska vidare föreslå hur ett mera fördjupat arbete med att ta fram ett metodstöd ska genomföras.

I ett senare skede av utredningen är vårt uppdrag att mer grundligt behandla och analysera arbetsförmåge- och sjukdomsbegreppen. Samtidigt är det svårt att närma sig frågan om hur något ska mätas och beskrivas utan att också beröra de grundläggande egenskaperna hos de storheter som ska studeras. Vi vill därför i detta kapitel inledningsvis beskriva några begreppsmässiga och principiella utgångspunkter som kan användas vid en genomgång och värdering av de olika metoder för att bedöma funktion eller arbetsförmåga som används i Sverige och andra länder.

Denna inledning ska inte ses som några slutgiltiga ställningstaganden från utredningens sida utan utgör några preliminära reflexioner som kan göras när man närmar sig den typ av frågeställningar som vi har att behandla.

Våra reflexioner berör både värderingsmässiga ställningstaganden av vad som kan vara önskvärt inom ramen för en allmän sjukförsäkring och teoretiska och praktiska funderingar kring vad som är viktigt för att få en väl fungerande försäkring.

Det bör sägas att diskussionen här är betydligt mer schabloniserad än vad ämnet egentligen kräver men vi kommer i det fortsatta arbetet att återvända till de olika gråzoner som i riklig mängd befolkar sjukförsäkringens begreppsvärld.

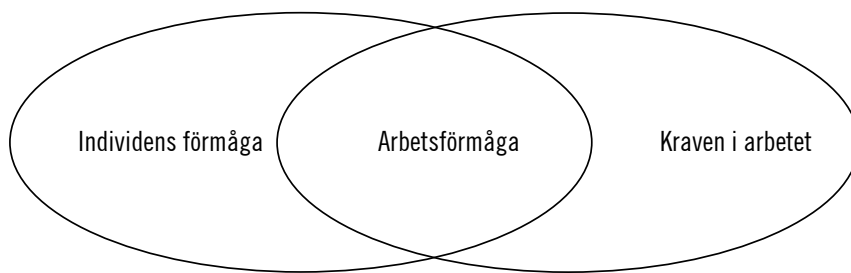
1.1 Arbetsförmåga

Sjukförsäkringen ska ge en inkomstersättning till den som är arbetsoförmögen på grund av sjukdom. Försäkringens administratörer måste alltså kunna skilja inte bara på sjukt och friskt utan också på arbetsoförmåga och arbetsförmåga. Arbetsförmågeutredningen ska bland annat studera metoder för att bedöma och mäta arbetsförmåga. Problemet är att arbetsförmåga inte i sig är en exakt mätbar storhet, det går inte att objektivt slå fast att en person t.ex. är 1.81 meter lång, väger 73 kilo och har 67 procents arbetsförmåga.

Arbetsförmåga existerar i mötet mellan en person och ett arbete (se figur 1.1). Det kan vara ett hypotetiskt möte men det måste likväl vara ett möte. Frågan om förmågan att utföra ett arbete kan inte isoleras från frågan vad arbetet innebär och kräver. I bedömningen av detta uppstår många frågor som ofta är svåra att tydligt besvara. Utgör t.ex. smärta vid utförandet av arbetet alltid oförmåga, hur väl måste arbetet utföras, har det någon betydelse om

man mår bättre av att inte arbeta eller hur många andra med likartade problem som arbetar ändå?

Figur 1.1



Arbetsförmåga som begrepp inom sjukförsäkringen är i minst lika hög grad ett politiskt som ett medicinskt begrepp. Det är ett begrepp som svårligen kan definieras och bedömas helt skilt från sitt välfärdspolitiska sammanhang. När lagstiftaren talar om att skilja på dem som kan försörja sig själva genom förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarknaden och dem som inte kan detta är det i praktiken inte så mycket en medicinsk fråga om vad människor objektivt kan eller inte kan utan en högst politisk fråga om vilka som ska avkrävas att försöka försörja sig själva eller inte. Detta blir särskilt tydligt när man närmar sig en prövning av arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden och en eventuell omställning till ett nytt arbete.

Vad som ska försäkras i sjukförsäkringen avgörs av lagstiftning. En väl fungerande försäkring, en försäkring som är möjlig att administrera på ett likformigt och rättssäkert sätt, måste därför vila på tydliga politiska ställningstaganden till vilka omställningskrav som ska ställas.

Det finns exempel på att olika former av instrument som används för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga i sig utgör ställningstaganden till vad som ska beaktas vid bedömningen av rätten till ersättning. I vissa fall bestäms även vilka nivåer av nedsättningar som krävs. Men de politiska ställningstagandena kan också bestå av tydligare regelverk kring hur nedsättningar av olika slag ska värderas och hur långt kraven på omställning ska sträcka sig.

1.2 Politisk normering

Hur den praktiska bedömningen av arbetsförmåga och rätt till ersättning ska gå till kan visserligen ses som ett i huvudsak administrativt beslut i den professionella förvaltningen. Lagstiftaren beslutar om regler för ersättningar och förvaltningen skapar metoder för att bedöma enskilda fall utifrån dessa regler, men lagstiftaren kan också genom beslut om användning av specifika metoder och instrument skapa en sorts politisk normering som kompletterar de allmänna reglerna.

En regel om att t.ex. funktionstillstånd ska beskrivas med hjälp av ett specifikt instrument kan vara ett uttryck för olika typer av normering. Ett schema med en uppräkningslista av vilka specifika funktioner som ska bedömas kan utgöra ett ställningstagande till vad som ska beaktas vid bedömning av rätten till ersättning. Från svensk horisont skulle en sådan avgränsning kunna vara en konkretisering av lagens begrepp om den "reguljära arbetsmarknaden". Lagstiftaren definierar vad som är relevanta funktioner utifrån en bild av vad som krävs på arbetsmarknaden. Ett ytterligare steg i den riktningen är om lagstiftaren också specificerar vilken funktionsnivå som är förenlig med att kunna "försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden".

En annan typ av normering bygger på att vissa metoder ska tillämpas för vissa grupper. Det kan finnas en oro för att t.ex. vissa diagnoser lämnar ett större utrymme för moralisk risk än andra. När t.ex. de medicinska undersökningsfynden är begränsade, lämnas ett större utrymme för den sjukskrivnes egen tolkning av tillståndet och då kan faktorer som inte är avsedda att spela roll för bedömningen om rätt till ersättning ändå komma att påverka beslutet. Lagstiftaren kan då reglera att i sådana fall ska den mer renodlade medicinska bedömningen kompletteras med t.ex. en bedömning av funktionstillstånd utifrån ett givet schema. Reglerna kring flera av de instrument vi har studerat inkluderar sådana avgränsningar av i vilka fall den medicinska bedömningen är tillräcklig eller inte.

1.3 Sjukdom

Arbetsförmåga påverkas och formas av en lång rad olika faktorer men det speciella med sjukförsäkringen är dess koppling till sjukdom.¹ Det är arbetsoförmåga till följd av sjukdom som ger rätt till ersättning. Kopplingen till sjukdom har en moralisk betydelse. Sjukdom kan drabba vem som helst. Sjukdom är sällan något vi väljer eller råar över. Att vara sjuk har en speciell innebörd även vid sidan av sjukförsäkringen. Den som begår brott till följd av viss sjukdom ställs t.ex. inte till fullt ansvar. Den som är sjuk är befriad från vissa av de krav och förväntningar som omgivningen normalt har på den friske. Att vara sjuk intar en moralisk särställning i relation till många andra problem och bekymmer som kan uppstå i livet. Så har det varit historiskt när familjen haft förpliktelsen att försörja sjuka familjemedlemmar och släktingar. Och så är det fortfarande, bl.a. manifesterat i att sjukförsäkringen ofta är generösare än t.ex. arbetslöshetsförsäkringen. Sjukförsäkringen är ett erkännande av detta, försäkringen är ett uttryck för en politisk välfärdsambition som går ut på att den som är för sjuk för att försörja sig själv har rätt till stöd från andra. I grunden har detta moraliska ställningstagande sina rötter långt bortom den relativt sentida konstruktionen med en allmän sjukförsäkring.

Att sjukdom eller skada är en förutsättning, ett rekvisit, för att få ersättning från sjukförsäkringen innebär att sjukförsäkringen rymmer en annan logik än till exempel arbetslöshetsförsäkringen. Sjukförsäkringens arbetsoförmåga är t.ex. något annat än bristande anställningsbarhet. Den som är arbetslös ska hela tiden avkrävas aktivitet och förväntas att göra allt som krävs för att hitta ett nytt arbete. Arbetslöshetsförsäkringen är en omställningsförsäkring. Den tillräckligt sjuke har tvärtom rätt till lugn och ro. Men eftersom även den som är måttligt sjuk kan avkrävas omställning blir gränsdragningen mellan sjuk och tillräckligt sjuk eller mellan nedsatt arbetsförmåga och tillräckligt nedsatt arbetsförmåga särskilt komplicerad. Att dra gränsen blir politiskt känsligt eftersom krav på omställning som riktar sig mot sjuka lätt kommer i konflikt med människors uppfattning att de som är sjuka intar en särställning.

¹ När vi talar om den som är sjuk i sjukförsäkringens mening omfattas utan att det alltid sägs också de som skadats eller som fötts med funktionsnedsättningar som medför arbetsförmåga.

1.4 Förmåga och oförmåga

Från sjukförsäkringens perspektiv betraktas sjukdom som en händelse, d.v.s. det finns ett före och ett efter, ett friskt jag och ett sjukt jag. Det är skillnaden i arbetsförmåga mellan dessa två tillstånd som utgör det försäkringsmässiga skadebegreppet.² I sin enkla form är skillnaden mellan sjuk och frisk lätt identifierbar och tydlig. I går kunde jag gå, i dag kan jag det inte, i går kunde jag klara mitt arbete, i dag kan jag det inte – en förmåga har gått förlorad. Så länge kopplingen mellan före och efter är tydlig, när det är mitt friska jag som ska jämföras med mitt sjuka jag; så länge är det lätt att se förlusten som central för att bedöma den försäkringsmässiga skadan. Svårare blir det när blicken ska vändas mot det generella i stället för det individuella, när frågan inte längre är vad som gått förlorat när det gäller förmågan att utföra ett tidigare faktiskt arbete utan förmågan att utföra ett nytt hypotetiskt arbete. Frågan blir då inte vilken förmåga jag förlorat i förhållande till kraven i mitt tidigare arbete utan vilken förmåga jag har kvar i förhållande till andra möjliga arbeten, och detta skall eventuellt även ställas i relation till en tänkt arbetsförmögen normalperson.

Slutsatsen blir då att det är vad som finns kvar, förmågan, och inte vad som gått förlorat, oförmågan, som måste bedömas. Den förmåga som gått förlorat kanske inte krävs i det nya hypotetiska arbetet. Det egentliga problemet finns dock kvar. Oavsett om man försöker bedöma vad som gått förlorat eller vad som finns kvar, så uppstår frågan vad som är tillräckligt, vad är det normala? Rätten till ersättning bygger fortfarande på en förlust eller avsaknad av något som de icke ersättningsberättigade har. Det kan också vara problematiskt att fjärma sig allt för mycket från själva händelsen, från förlusten av det som tidigare fanns. En försäkring bygger på att någonting har hänt. I sjukförsäkringen är denna händelse sjukdom eller skada. Förmågan att arbeta kan förändras av helt andra skäl, åldrande till exempel. I sjukförsäkringens sjukdomsbegrepp ligger en idé om en avvikelse från det normala, en sjuklig avvikelse. Att mäta och bedöma arbetsförmåga helt skilt från en förlust till följd av sjukdom riskerar att beröva försäkringen dess skadebegrepp och att vidga den till tillstånd bortom det som ger sjukförsäkringen dess särskilda moraliska legitimitet.

² Det finns också de som föds med en sjukdom eller skada. I sådana fall görs jämförelsen inte mellan före och efter utan med andra i motsvarande ålder.

1.5 Arbetsförmågekedjan

Sjukdom eller skada är ett nödvändigt kriterium för ersättning från sjukförsäkringen men inte ett tillräckligt; sjukdomen eller skadan skall också ha lett till nedsatt arbetsförmåga. Från Försäkringskassan har man under några år arbetat med att sprida budskapet att det är arbetsförmågan som är det avgörande. Det har också skett en utveckling av sjukskrivningsprocessen för att tydligare fokusera på de aspekter, funktionstillstånd och arbetsförmåga, som är avgörande för rätten till ersättning.³

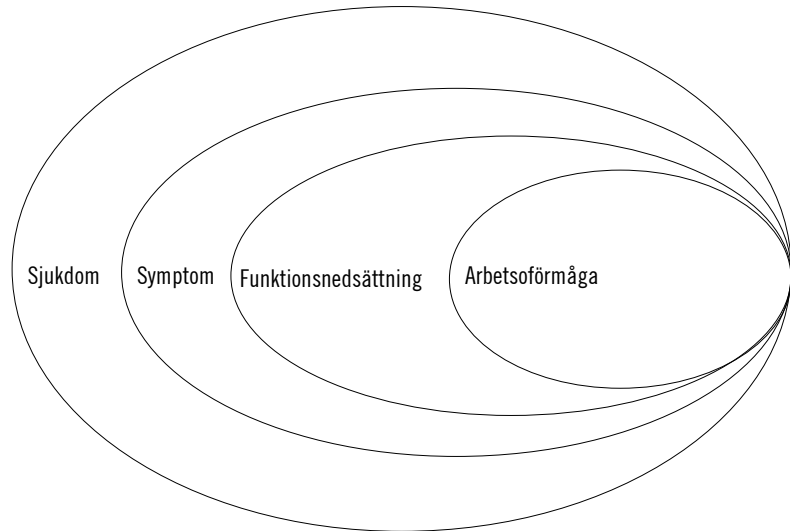
Att fokus flyttas från frågan om vem som är sjuk till frågan om vem som saknar arbetsförmåga är en positiv utveckling så länge som det inte underminerar betydelsen av kopplingen mellan de olika begreppen. Rätten till ersättning måste fortfarande beskrivas utifrån en bild av sjukdom och dess eventuella konsekvenser.

En relativt stor del av befolkningen kan beskrivas som sjuka (se figur 1.2). Den som vill ha ersättning från sjukförsäkringen måste finnas i denna grupp, men den består huvudsakligen av personer som arbetar och inte har för avsikt att göra något annat. Det är fullt möjligt att vara sjuk utan att för den skull besväras nämnvärt av sjukdomen. En del av dem som är sjuka har dock någon form av symptom från sin sjukdom. Dessa kan vara av varierande art och behöver inte leda till några större begränsningar i det dagliga livet. För vissa människor kan symptomen beskrivas i form av funktionsnedsättningar. Förmågan att utföra eller delta i vardagliga aktiviteter har påverkats. I den sista gruppen finns personer med påverkan på arbetsförmågan. Funktionsnedsättningarna är då av sådan art att de har en negativ påverkan på personens förmåga att utföra olika arbetsuppgifter. Arbetsförmågan är nedsatt.

Den som inte kan återfinnas i denna sista delgrupp har inte rätt till ersättning från sjukförsäkringen.

³ Ett exempel på detta är det nya "läkarintyget" där det förväntas en tydlig redogörelse för vad exakt det är i sjukdomen och dess följder som medför begränsningar av förmågan att utföra arbetet.

Figur 1.2



De fyra grupperna kan översättas till en kedja av tillstånd där det krävs en koppling mellan de olika tillstånden. För att ha rätt till ersättning från sjukförsäkringen måste man ha en arbetsoförmåga men en bedömning av rätten till ersättning måste också ta hänsyn till de andra delarna av kedjan. Det krävs ett rimligt samband mellan de olika delarna för att bevisa att det föreligger arbetsoförmåga till följd av sjukdom.



De senaste årens utveckling av den svenska sjukskrivningsprocessen kan beskrivas som en rörelse högerut i arbetsförmågedjan. Mer fokus läggs på att inte bara diagnostisera sjukdom utan på att också kartlägga funktionstillstånd och arbetsförmåga. Till viss del är detta en del av en internationell trend. I flera länder arbetar man med olika instrument och scheman för att beskriva och värdera de högra leden av kedjan.

Gemensamt för de instrument vi intresserar oss för i det här fallet är att de används för att bedöma rätten till ersättning. Det finns också instrument som är mer inriktade på att utreda behov av

stöd och rehabilitering men de kommer huvudsakligen att studeras och behandlas i ett senare skede av utredningens arbete.⁴

Instrument för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga kan i sin tur grovt delas upp i två olika grupper; de som används som ett underlag för att väga en persons tillstånd mot reglerna för rätt till ersättning och de där själva instrumentet direkt ”mäter” rätten till ersättning.

De förstnämnda kan t.ex. ge en bild av en persons funktions-tillstånd som sedan i ett andra led översätts till arbetsförmåga och på så sätt värderas mot kriterierna för ersättningsrätt. De andra bygger på att funktionstillståndet poängsätts och stäms av mot en förutbestämd poänggräns för när någon är berättigad till ersättning.

1.6 Funktionstillstånd

En central del av de olika modeller som vi har studerat är bedömning och mätning av funktionstillstånd. Eftersom detta är ett förhållandevis nytt begrepp i den svenska diskussionen kan det finnas anledning att något närmare beskriva den teoretiska grunden för begreppet.

Det finns ett internationellt vedertaget synsätt på hälsa och sjukdomars effekter i WHO:s Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)⁵. Syftet med ICF är att skapa ett gemensamt språk som grund för att vetenskapligt undersöka människors hälsa och hälsorelaterade tillstånd och för att kunna göra jämförelser, också mellan länder. Den nomenklatur som WHO skapat kommer sannolikt att vara vägledande för ett eventuellt nationellt arbete inom området också i Sverige.

ICF beskriver mänskliga funktionstillstånd och deras begränsningar (relaterade till hälsa) i en struktur som avser att ge möjligheter att se samband och sammanhang. Nationella tillämpningar kan utnyttja fler eller färre av de faktorer som omfattas. Att ett klassifikationsschema, eller ett språk, av det slag som ICF representerar, innebär en viss tolkning av verkligheten och gällande samband kan vara viktigt att vara medveten om.

⁴ I Sverige fyller ofta ett och samma instrument båda dessa syften.

⁵ World Health Organization 2001, översatt till svenska och tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats. www.sos.se

I ICF skiljer man på två aspekter, nämligen (1) funktions-tillstånd och funktionshinder och (2) kontextuella faktorer. Var och en av de två aspekterna innehåller två komponenter;

1. Funktionstillstånd och funktionshinder

Kroppskomponenten

funktioner

struktur/anatomi

Aktiviteter och delaktighet

2. Kontextuella faktorer

Omgivningsfaktorer

ordnade från närmaste till allmän omgivning

(Personliga faktorer)

klassificeras inte i ICF på grund av stora sociala och kulturella variationer

Märk att ICF inte enbart gäller personer med funktionshinder, utan kan tillämpas på *alla* människors hälsotillstånd och hälsorelaterade tillstånd som sammanhänger med olika hälsobetingelser.

Varje komponent kan uttryckas såväl positivt som negativt. En persons funktionstillstånd och funktionshinder uppstår i ett rörligt samspel mellan hälsobetingelser och kontextuella faktorer. De kontextuella faktorerna innefattar såväl personliga faktorer som omgivningsfaktorer, men i ICF ingår enbart omgivningsfaktorer. En grundläggande utgångspunkt när det gäller omgivningsfaktorer är att de kan såväl underlätta som hindra funktion genom (hälso-relaterade) företeelser i den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivningen.

ICF har mer eller mindre tydligt präglats av instrument från olika länder som finns för att klarlägga hälsorelaterad funktions-tillstånd och arbetsförmåga, om än mera som ett bakomliggande raster än som en handbok för att utforma systemen. Det gäller t.ex. för det norska förslaget till Funksjonsvurderinger ved langvarig sykefravaer og ved vedtak om langtidsytelser.

I det norska förslaget till instrument görs en viktig distinktion mellan olika användningsområden för värderingar av funktionstillstånd och arbetsförmåga.

Ska värderingen användas för

- a) *förvaltningsbeslut* om rätt till eller avslag av en försäkringsersättning,
- b) *planering* eller *vägledning* tillbaka till arbete, eller
- c) *utvärdering*

Därmed närmar man sig en av de glidningar som finns i tillämpningen av existerande instrument.

För förvaltningsbeslut blir värden som rättssäkerhet, lika-behandling, förutsebarhet och genomskinlighet viktigast. Lagen styr, och det är då viktigt att tydligt *bortse* från sådant som inte ger rättigheter (t.ex. andra orsaker till bristande arbetsförmåga än sjukdom om det handlar om sjukförsäkringen). Eftersom myndigheten har behov av att strängt vakta porten till försäkringen och stänga ute dem som inte har rätt till långvarig ersättning blir det bilden av sjukdomens effekter och brister i förmåga som hamnar i fokus.

Om det däremot i första hand handlar om att hitta vägar tillbaka till arbete blir *allt* viktigt som i det individuella fallet kan ha betydelse. Annat än det som kan knytas till sjukdomen kan vara det viktigaste. I det fallet är det inte myndigheten, utan individen själv, som är huvudägare till resultatet. Det kan finnas stöd att få från myndigheter, arbetsgivare och andra, men sist och slutligen är det individen som måste ta ansvar för vad hon/han vill och kan. Individualisering, olikhet, fantasi och inte minst individens egen aktiva medverkan blir då viktigast.

Påtagligt är, att många instrument glider mellan dessa två uppdrag. En internationell trend är att man i olika länder ger uttryck för ambitionen att inte koncentrera sig på vad människor inte kan, utan istället identifiera det som finns av förmåga och av kapacitet att försörja sig själv. Detta är en i högsta grad relevant hållning när det gäller planering och vägledning tillbaka till arbete, dvs. det som brukar kallas arbetslivsinriktad rehabilitering eller arbetsmarknads-politiska insatser. Det finns då ingen anledningen att inskränka sig enbart till faktorer som är direkt hälsorelaterade. Faktorer som t.ex. utbildning, språkkunskaper, intressen, motivation eller boendeortens arbetsutbud kan då vara högst relevant.

Om syftet mera utpräglat är att fatta myndighetsbeslut och avgöra om rätt föreligger till förtidspension på grund av sjukdom och därav följande oförmåga är det däremot svårt att undvika att

tala om oförmåga. Personliga förhållningssätt som motivation och intresse tillhör det som då ska sorteras bort som skäl för ersättning.

Även om syftet är att komma till beslut om en sjukrelaterad förmån innebär emellertid synsättet i ICF att det inte går att bortse från att omgivningsfaktorer kan ha betydelse för hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan i det individuella fallet. Att avgränsa vilka omgivningsfaktorer som ska få spela en roll vid beslut om förmån tillhör den nationella lagstiftningens sfär. En person med grava funktionsnedsättningar kan t.ex. vara fullt arbetsför givet att arbetsgivaren hjälper till med anpassning av arbetsplatsen men helt arbetsoförmögen utan sådan anpassning, den typen av omgivningsfaktorer spelar en viktig roll i den svenska lagstiftningen. En person som är HIV-positiv kan helt sakna funktionsnedsättningar men ändå hindras allvarligt när det gäller aktiviteter och delaktighet på grund av omgivningens attityder, den typen av problem kompenseras dock inte för inom ramen för den svenska sjukförsäkringen.

2 Metoder som används i andra länder

Utredningen har i uppdrag att göra en inventering av de metoder, i Sverige och andra länder, som finns för att bedöma arbetsförmåga och funktionstillstånd. Detta kapitel syftar till att ge en översiktlig bild av några sådana metoder.

Alla länder har i någon mening ”metoder” för att bedöma rätten till ersättning men vårt urval bygger på ett intresse för de länder där lagstiftaren har beslutat om användning av vissa specifika instrument för att beskriva funktionstillstånd och/eller arbetsförmåga. Dessa instrument utgör en politisk normering av hur ersättningsrätten ska bedömas och utgör därmed komplement till de mer allmänna lagar och regler som kan finnas om vem som har rätt till ersättning. För Sveriges del är det främst denna typ av normering som är intressant och som skulle utgöra ett principiellt nytt inslag i den svenska lagstiftningen.

De länder (Danmark, Holland, Storbritannien, Australien) som belyses extra ingående lyfts ofta fram som intressanta exempel och är länder där vi på den korta tid som stått till förfogande kunnat hitta tillräcklig information för att teckna en bild av metoderna.¹ Några andra länder nämns mera översiktligt därför att de är intressanta ur någon specifik aspekt.

¹ Information om de olika ländernas system och tillvägagångssätt har erhållits från olika OECD-dokument (t.ex. från publikationsserien ”Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers” och ”Transforming Disability into Ability”) samt information som finns att tillgå på OECDs webbplats om förtidspensioner www.oecd.org/els/disability. Vi har också använt ländernas lagtexter samt personliga kontakter i de olika ländernas administrationer.

2.1 Land för land

Gemensamt för alla de aktuella ländernas metoder är att de används vid prövning av rätten till mer eller mindre varaktiga ersättningar av förtidspensionstyp. Det görs en tydlig åtskillnad mellan hanteringen av sjukpenning och förtidspension. I sjukpenningärenden spelar den behandlande läkaren som regel en viktigare roll medan förtidspensionsbesluten i högre grad bygger på andra aktörers bedömningar.

Danmark

Sedan 2003 gäller nya regler för förtidspension i Danmark. För vår del är det arbetsförmågebegreppet (arbejdsevnekriteriet) och metoden för att bedöma arbetsförmågan (arbejdsevnet metoden) som är av störst intresse. Det finns dock även andra iakttagelser som är värda att omnämna.

I och med en förtidspensionsreform år 2003 avskaffades partiella ersättningar, vilka tidigare hade beviljats personer med minst 50 procents arbetsförmåga. Förtidspension ges numera endast som "hel" och kan beviljas till den vars arbetsförmåga inte räcker för att personen ska kunna försörja sig själv på arbetsmarknaden. Arbetsförmågan måste vara permanent reducerad till mindre än en tredjedel och i sådan omfattning att inte ens arbete i ett så kallat "Fleksjobb" är möjligt.² Tidigare inkomst eller sysselsättning tillmäts ingen betydelse vid bedömningen. Pensionen utgår med ett enhetligt belopp.

Samma metod för att bedöma arbetsförmåga används vid prövning av yrkesinriktad rehabilitering, fleksjobb och förtidspension (metoden kan, men måste inte, användas vid beslut om sjukpenning).

Arbetsförmågemetoden bygger på en standardiserad mall med 12 faktorer (lika i hela Danmark) och innebär en kartläggning av vilka "resurser" en person har och hur de kan användas på arbetsmarknaden, en så kallad resursprofil. Resursbegreppet är brett och omfattar långt mer än bara personens hälsostatus.

² Ett fleksjobb innebär att arbetsgivaren erhåller en permanent lönesubvention som kompensation för personens produktivitetsförlust till följd av en reducerad arbetsförmåga. Denna subvention kan uppgå till två tredjedelar av lönen. Den anställde i fleksjobbet erhåller en standardlön.

Resursprofilen behandlar följande områden:

- Utbildning
- Arbetsmarknadserfarenhet
- Intressen
- Social kompetens
- Omställningsförmåga
- Inlärningsförmåga
- Arbetsrelevanta önskningar
- Prestationsförväntningar
- Arbetsidentitet
- Boende och ekonomi
- Sociala nätverk
- Hälsa

Alla områden behöver inte vara relevanta i varje ärende och handläggaren ska fokusera på dem som har betydelse för arbetsförmågan.³

Arbetet med att ta fram en resursprofil sker naturligen stegvis eftersom den ska användas vid flera på varandra följande bedömningar. Utmärkande för den danska modellen är en nära samverkan mellan handläggaren och den försäkrade, resursprofilen ska vara resultatet av en dialog. Individens medverkan i arbetsförmågebedömningen anses vara av sådan vikt att den regleras i lag.

Undersökningar har visat att denna delaktighet uppskattas av de inblandade. Man har även sett en halvering av antalet överklaganden, vilket antyder att legitimiteten i besluten har stärkts.

Den färdiga resursprofilen utgör grunden för bedömningen av kommunens beslutsfattare. I den mån den försäkrade anses vara arbetsförmögen ska det i beslutet ges exempel på vilka arbeten som motsvarar resursprofilen.

Storbritannien

I Storbritannien används sedan 1995 ett instrument som kallas för Personal Capability Assessment (PCA) för att avgöra rätten till förtidspension (Long Term Incapacity Benefit).

³ Även om det finns en tydlig ambition att komma bort från en fokusering på hälsofaktorer visar det sig att dessa fortfarande betonas långt mer än andra resurser när det gäller de reella bedömningarna.

Personer som genomgår PCA har som regel erhållit så kallad Short Term Incapacity Benefit under flera månader, vilket är den ersättning som tar vid då arbetsgivarens sjuklöneperiod på sex månader upphör. PCA används således inte under sjuklöneperioden. En prövning av rätten till förtidspension kan däremot göras direkt för arbetslösa personer och för egenföretagare.

En betydande andel av alla ansökningar om Incapacity Benefit (IB) godkänns utan att en PCA behöver genomföras.

PCA är ett omfattande formulär med frågor som syftar till att klargöra fysiska och mentala funktionstillstånd och där resultatet redovisas som en sammanlagd poängsumma. För de fysiska funktionerna krävs 15 poäng för att ha rätt till IB (ges endast som hel ersättning) och för de mentala krävs 12 poäng. Den fysiska bedömningen omfattar 14 olika områden och beskriver olika vardagliga aktiviteter där varje grad av begränsning ges en specifik poäng. Den mentala delen omfattar fyra områden men utan graderade begränsningar, även här ges specifika poäng för varje form av begränsning. Avsaknaden av gradering på det mentala området gör att det krävs flera olika typer av begränsningar för att nå upp till 12 poäng.

Den del av formuläret som rör fysiskt funktionstillstånd fylls i av den försäkrade själv medan den mentala delen behandlas i dialog med särskilda försäkringsläkare. Ett möte med läkaren blir aktuellt om läkaren bedömer att det är önskvärt, om det finns anledning att värdera de mentala förmågorna eller om det finns risk för avslag på ansökan. Beslutet om förtidspension fattas av en "Benefit Decision Maker" på Jobcentre Plus (en så kallad one-stop-shop) och baseras på det frågeformulär som personen måste fylla i vid ansökan om en pension, information från den behandlande läkaren samt från PCA.

PCA har i sin nuvarande utformning huvudsakligen handlat om att utifrån fysiska funktioner (såsom att kunna gå i trappor etc.) bedöma rätten till ersättning från förtidspension. Man har således inte haft fokus på att bedöma arbetsförmågan i sig och vad personen kan tänkas klara av istället.

I Welfare Reform Act 2007 (som antogs av parlamentet 3 maj 2007) uttrycks bland annat att PCA ska utvecklas i linje med förändringarna i samhället. Kort innebär detta att man striktare ska beakta vad personen verkligen kan göra trots eventuella funktionsnedsättningar samt ett fokus på bland annat psykisk ohälsa och arbetsrelaterade insatser. Från oktober 2008 kommer därför en ny version av PCA att användas, den så kallade Work Capability

Assessment (WCA). Analyser indikerar att WCA kommer att innebära att färre personer får ersättning jämfört med i dag.⁴

I och med införandet av WCA kommer poängbedömningen av psykiska besvär att ändras och likställas med bedömningen för fysiska besvär, vilket inte var fallet med PCA. Vidare kommer en ny ersättningsform (Employment and Support Allowance, ESA) att ersätta dagens IB.⁵

En WCA ska pröva rätten till ESA och kommer att pågå under ungefär 13 veckor från det att en ansökan görs. Av de personer som blir beviljade ESA, och därmed bedöms ha en funktionsnedsättning som inte gör det möjligt att arbeta, kommer WCA också att bedöma om deras funktionsnedsättning är av sådan karaktär att den även begränsar möjligheten att delta i arbetsrelaterade aktiviteter. Man uppskattar att 90 procent av alla personer kommer kunna delta i någon form av arbetsaktivitet (uteblir man från sådan så minskar ersättningen). Grundtanken med WCA är att i stort sett alla kan utföra någon form av arbete om de får rätt stöd.

Nederländerna

Vid bedömningen av rätten till förtidspension (IVA) används i Nederländerna ett formulär som kallas Functionele Mogelijkhedenlijst (FML).

Bedömningen påbörjas efter en sjuklöneperiod på två år och görs av en särskild försäkringsläkare hos UWV, som är Nederländernas motsvarighet till Försäkringskassan. Försäkringsläkaren undersöker endast hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan, inte vad som kan göras för att komma till rätta med sjukdomen. Försäkringsläkarens bedömning börjar med en genomgång av den redogörelse som gjorts av tidigare vidtagna åtgärder för återgång i arbete från såväl den försäkrades som från arbetsgivarens och företagshälsovårdens sida. Denna redogörelse ska tydligt visa varför en återgång i arbete ej varit möjlig.

Därefter fyller försäkringsläkaren i FML-formuläret. Formuläret beskriver den försäkrades möjligheter och begränsningar att utföra arbete. Försäkringsläkarens bedömning ligger till grund för

⁴ Transformation of the Personal Capability Assessment. Technical Working Group's Phase 2 Evaluation Report, Department for Work and Pensions, November 2007.

⁵ Explanatory memorandum to the Employment and Support Allowance Regulations 2008, 2008 No. 794 and the Employment and Support Allowance (transitional provisions) Regulations 2008, 2008 No. 795, Department for Work and Pensions.

ett ställningstagande från UWVs sida till om det gjorts tillräckliga ansträngningar för att personen skulle ha kunnat återgå i arbete.

FML omfattar följande sex områden och inkluderar fysiska, kognitiva, emotionella och sociala aspekter:

- Personliga (mentala) funktioner
- Sociala funktioner
- Anpassning till fysiska omgivningskrav
- Dynamiska, fysiska funktioner
- Statiska, fysiska funktioner
- Arbetstider

Terminologin ansluter till ICF. Varje område är uppdelat i en rad olika aktiviteter och funktioner. Den försäkrades möjligheter och begränsningar graderas, i regel från 0–5. Graderingen 0 innebär en avsaknad av begränsningar. Det görs inte någon sammanlagd poängberäkning.

Om försäkringsläkaren bedömer att personen kan arbeta helt eller delvis hänvisas han eller hon till en s.k. arbetssakkunnig på UWV, som matar in uppgifterna från FML i en databas (CBBS).⁶ Med utgångspunkt i individens möjligheter presenterar databasen en lista på lämpliga arbeten samt lönerna för dessa arbeten. Denna lista ligger sedan till grund för bedömningen av den resterande *intjäningsförmågan*.

Den nederländska sjukförsäkringen har således inte samma arbetsförmågebegrepp som t.ex. den svenska. Arbetsförmågebegreppet uttrycks i stället som en intjäningsförmåga, vilken är skillnaden mellan en persons inkomst före sjukfallet och vad personen kan antas tjäna därefter. Om intjäningsförmågan understiger 20 procent av den tidigare inkomsten kan hel förtidspension beviljas (IVA). Med en intjäningsförmåga på 21–65 procent betalas en ersättning ut som beräknas på mellanskillnaden mellan den gamla inkomsten och den antagna nya inkomsten (WGA).⁷

⁶ Databasen innehåller information om den nederländska arbetsmarknaden, såsom en lista på arbeten, löner och de fysiska och psykiska krav som ställs i olika arbeten.

⁷ Schweiz använder sig också av begreppet intjäningsförmåga. Den arbetsmarknad som beaktas vid beslutet om eventuell förtidspension är en så kallad "teoretisk balanserad arbetsmarknad". Denna definition är en kompromiss mellan att enbart se till faktiska vakanser och att bortse från arbetsmarknadsläget helt och hållet. På så sätt fås också en mer rättvis bedömning mellan individer över tiden. Ett annat element i Schweiz bedömning är att intjäningsförmågan måste vara "rimlig" i förhållande till personens tidigare inkomst, utbildning etc. Om intjäningsförmågan anses vara reducerad med minst 40 procent erhålls en partiell pension och vid 70 procent en hel pension.

Australien

I Australien används något som heter Job Capacity Assessment (JCA).

I stort sett alla som ansöker om en förtidspension (Disability Support Pension, DSP) eller som begär undantag från aktivt arbets-sökande på grund av hälsoskäl måste genomgå JCA, vilket är nytt sedan 2006.

Australiens förtidspensionssystem har under de senaste 20 åren radikalt förändrats från att ha varit ett passivt bidragssystem till att mer och mer likna en arbetslöshetsförsäkring. Den senaste reformen "Welfare-to-Work" från 2006 innebär att alla personer betraktas som arbetslösa med speciella behov. Förtidspension erhålls sedan 2006 endast om arbetsförmågan understiger 15 timmar per vecka (sänkt från 30 timmar innan reformen). De med en arbetsförmåga mellan 15–29 timmar får arbetslöshetsersättning och måste aktivt söka hel- eller deltidsarbete.

En JCA syftar till att klarlägga en persons arbetsförmåga och avgöra vilken typ av stöd som kan vara aktuellt. För att kvalificera sig för förtidspension måste två villkor uppfyllas – personen måste få minst 20 poäng enligt ett så kallat "Impairment Assessment Table" (IAT) och dessutom vara oförmögen att arbeta minst 15 timmar per vecka i ett arbete som ger minst minimilön. IAT kan ses som en metod för att bedöma vilken funktionsnedsättning som följer av en sjukdom/skada. Den som når minst 20 poäng kan få sin CITW (Continuing Inability To Work) prövad.

JCA utförs i ökande grad av privata företag. Utvärderarna är oftast arbetsterapeuter, psykologer eller rehabiliteringsrådgivare. Vid genomförandet av JCA har den ansvarige utvärderaren ett personligt möte med individen som tar ungefär två timmar. Mötet utgår från individens medicinska journaler, arbetshistoria och annan relevant information om personen. Det slutliga beslutet tas därefter av Centrelink (Australiens one-stop-shop-myndighet), som nästan alltid följer rekommendationen från JCA. Hela processen tar sammanlagt ungefär tio dagar.

IAT omfattar 24 olika kapitel kopplade till olika sjukdoms- eller funktionsområden, till exempel hudsjukdomar och skelettets funktion. För varje kapitel finns det en tabell där olika grader av symptom och funktionsnedsättningar ger olika poäng. En värdering ska bara göras för det eller de kapitel som motiveras av den försäkrades sjukdom/skada.

Minst 20 poäng enligt IAT är ett nödvändigt men inte tillräckligt kriterium för att beviljas förtidspension. Det kan vara så att en persons individuella resurser gör att han/hon ändå är fullt kapabel att arbeta. Vid bedömningen av den frågan värderas dels sjukdomens/skadans påverkan men även andra fysiska och intellektuella egenskaper. Det är inte den nuvarande arbetsförmågan som beaktas i JCA utan möjligheten att personen *inte* kommer att kunna arbeta minst 15 timmar per vecka inom de närmsta två åren efter att olika former av stöd såsom utbildning och rehabilitering har prövats. Bedömningen ska inte ta hänsyn till den försäkrades anställningsbarhet, egna önsknings om form av arbete eller arbetets geografiska belägenhet. Man ska inte heller ta någon hänsyn till den försäkrades möjligheter att få sådan utbildning eller träning som skulle behövas för arbetet.

Till skillnad från situationen i Sverige och många andra länder, kommer majoriteten av alla nybeviljade förtidspensionärer i Australien direkt från arbetslöshet eller står helt utanför arbetsmarknaden. Mycket få (mindre än 2 procent) kommer från sjukskrivning. Huvudanledningen till detta är att sjuklön endast betalas under tio dagar. I de fall sjukfallet varar längre än de dagar man har rätt till kan man få sjukpenning under förutsättning att man fortfarande har kvar sitt arbete. Eftersom arbetsrätten är mindre strikt i Australien är det vanligt att personer som är sjukskrivna förlorar sina arbeten och därmed blir arbetslösa. Mycket få personer uppbär således sjukpenning från det offentliga.

2.2 Jämförelser

Samtliga de studerade modellerna behandlar rätten till respektive lands förtidspension. Det finns dock skillnader med avseende på i vilken grad modellerna tillämpas på alla sökande och om det finns utrymmen för beslut på andra underlag.

Tabell 2.1 Vilka omfattas?

Danmark	Storbritannien	Nederländerna	Australien
Arbejdsevne-metoden skall i princip alltid användas men undantag kan göras när det är helt uppenbart att en person är arbetsoförmögen och att det inte finns någon chans till förbättring. Exempel på detta är personer med allvarliga utvecklingsstörningar eller allvarliga hjärnskador. Den försäkrade kan också själv begära att få sin sak prövad på befintligt underlag.	En PCA behöver inte genomföras vid vissa specifika tillstånd som t.ex. blindhet. En PCA behöver inte heller genomföras om det är uppenbart utifrån annan dokumentation att en person har rätt till ersättning. Undantagen omfattar en betydande andel av alla ansökningar.	Vissa grupper kan undantas från en funktionsvärdering. Det gäller personer där det är helt uppenbart att ingen bedömning är nödvändig och inkluderar den som är inlagd på institution, är sängbunden eller är helt oförmögen att sköta sig själv i vardagen. Detta anses dock vara mycket begränsade undantag och utgör en liten del av alla aktuella fall.	Rätt till DSP finns för blinda, personer som gått i speciell särskola, personer med vissa typer av handikappersättning ar som unga.

Samtliga modeller bygger på att vissa funktioner, symptom och förmågor ska bedömas men det finns tydliga skillnader mellan vad det är som ska beskrivas.

Tabell 2.2 Vad bedöms?

Danmark	Storbritannien	Nederländerna	Australien
Det danska resursbegreppet är väldigt brett. De bedömningar som görs är mer kvalitativa än kvantitativa och lämnar stort utrymme för anpassning till den individuella situationen.	Funktionerna i PCA är i huvudsak konkreta och vardagliga; hur långt kan man gå, hur länge kan man sitta, är jag rädd för att gå ut ensam? Varje påstående skall besvaras med ja/nej, kan/kan inte.	FML har stora likheter med PCA men är mer detaljerad med fler specifika funktioner. Skiljer sig också från PCA genom att även den mentala delen bygger på gradering av hur mycket en funktion är nedsatt.	IAT syftar till att identifiera olika begränsningar och funktionsnedsättning ar men varje kapiteltabell har sin egen logik. Flera områden beskriver i vilken grad olika typer av sjukdomar leder till begränsningar i vardagslivet och det görs ingen tydlig åtskillnad mellan olika funktioner medan andra mycket specifikt syftar till att mäta en grad av specifik funktionsnedsättning; t.ex. bredden på synfältet eller vilken vinkel som huvudet kan vridas i.

I respektive land används delvis olika metoder för att samla in och värdera den information som krävs för de olika modellerna. Det finns inslag av självrapportering där den försäkrade på egen hand värderar sitt tillstånd men också av olika former av samtal och undersökningar samt ställningstaganden på basis av andras dokumentation.

Tabell 2.3 Hur görs bedömningen?

Danmark	Storbritannien	Nederländerna	Australien
Den danska modellen bygger på samtal och dokumentation med och från ett stort antal aktörer. Det är upp till kommunen att skaffa all den information som behövs och det finns ingen specifik metod för detta. Den röda tråden är dock en nära samverkan med den försäkrade. Brukarmedverkan är ett mål i sig och anses vara nödvändigt för en bra process.	Här kombineras flera olika metoder. Den försäkrade skattar själv sina fysiska funktionsbegränsningar, de mentala kartläggs i samtal med utredande läkare och kompletterande dokumentation skaffas från behandlande läkare.	Det är försäkringsläkaren som fyller i FML. Till sin hjälp har läkaren en dokumentation av de åtgärder som vidtagits under de två år som sjukfallet har pågått. Om försäkringsläkaren bedömer att personen kan arbeta helt eller delvis kommer en arbetsakkunnig att göra en bedömning av hur funktionsbegränsningarna påverkar intjäningsförmågan.	JCA-handläggaren ansvarar för att kartlägga den försäkrades status. Handläggaren gör både en IAT- och JCA-bedömning utifrån befintlig dokumentation och samtal med den försäkrade. Det slutliga beslutet om ersättning tas därefter av Centrelink

En funktionsvärdering eller liknande är bara en del av en bredare modell för bedömning av arbetsförmåga och för beslut om vem som har rätt till ersättning. Länderna har olika sätt att relatera utfallen av metoderna till frågan om ersättning och arbetsförmåga.

Tabell 2.4 Hur används utfallen av metoderna?

Danmark	Storbritannien	Nederländerna	Australien
Den danska modellen bygger på en bedömning av vad individens resurser räcker till på arbetsmarknaden. I de fall då en person bedöms som arbetsförmögen ska det tydligt framgå i vilken sorts arbete och hur resurserna kan matchas med konkreta arbetsuppgifter. Bedömningen görs mot hela arbetsmarknaden.	Resultatet av PCA är i princip tillräckligt för att bedöma arbetsförmågan. Det krävs helt enkelt 15 poäng eller mer för att ha rätt till IB.	Den holländska modellen liknar på sätt och vis den danska. Resultatet i FML läggs in i en databas som genererar en lista på lämpliga arbeten som sedan ligger till grund för bedömningen av intjäningsförmågan. De stora skillnaderna är att FML är ett tydligare verktyg än den danska resursprofilen och att det är intjäningsförmågan som bedöms.	Här kombineras den brittiska poänggränsen med CITW-bedömningen, för vilken det också finns relativt tydliga riktlinjer avseende vilka aspekter som får påverka bedömningen. Tjugo poäng i IAT är ett nödvändigt men inte tillräckligt kriterium.

Andra viktiga aspekter av varje bedömningsmodell är hur resurskrävande den är, om den verkligen tillämpas fullt ut i alla de fall där det är tänkt och hur stor risken annars är att den används alltför schablonmässigt för att spela någon större roll. Frågor om dessa aspekter är svåra att besvara eftersom det inte alltid är klart vad som bör beaktas. Till exempel kan en modell som huvudsakligen baseras på tidigare dokumentation förefalla smidig men den förutsätter kanske väldigt mycket förarbete.

Tabell 2.5 Resurser

Danmark	Storbritannien	Nederländerna	Australien
Den danska modellen förefaller vara den mest krävande. Det är en lång rad olika aspekter som ska vägas samman och vägledningar beskriver en lång rad aktörer som bör vara inblandade. Samtidigt bygger utredningen i praktiken på flera steg och pågår ofta en relativt lång tid under vilken den successivt byggs på.	PCA-lösningen är relativt smidig även om den innehåller flera led och involverar åtminstone tre olika aktörer. Britterna nöjer sig också med tidigare underlag i en stor del av fallen.	Den nederländska modellen förefaller vara ungefär lika resurskrävande som den brittiska. Ett välutvecklat IT-stöd används vilket bör spara en hel del tid.	JCA verkar vara den minst resurskrävande lösningen. JCA-mötet behandlar många frågor samtidigt och det formella beslutssteget kräver vanligtvis ingen komplettering av den information som kommer från JCA-bedömningen.

En viktig aspekt av varje modell är i vilken grad den försäkrade själv kan delta i beskrivningen och värderingen av sitt eget funktions-tillstånd och sin arbetsförmåga. Det finns anledning att anta att en sådan delaktighet kan bidra till att processen upplevs som mer legitim, oavsett utfallet av den.

Tabell 2.6 Delaktighet

Danmark	Storbritannien	Nederländerna	Australien
Här finns helt klart den högsta ambitionen. Resursprofilen ska tas fram i nära samverkan med den försäkrade och det ska även framgå i handlingarna om handläggaren och den försäkrade har olika uppfattningar. Den försäkrade har också rätt till ett möte med den som ska fatta det formella beslutet.	Det är den försäkrade själv som fyller i den fysiska PCA-delen. Ingen ansökan avslås utan ett personligt möte med den försäkrade.	Delaktigheten verkar vara begränsad. Försäkringsläkaren fyller i FML-formuläret baserat på de journaler, intyg och försök om att återgå i arbete som gjorts under de två år som sjukfallet har pågått. Individen är däremot mycket delaktig under den tvååriga sjuklöneperioden.	JCA-mötet bygger till stor del på att den försäkrade bidrar med dokumentation och information. Själva IAT-bedömningen förefaller dock vara mer av ett handläggarbeslut. Detsamma gäller för CITW-bedömningen.

Kunskap om den tid andra länder har behövt för att ta fram en metod för att bedöma arbetsförmåga är viktig om man planerar att införa ett sådant instrument i Sverige. I detta sammanhang är det även intressant att studera i vilken grad de olika metoderna och instrumenten har genomgått någon mer vetenskaplig prövning.

Tabell 2.7 Tidsåtgång och vetenskapliga metoder

Danmark	Storbritannien	Nederländerna	Australien
Innan arbeidsevne-ändas på förtids-pensionsområdet användes metodens kriterier för prövning av yrkesinriktad rehabilitering och fleks-jobb. Mellan 1998 och 2000 prövades arbeidsevne-metoden i åtta kommuner. Under perioden 2000-2003 vidareutvecklades metoden så att denna skulle gå att implementera. Sammantaget tog det ungefär ungefär fem år innan arbeidsevne-metoden var i bruk i hela landet.	Arbetet med att införa PCA startade 1991. Därefter tog det fyra år att införa systemet. Bland annat krävdes två remissomgångar, acceptans från parlamentet och utveckling av nya datasystem för myndigheterna Under 1994 genomfördes vetenskapliga studier av användandet av det nya och gamla systemet. Dessa studier omfattade ungefär 2000 personer. Man jämförde de nya besluten med de beslut som fattades av erfarna läkare. Vidare jämfördes utfallen från olika läkare som använde sig av PCA. Betydligt färre studier har gjorts på det nya WCA eftersom detta inte innefattar några fundamentala förändringar av bedömningen (WCA har prövats på omkring 200 personer).	Redan 1993 användes ett formulär för att utvärdera arbetsförmågan och en databas för att matcha denna med kraven i olika arbeten. I slutet av 1990-talet insåg man att denna metod och databas inte tog tillräcklig hänsyn till psykologiska faktorer (det fanns bara en fråga som rörde psykiska problem). Man började därför att utveckla databasen CBBS och det nya formuläret Functionele Mogelijkhedenlijst (som använder 20 frågor om psykiska problem). Samtidigt övergick man till att utvärdera den kvarvarande arbetsförmågan istället för den arbetsförmåga som hade gått förlorad. Det tog ungefär två år att omarbete de tidigare metoderna. Det nya tillvägagångssättet har använts sedan 2002. De vetenskapliga studier som användes för att utveckla den nya metoden fokuserade på att definiera skillnaderna i utfall mellan dagens system och dess föregångare.	Framtagandet av ett instrument för att bedöma arbetsförmågan påbörjades i ett pilotprojekt under 2001. I slutet av 2002 infördes det nya instrumentet. Handläggarna som utförde bedömningen var anställda på Centrelink, vilket innebar att de behandlande läkarnas uppdrag begränsades till att bedöma det medicinska tillståndet snarare än arbetsförmågan. Instrumentet utvecklades vidare med hjälp av ett antal pilotstudier under 2004 och 2005. Dagens JCA infördes 2006.

En annan viktig faktor som måste beaktas vid ett införande av en metod för arbetsförmågebedömning är om tillräcklig kompetens och kunskap finns för att genomföra sådana bedömningar samt hur stora utbildningsinsatser som kan komma att krävas.

Tabell 2.8 **Utbildningsinsatser och kompetenskrav**

Danmark	Storbritannien	Nederländerna	Australien
Processen med att utbilda personal för att använda arbetsvevemetoden pågick mellan 2001-2002. Detta gjordes för att handläggarna skulle vara redo att börja använda metoden vid reformens ikraftträdande 2003. Utbildningen pågick under totalt fem dagar, men sträckte sig över flera veckor för att ge möjlighet att praktisera metoden i arbetet. Arbejdsevemetoden ingår numera också i utbildningen till att bli socialrådgivare och socialförmedlare. Det är också dessa två yrkesgrupper, tillsammans med kommunalt utbildade handläggare, som arbetar med arbejdsevemetoden.	Införandet av PCA krävde omfattade utbildningsinsatser. Man vidareutbildade all personal under flera månaders tid. I första hand användes klassrumsutbildning där texter analyserades, vilket följdes av videoutbildning och skriftliga examina. Därefter övervakade erfarna utvärderare handläggarna i sitt arbete. Innan handläggarna hade tillåtelse att genomföra bedömningar på egen hand var de tvungna att bli formellt godkända av den medicinska chefsrådgivaren. De personer som rekryteras för att göra en PCA-bedömning är vanligtvis specialistutbildade läkare (vilka måste genomgå utbildningen ovan). Alla PCA-bedömare utvärderas kontinuerligt och måste uppfylla den medicinska chefsrådgivarens krav för att få fortsätta arbeta.	UWV påbörjade sina utbildningsinsatser under 2001. Utbildningarna varade vanligtvis mellan en till två veckor, men var beroende av personens bakgrund och kunskap. De personer som genomför arbetsförmågebedömningarna efter sjuklöneperioden är vanligtvis läkare och ergonomer.	De privata organisationer som numera genomför JCA-bedömningar rekryteras via öppna ansökningsförfaranden. Vissa av JCA-bedömarna arbetade redan i pilotprojekten, men en klar majoritet nyrekryterades. Utbildning skedde både i form av lärarledda lektioner (av de som deltagit i pilotprojekten) och som online-utbildning. Utbildningarna varade i ungefär tre dagar. Majoriteten av de som genomför en JCA-bedömning är psykologer (60%). Andra yrkesgrupper är arbetsterapeuter (10%), rehabiliteringskonsulenter samt socialarbetare.

2.3 Grannländer

I Norge pågår ett högintressant arbete med arbetsförmåge- och funktionsbedömningar men det finns ännu ingen modell i drift vilket gör att vi inte tagit med dem i ovanstående jämförelse.

Från januari 2009 kommer en ny generell metod att införas för att bedöma arbetsförmåga. Bedömningen kommer att göras i NAV, den nya arbets- och välfärdsmyndigheten. Metoden kommer att användas av handläggare på NAV för bedömning av rätt till ersättning (i första hand långvarig sjukfrånvaro, medicinsk och yrkesriktad rehabilitering och långvarig arbetslöshet) och behov av riktade åtgärder för dem som antas ha problem att behålla eller finna arbete.

Metoden kommer att utgå från en resursprofil som delvis baserar sig på individens egna värderingar. Profilen beskriver sex individfaktorer (arbetserfarenhet, kompetens, intressen, personliga resurser, sociala faktorer och hälsa) och två omgivningsfaktorer (arbetsmiljö och dagligt liv). Profilen har stora likheter med den danska "arbejdsevne-metoden". För att belysa de olika elementen ska upplysningar inhämtas från andra aktörer, såsom individens läkare, arbetsgivare, socialkontor och skolmyndigheter.

Den medicinska funktionsbedömningen för rätt till ersättning görs i första hand av den behandlande läkaren. Någon enhetlig metod för denna bedömning har inte införts, men det har gjorts försök med en standardiserad funktionsbedömning.⁸ I denna besvarar patienten blanketter om funktionsnedsättning och arbetsbeskrivning. Funktionsblanketten (Funksjonsskjema, baserat på ICF) innehåller sju grupper av frågor där patienten ska gradera sin funktionsförmåga. Patienten ska därefter fylla i en arbetsbeskrivningsblankett (Arbeidsbeskrivelse) om de fysiska och psykiska kraven i arbetet. Baserat på dessa två dokument, samtal med läkaren och eventuellt en klinisk undersökning skriver läkaren, tillsammans med patienten, en funktionsrapport.

I Norge skiljer man således på bedömning av funktionsförmåga och arbetsförmåga. Arbetsförmågebedömning kommer uteslutande att användas av handläggarna på de lokala NAV-kontoren, medan funktionsbedömning kan göras av externa aktörer.

⁸ Funksjonsvurderinger ved langvarig sykefravær og ved vedtak om langtidsytelser, Sluttrapport 2008, Universitetet i Oslo.

I Finland förefaller mycket vila på en detaljerad och väl etablerad rättspraxis vilket är en intressant modell i sig men som inte riktigt passar in i det här sammanhanget.

Det finska arbetsförmågeindexet (Work Ability Index, WAI) framställs ofta som ett instrument för att bedöma individens arbetsförmåga. Så är dock inte fallet. Istället är indexet tänkt att användas som ett verktyg för förebyggande arbete inom exempelvis företagshälsovården. Det ursprungliga syftet med indexet var att kartlägga de arbetsplatsfaktorer som påverkar individens beslut att sluta sin anställning före uppnådd pensionsålder. Indexet baseras på en sammanställning av individuellt besvarade frågor på arbetsplatsen och har visat sig vara användbart för att, på gruppnivå, förutsäga förtida avgångar.

2.4 Luxemburg och Spanien

Även om fokus i vår länderöversyn främst ligger på länder som arbetar med olika specifika instrument för bedömning av funktionstillstånd och arbetsförmåga kan det ändå vara värdefullt att nämna några länder som har gjort intressanta reformer som bygger på andra metoder. Två sådana länder är Luxemburg och Spanien.

Luxemburg

Sedan 2005 erhåller den sjukskrivne, i de fall sjukskrivning uppgår till minst sex veckor under en period av 16 veckor, ett fyrasidigt dokument (så kallat R4) från sjukförsäkringsadministrationen. Personen måste skicka detta vidare till sin behandlande läkare som ska fylla i och skicka det vidare till AMC, den offentliga kontrollmyndigheten för socialförsäkringsinstitutionerna. I de fall dokumentet inte har inkommit till AMC inom två veckor skickas en påminnelse. Efter ytterligare två veckor stoppas utbetalningarna (92 procent av alla dokument inkommer inom den utsatta tidsramen).

AMC utvärderar omgående informationen den fått och ger därefter ett utlåtande om personens arbetsförmåga. Utlåtandet skickas tillbaka till sjukförsäkringsadministrationen som i sin tur tar ett beslut som kan leda till något av följande: *i)* att ansöka om en förtidspension, *ii)* att starta en procedur om återanställning, *iii)* att

förlänga sjukskrivningen till ett bestämt datum, eller *iv*) att stoppa sjukpenningen.

Ovanstående beskrivning omfattar i första hand arbetarkollektivet. Tjänstemän har ett annat system där den medicinska kontrollen inte påbörjas förrän sjuklöneperioden har avslutats, dvs. efter fyra månader (för arbetare finns det ingen sjuklöneperiod). En harmonisering pågår nu av de båda systemen.

Enligt lagen från 1987 ska de som inte klarar av sitt tidigare arbete eller ett annat arbete som passar personens kapacitet erhålla förtidspension. I praktiken innebar denna lag att alla som inte kunde fortsätta med sitt senaste arbete fick en förtidspension. Som en konsekvens hade man i mitten av 1990-talet en dubbelt så hög andel förtidspensionärer som i dag.

Mycket kritik riktades mot systemet under 1990-talet och man beslutade att tolkningen skulle återgå till att bli som det var tänkt i lagen från 1987. 1997 började man därför tillämpa lagstiftningen striktare. Den nya tillämpningen blev dock betydligt striktare än vad som ursprungligen var tänkt 1987. Personer med partiell arbetsförmåga beviljades inte längre förtidspension, men de erhöll inte heller något stöd för att hitta ett nytt arbete. Detta medförde att den långa sjukfrånvaron ökade dramatiskt samtidigt som många löpte en risk att falla ut ur socialförsäkringen.

Man hade då planer på att införa en partiell förtidspension, men istället infördes år 2002 en ny lag med striktare sjukfrånvarokontroll och en ny "återanställningsprocedur" för personer med tillräcklig arbetsförmåga för ett annat jobb än sitt tidigare. Lagen innebar att en ingående medicinsk undersökning genomförs för dem som ansöker om en förtidspension. Undersökningen kan ha två utfall: att avslå eller bevilja en förtidspension. Om pension avslås genomförs en andra medicinsk utvärdering av arbetshälsovården (en myndighet under Hälsodepartementet). Denna beslutar om personen kan återgå till sitt tidigare arbete eller inte. Om inte detta är möjligt påbörjas återanställningsproceduren. Företag med mer än 25 anställda är då skyldiga att hitta ett arbete för den anställda. Detta kan innebära nya arbetsuppgifter eller samma arbetsuppgifter med förkortad arbetstid, en så kallad "intern återanställning". Det finns ekonomiska drivkrafter för både arbetsgivare och anställda som är delaktiga i den interna återanställningsproceduren.

Om företaget kan bevisa att anställning inte är möjlig startar en ”extern återanställningsprocedur”, vilket innebär att personen blir registrerad som arbetssökande.

Det finns starka indikationer på att ett stort antal personer med reducerad arbetsförmåga återgår till sina tidigare arbetsgivare. Däremot framstår den externa återanställningen som mindre framgångsrik; arbetslösheten bland funktionshindrade har ökat markant de senaste åren.

Spanien

År 2004 började Socialförsäkringsinstitutionen (INSS) att förbättra sin uppföljning och granskning av sjukfrånvaron. INSS har för tillfället 400 läkare, men kommer inom en snar framtid att anställa ytterligare 200. Dessa medicinska inspektörer är hierarkiskt överordnade de behandlande läkarna och kan avsluta ett sjukfall om de anser detta befogat.

INSS använder sig av en mycket omfattande administrativ databas på individnivå. Informationen i databasen innehåller personens tidigare sjukfrånvaroperioder, information om personen och arbetsgivaren, anledningen till sjukfallet samt omfattande medicinsk historik. Informationen registreras automatiskt via obligatorisk rapportering från arbetsgivare (för varje sjukfall) tillsammans med alla sjukintyg som läkare skriver ut.

INSS datasystem signalerar sedan automatiskt de sjukfall som överstiger ett fastställt genomsnitt för varje specifik diagnos varpå personen blir kontaktad.

INSS betalar sjukpenningen, men beslutet att bevilja en ersättning ligger på de regionala kontoren. För att kontrollera utgifterna samlar INSS huvudkontor in dagliga rapporter från de 52 regionkontoren. Varje regionkontor har specifika mål uppsatta beträffande kostnader, längd på sjukfall, kontroller samt utbildning av behandlande läkare för att bättre kunna utvärdera arbetsförmåga.

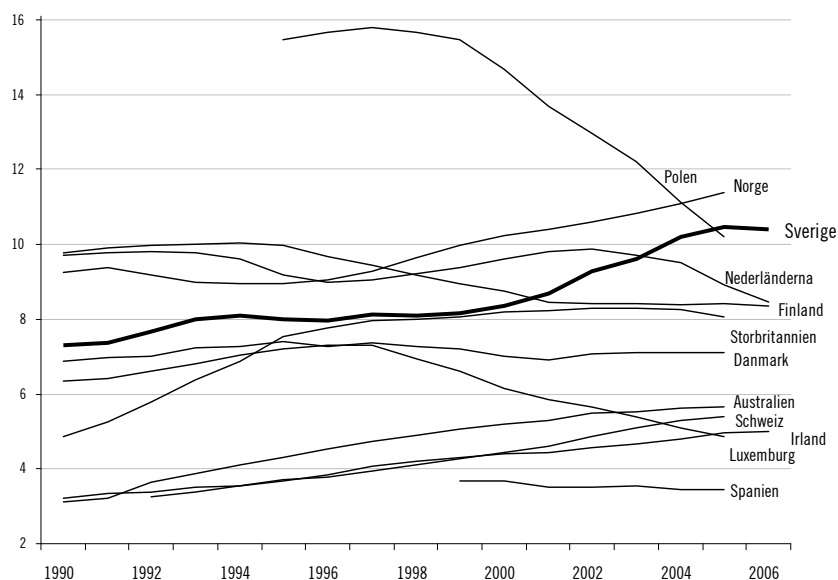
2.5 Utvecklingen av andelen förtidspensionärer

Det finns många olika sätt att utvärdera olika länders arbetssätt och hur väl de kan sägas hantera sina sjukskrivningsprocesser. Det är dock svårt att komma runt det faktum att de flesta länder tycks

uppleva att de har eller har haft problem med att alltför många har lämnat arbetsmarknaden på medicinska grunder. Det är därför av intresse att studera utvecklingen av antalet förtidspensionärer över tid i de olika länderna och undersöka i vilken mån det verkar finnas framgångsrika exempel på minskning av andelen förtidspensionärer. Varje jämförelse av nivåer kompliceras av att det ofta finns ett samspel med andra ersättningssystem men det är ändå intressant att studera i vilken mån det finns exempel på länder som lyckats bryta trender med hög förtidspensionering.

Under de senaste 15 åren har andelen förtidspensionärer i befolkningen utvecklats dramatiskt olika, både inom och mellan länderna (Figur 2.1). Andelen förtidspensionärer är utmärkande hög i Norge, Sverige och Polen med nästintill dubbelt så höga nivåer som för genomsnittet i OECD.

Figur 2.1 Andelen personer med förtidspension i befolkningen (20–64 år), 1990–2006



Källa: Försäkringskassan samt "Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers" Volume 1, 2, 3, OECD, Paris.

Polen är det land inom OECD och Europeiska unionen som haft den största minskningen av andelen förtidspensionärer. Det finns flera anledningar till denna utveckling, varav de främsta är den

striktare bedömning som infördes i samband med ålderspensionsreformen 1999 samt att förtidspensioner endast beviljas temporärt. Efter en treårsperiod upphör förtidspensionen och måste sökas om, varpå en ny medicinsk utvärdering görs. Ungefär hälften av alla nya ansökningar avslås.

Också i Luxemburg har andelen personer med förtidspension fallit kraftigt efter att systemet reformerades 1997.

Nederländernas nedgång sedan början av 2000-talet kan till stor del förklaras av nya gemensamma krav på individer, arbetsgivare och företagsläkare att på ett tidigt stadium ta ansvar för sjukfallen. Andra faktorer som har spelat stor roll är införandet av differentierade arbetsgivarpremier för förtidspensioner, liksom den striktare bedömningen av resterande arbetsförmåga.⁹ År 2004 förlängdes arbetsgivarperioden i sjukförsäkringen till två år, vilket också har påverkat utvecklingen.

I Australien tog ökningen fart under lågkonjunkturen i början av 1990-talet, men också som en effekt av tuffare krav inom systemet för arbetslöshetsersättning (New Start Allowance, NSA), vilket medförde att fler personer sökte och fick förtidspension. Liknande utveckling finns i bland annat Norge och Sverige, fast på en betydligt högre nivå.

I Danmark, Storbritannien och Spanien har utvecklingen varit ganska stabil under de senaste tio åren. Detta trots att Danmark genomförde en betydande reform 2003. Å andra sidan är kanske just detta en förklaring till att utvecklingen har varit stabil istället för ökande som i Sverige och Norge. I Storbritannien avtog ökningstakten år 1995, vilket sammanfaller med att PCA infördes.

Ett minskat inflöde till förtidspensionssystemen är den viktigaste faktorn för att långsiktigt minska antalet förtidspensionärer. Det är också inflödet de flesta länder försöker påverka när man reformerar sina system.¹⁰

Inflödet till förtidspensionssystemen har minskat markant i de flesta länder. Detta är extra tydligt i Luxemburg, Nederländerna och Polen, där nybeviljandet har minskat med 54 procent, 64 procent respektive 70 procent under den tidsperiod för vilken vi har information (Figur 2.2). Det är också i dessa tre länder som effekten på stocken av förtidspensionärer är tydligast. En bidragande

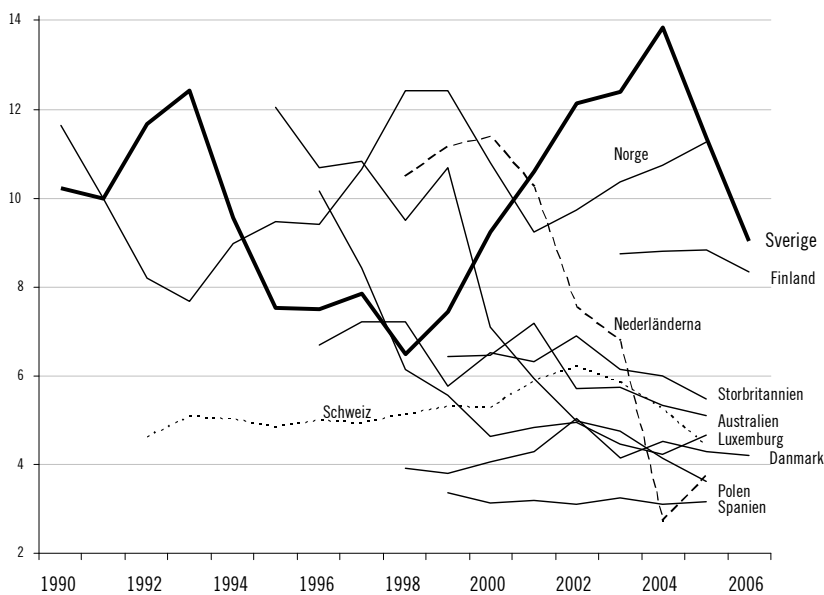
⁹ Philip de Jong and Vincent Thio, "Donner versus Veldkamp", APE report 53, October 2002.

¹⁰ Nederländerna är ett av få undantag där man även beslutade ompröva rätten till förtidspension för alla personer 50 år och yngre.

orsak till denna utveckling, vid sidan av de kraftfulla åtstramningarna av systemen, är att reformerna genomfördes betydligt tidigare än i exempelvis Australien och Danmark.

Från slutet av 1990-talet och fram till 2004 gick utvecklingen av nybeviljandet i Sverige i motsatt riktning till trenden i övriga länder. Under denna period mer än fördubblades inflödet i Sverige, vilket ledde till att vi hade den högsta nybeviljandenivån i OECD-regionen under ett par års tid. Sedan 2004 har inflödet minskat kraftigt men ligger fortfarande på en hög nivå.

Figur 2.2 Nybeviljade förtidspensioner i utvalda OECD-länder, per 1 000 i befolkningen (20–64 år), 1990–2006



Källa: Försäkringskassan samt "Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers" Volume 1, 2, 3, OECD, Paris.

3 Metoder som används i Sverige

I detta kapitel beskrivs översiktligt några av de metoder som i dag används i Sverige för att bedöma hälsorelaterade funktionstillstånd och arbetsförmåga, i vilka situationer de används, hur ofta de används samt vad vi känner till om hur väl de fungerar. Vi beskriver enbart de metoder som används av Försäkringskassan, vanligen i samarbete med olika aktörer inom hälso- och sjukvården.

3.1 Några fakta rörande sjukförsäkringen

Sjukpenning

Försäkringskassan prognostiserar¹ att utgifterna för sjukpenning, rehabiliteringspenning och statliga ålderspensionsavgifter belöpande på dessa ersättningar kommer att uppgå till 24,4 miljarder kronor år 2008 – motsvarande drygt 2 procent av lönesumman i Sverige.

Under en månad startar, för närvarande, cirka 35 000 sjukpenningärenden, i princip sjukfall som överstigit sjuklöneperioden om 14 dagar². Antal pågående sjukpenningfall är omkring 160 000. I januari 2008 fanns 67 000 sjukfall som pågått över ett år.

I slutet av år 2002 var antalet pågående sjukfall cirka 300 000. Från denna nivå har antalet stadigt minskat till dagens cirka 160 000. Minskningen förklaras främst av ett stort utflöde av sjukpenningfall till sjukersättning, särskilt perioden 2003–2005, och av att inflödet till sjukförsäkringen har minskat, men att sjukfallen avslutas tidigare, dvs. blir kortare, har också bidragit till minskningen. Satt i relation till befolkningen (16–64 år) kommer antalet

¹ Anslagsbelastning och prognos för anslag inom Försäkringskassans ansvarsområde budgetåren 2008–2011, Försäkringskassan rapport 2008-05-09.

² Det är huvudsakligen arbetslösa och egenföretagare som inte har någon sjuklöneperiod.

ersätta sjukdagar under 2008 att vara bland det lägsta som uppmätts sedan 1960-talet.³

Sjuk- och aktivitetsersättning

Försäkringskassan prognostiserar att utgifterna för sjuk- och aktivitetsersättning (SA), f.d. förtidspension, och statliga ålderspensionsavgifter belöpande på dessa ersättningar kommer att uppgå till 68 miljarder kronor år 2008, motsvarande cirka 5,5 procent av lönesumman i Sverige.

Antalet personer med SA ökade fram till 2006 och var då drygt 550 000 personer. Antalet var i princip oförändrat till augusti 2007, därefter har det minskat något. Andelen personer av befolkningen i arbetsför ålder som har SA till åtminstone någon del har minskat från att ha varit drygt 10 procent till att vara knappt 10 procent. Inflödet av nya SA-fall, omräknat till SA-fall med hel omfattning, var 2007 cirka 48 000 personer, utflödet var drygt 50 000.

Även den betydligt senare påbörjade och blygsammare minskningen av antalet SA-fall förklaras både av att inflödet minskar och att SA-fallen avslutas tidigare. Från en mycket låg nivå har andelen SA-fall som avslutas på annat sätt än övergång till ålderspension eller genom dödsfall ökat de senaste åren. För närvarande avslutas cirka 10 000 SA-ärenden per år, cirka 20 procent av utflödet, på annat sätt än övergång till ålderspension eller genom dödsfall. Försäkringskassan prognostiserar att antalet personer med SA kommer att fortsätta minska.

Ohälsotalet

Försäkringskassan mäter den sammantagna utvecklingen inom sjukförsäkringen i ett mått som kallas ohälsotalet. Måttet ger en uppfattning om hur många dagar i genomsnitt i Sverige en person får hel ersättning från sjukförsäkringen i form av sjukpenning, rehabiliteringspenning eller SA. Ohälsotalet är en kvot vars täljare är antalet ersatta dagar, omräknat till hel ersättning, nämnaren är antal personer i befolkningen 16–64 år. Om alla i befolkningen

³ Sedan 1960-talet har dock stora förändringar skett när det gäller karensdagar och sjuklöneperioder.

16–64 år skulle ha hel ersättning hela året skulle ohälsotalet vara 365 dagar. I ohälsotalet ingår inte dagar med sjuklön.

I juli 2003 nådde ohälsotalet nivån 43,3 dagar, dvs. 11,9 procent av 365. I mars 2008 hade ohälsotalet minskat till 37,7 dagar, dvs. 10,3 procent av 365. Detta innebär att ohälsotalet har minskat med 13 procent. Ohälsotalet består av 9,3 sjukpenningdagar och 28,4 SA-dagar. Nästan hela minskningen avser minskning i dagar med sjukpenning, men på senare tid sjunker även SA-delen i ohälsotalet. Ohälsotalets minskningstakt har accelererat kontinuerligt sedan juli 2007.

Försäkringskassan prognostiserar (2008-05-09) att ohälsotalet kommer att sjunka till 35,4 i år och till 29,3 år 2011. En del av denna minskning med 22 procent från nivån 37,7 dagar och en minskning med 32 procent från nivån 43,3 dagar beror på de förändrade regler som regeringen föreslagit i propositionen *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*.⁴ Även utan förändrade regler skulle enligt Försäkringskassan ohälsotalet sjunkit kraftigt.

3.2 Försäkringskassans metodsamling

År 2003 och 2004 införde Försäkringskassan vad myndigheten benämner ett strukturerat arbetssätt med gemensamma metoder i sjukförsäkringen. Syftet var att minska sjukfrånvaron, att öka rätts-säkerheten och få en ökad professionalism i arbetet med sjukförsäkringen. Metodsamlingen bör kanske främst ses som en processbeskrivning men de olika processerna innehåller även olika specifika instrument i form av blanketter och strukturerade scheman för olika former av samtal och undersökningar. Försäkringskassan har delat in sin metodsamling i fem olika avsnitt:

1. Riktade insatser mot arbetsgivare

Vissa arbetsgivare identifieras och prioriteras för att bedriva förebyggande, skademinskande insatser.

⁴ Prop. 2007/08:136.

2. Tidig bedömning – första vägval

Bedömning av om rätt till sjukpenning föreligger. Bedömning av när den försäkrade kan återgå i arbete. Bedömning av om den försäkrade kan återgå i arbete utan insatser från Försäkringskassan. Beslutsunderlaget är i stort sett läkarintyget och det till detta från den 1 mars 2008 kopplade försäkringsmedicinska beslutsstödet.

3. Fördjupad utredning – aktivt vägval

Det är inom detta metodområde som de flesta av Försäkringskassans metoder för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga används. Metoderna används både för att konstatera om rätt till ersättning föreligger (förvaltningsinstrument) och för att fastställa lämpliga insatser och stöd för att den försäkrade ska komma tillbaka till sitt arbete eller bli arbetssökande (skadebegränsnings-syftet, väglednings- och motivationsinstrument). I och med att rätten till ersättning förutsätter att den försäkrades möjligheter att arbeta trots sjukdomen utretts är de två delarna ofta inte separerade. De olika metoderna är:

- Rehabiliteringsutredning (sedan den 1 juli 2007 är kravet på att arbetsgivare ska genomföra en rehabiliteringsutredning avskaffat, men motsvarande information ska inhämtas av Försäkringskassan).
- Personligt möte med SASSAM-kartläggning (SASSAM = Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallsutredning och SAMordnad rehabilitering).
- Avstämningsmöte.
- Särskilt Läkarutlåtande (SLU). SLU skiljer sig från övriga instrument i det att utlåtandet görs av en annan än den försäkrades behandlande läkare eller försäkringskassehandläggare, alltså en läkare med försäkringsmedicinsk utbildning men som inte är anställd av Försäkringskassan.
- Ettårsbedömning med förutsättningar för SA.

4. Planera och genomföra

Köp av aktiva tjänster. Till exempel s.k. Kombitjänst, Försäkringsmedicinsk utredning (FMU), Arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning, Arbetslivsinriktad rehabiliteringstjänst.

5. Avsluta

Den försäkrade går till egenförsörjning, till att vara arbetssökande eller får beslut om SA.

Utöver de här nämnda metoderna i försäkringskassans metodsamling finns en blankett Läkarutlåtande om hälsotillstånd (LUH) utgiven av Försäkringskassan. Den används huvudsakligen vid beslut om SA.

I tabell 3.4 beskrivs de olika metoderna översiktligt. Exempel på de blanketter som tillsammans med anvisningar m.m. kan sägas utgöra respektive instrument ligger som bilagor i betänkandet.

3.3 Försäkringskassans utvärderingar av metodsamlingen

Försäkringskassans egna utvärderingar sammanfattas i Försäkringskassan Redovisar 2007:8. Där konstaterar myndigheten att det inte går att uttala sig om huruvida metoderna i metodsamlingen bidragit till att minska ohälsotalet eller inte. Inte heller andra effekter av de gemensamma metoderna går att fastställa. I och med att analyserna inte avser s.k. randomiserade kontrollerade studier, se sista avsnittet i detta kapitel, går det inte att uttala sig om orsakssamband. Försäkringskassan anser dock att följande resultat tyder på att införandet av metodsamlingen lett till en positiv utveckling:

- Bedömningen av sjukpenningrätten hanteras mera strikt och försäkringsmässigt i dag än för några år sedan.

Denna bedömning förefaller grunda sig bl.a. på att andelen som får nej till sjukpenning, troligen – det finns problem med tidsserien – har ökat de senaste åren. Dock var denna andel 2006 endast 1,5 procent och de regionala variationerna är betydande. (2007 hade avslagsandelen ökat till 1,8 procent.)

- Antalet avstämningsmöten fördubblades år 2006 i jämförelse med 2005. Även 2007 har antalet ökat.
- Andelen sjukfall som varat 365 dagar och som hade en dokumenterad ettårsbedömning ökade från 10 procent år 2004 till 51 procent år 2006. 12-månadersperioden fram till oktober 2007 ökade andelen till 63 procent och andelen är 80 procent från och med augusti 2007.

- År 2006 fanns ett första vägval dokumenterat i 87 procent av de sjukfall som blev minst 60 dagar. Andelen som saknar första vägval har sjunkit 2007.
- Sedan 2002 har andelen sjukfall med deltidssjukskrivning ökat med 24 procent och andelen arbetsresor med 50 procent (år 2006).

Försäkringskassan anser att följande återstår att komma till rätta med innan metoderna kan anses vara fullt implementerade:

- Regionala skillnader kan fortfarande konstateras i tillämpningen av sjukförsäkringen. I synnerhet gäller det den tidiga bedömningen där vissa län gör en korrekt hantering i nästan samtliga fall medan andra län uppvisar brister.
- Avstämningsmöten hålls sent i sjukfallen.
- SASSAM-kartläggning saknas fortfarande i en majoritet av de fall där den ska göras.
- Ettårsbedömning görs bara i hälften av de fall där den ska göras.⁵
- Särskilt läkarutlåtande (SLU) används ännu i liten utsträckning i sjukfallsarbetet.

Försäkringskassan konstaterar vidare att handläggare som arbetar med sjukförsäkringen i allmänhet är positiva till metodsamlingen. Handläggarna anser att metodsamlingen ger stöd och struktur i arbetet vilket tyder på att den fyller en funktion i sjukfallsarbetet. En stor majoritet uppger sig behärska metoderna och de anser dessutom att metoderna är effektiva i arbetet med att minska sjukskrivningarna. Dock används inte metoderna i hela landet ännu. Många handläggare uppger tidsbrist och att de saknar bra stöd av sina närmaste chefer i arbetet med metodsamlingen. I utvärderingen skriver Försäkringskassan att det kommande beslutsstödet för sjukskrivning⁶ är ett välbehövligt komplement till metodsamlingen och kan bidra till ökad likformighet och rätts-säkerhet för individen.

⁵ Resultatet har förbättrats avsevärt (nu cirka 80 procent) sedan den refererade utvärderingen.

⁶ Se Socialstyrelsens skrift *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning*, <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2007/9745/2007-110-15.htm>

Förseningar medförde att det försäkringsmedicinska beslutsstödet infördes först under våren 2008, men utan rekommendationer vad gäller psykiska diagnoser. Sådana publicerades i maj 2008. Beslutsstödet kommer löpande att utvärderas och utvecklas.

Av Försäkringskassans utvärderingar framgår att myndigheten inte i tillfredställande utsträckning lyckas införa och använda sig av de metoder som syftar till en tidig och aktiv skadereglering vad avser vissa åtgärder som lagen kräver och i andra fall myndigheten själv beslutat. Dock har antalet insatser ökat och de görs allt tidigare.

3.4 Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har under åren 2003 t.o.m. 2007 haft ett regeringsuppdrag att bedriva tillsyn av sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. I skrivelsen *Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården – Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003–2007* som publicerades i mars 2008 har styrelsen sammanfattat resultaten och slutsatserna från hela tillsynsprojektet.

Socialstyrelsen konstaterar att den vetenskapligt dokumenterade kunskapen om sjukskrivningens konsekvenser – medicinska, psykosociala och ekonomiska – är begränsad även om de studier som finns tyder på att långa sjukskrivningar har negativa effekter för de sjukskrivna. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) presenterade år 2003 en genomgång av det vetenskapliga underlaget om orsaker till, konsekvenser av samt läkares praxis kring sjukskrivning. SBU konstaterar att antalet studier är litet och att få studier har hög vetenskaplig kvalitet, trots att konsekvenserna av sjukskrivning är stora och att det är en vanlig åtgärd inom sjukvården.

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården tydliggör att vårdgivaren har ansvar för att införa ledningssystem. Dessa ledningssystem ska fungera som en ram för verksamhetschefens ansvar och för det lokala kvalitetsarbetet. Socialstyrelsen konstaterar att trots att föreskrifterna trädde i kraft i september 2005 finns det fortfarande många vårdgivare som inte har infört några ledningssystem som omfattar sjukskrivningsprocessen.

Socialstyrelsens viktigaste budskap efter flera års tillsynsaktiviteter är att sjukskrivningsprocessen måste omfattas av kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården.

Arbetsförmågeutredningens bedömning är att det pågående, men inte slutförda, arbetet med att förbättra ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens handläggning av patienters sjukskrivning, bl.a. genom att utveckla strategier för kompetensutveckling, för kvalitetssäkring och för kunskapsgenerering kring detta inom den egna organisationen och för samverkan med andra aktörer, har inneburit att kvaliteten i sjukskrivningsprocessen troligen förbättrats avsevärt. Det innebär att patienter har en bättre chans att få ”god vård på lika villkor” (enligt Hälso- och sjukvårdslagens 1 §) när det gäller hantering av eventuella sjukskrivningsfrågor och att läkare och annan personal kan uppleva dessa arbetsuppgifter som mindre problematiska. Vi anser det vara av stor vikt att arbetet skyndsamt slutförs. När så skett är det angeläget att Hälso- och sjukvården framgent arbetar med att löpande analysera och förbättra sjukskrivningsprocessen.

3.5 Riksrevisionen

Riksrevisionen konstaterar i sin granskning *Tas sjukskrivnas arbetsförmåga till vara?* (RiR 2007:19) att Försäkringskassan inte fullgör sin skyldighet att utreda möjligheten till anpassning av den sjukskrivnes arbetsplats och alternativa nya arbetsuppgifter. Vidare konstaterar Riksrevisionen att många beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning utan att deras arbetsförmåga i anpassade eller nya arbetsuppgifter prövats (se tabell 3.1).

Tabell 3.1 Andel ärenden där Riksrevisionen konstaterar att uppgiften inte utförts eller att bedömning saknas

	Procent
Försäkringskassans uppgift att bedöma om den sjukskrivna kan	
utföra sina arbetsuppgifter efter viss anpassning	10
utföra andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren	30
få andra arbetsuppgifter efter viss rehabilitering	45
Försäkringskassans uppgift att inhämta information om alternativa arbetsuppgifter	70

Riksrevisionens granskning ger bilden att den aktiva skadereglering, som Försäkringskassan är ålagd, i oacceptabelt stor omfattning inte utförs eller åtminstone inte utfördes under den period 2005/2006 som granskades. Riksrevisionens beskrivning stämmer i stora stycken med Försäkringskassans egen bild av att det trots de förbättringar som kan konstateras, finns kvarstående och besvärande brister med en alltför passiv och sen hantering av sjukfallen.

3.6 Kommentarer till metoderna i Försäkringskassans metodsamling

Försäkringskassans olika metoder i myndighetens metodsamling återspeglar tydligt sjukförsäkringens motsägelsefullhet, eller balansgång, i det att den ska konstatera om arbetsoförmåga till följd av sjukdom föreligger samtidigt som kvarvarande arbetsförmåga ska identifieras, rustas och användas.

En granskning av blanketter och ifyllnadsanvisningar samt vägledningar ger en bild av en sjukförsäkring som tydligt, noggrant och strängt anger att sjukförsäkringen enbart ersätter förlust av arbetsförmåga till följd av sjukdom eller skada, att restarbetsförmåga skall tas tillvara, att den försäkrade och dennes arbetsgivare skall anpassa arbetsuppgifter till den arbetsförmåga som finns, alternativt skall annat arbete som den försäkrade trots sina problem kan utföra sökas. I den mån de blanketter m.m. som Försäkringskassan använder sig av kan betraktas som instrument för att mäta funktionstillstånd och arbetsförmåga förefaller de också söka förmedla arbetslinjens ideologi i sin ursprungliga form; att kontantersättning endast utgår när alla möjligheter till egen försörjning uttömts. Detta är särskilt tydligt i det nya läkarintyget, *Medicinskt underlag för bedömning av förmåga att arbeta vid sjukdom*, samt den blankett och de anvisningar som finns för Särskilt LäkarUtlåtande (SLU). Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och den information som finns i anslutning till beslutsstödet förstärker bilden av en strikt utformad försäkring.

Man kan välja att förvånas över att över 700 000 personer för närvarande har passerat "mätinstrumentens" hårda krav för att få ersättning från sjukförsäkringen, eller att uppfatta deras delvis nya utformning som en del av förklaringen till att ohälsotalet

sjunkit från 43,3 dagar när det var som högst 2003 till 37,7 dagar i mars 2008.

En annan iakttagelse är att Försäkringskassans metoder, i jämförelse med vissa andra som används i Sverige av olika rehabiliteringsaktörer och i andra länder – i vissa fall av socialförsäkringsmyndigheter – är betydligt lösare strukturerade. Försäkringskassans olika frågor är t.ex. färre och mer övergripande än de som återfinns i dessa instrument. Vidare finns ingen motsvarighet till vissa metoders sätt att sammanfatta bedömningen med en poängsumma som beräknas enligt väldefinierade och därigenom, i princip, kommunicerbara regler. Enligt Försäkringskassans olika metoder görs sammanvägningen av svaren av beslutsfattaren på Försäkringskassan. Den sammanvägningen är i bästa fall professionell men sker inte enligt lika väldefinierade regler som i de andra systemen och kan bland annat därför vara svårare att förmedla.

Det är också tydligt hur svårt det är att skapa en systematik när det gäller att bedöma hur en funktionsnedsättning påverkar arbetsförmågan, bl.a. eftersom arbetsförmågan endast delvis bestäms av personens funktionstillstånd. Genom Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd föreligger dock en tydlig riktlinje för att bedöma hur olika sjukdomar i normalfallet påverkar arbetsförmågan. Beslutsstödet avser främst att ge vägledning vid kortare sjukfall.

Mängden av olika metoder som angivits i lag eller utformats av Försäkringskassan under det senaste decenniet ger intryck av en långvarig administrativ och politisk kraftmätning mot det från 1997–2002 stigande ohälsotalet. Lagstiftaren har dock stegvis minskat detaljkraven på vilka metoder Försäkringskassan ska använda. Det är enligt vår uppfattning en positiv utveckling. Enligt vår bedömning är det viktigt att regering och riksdag inte, utom i de fall när det finns en tydlig ambition att politiskt normera, anger vilka metoder myndigheten ska använda för att lösa sin uppgift. Detaljregleringar menar vi motverkar ett professionellt förhållningssätt inom administrationen. Frågan behandlas ytterligare i avsnittet Utvecklade metoder för kunskapsupbyggnad.

En annan iakttagelse är att metoderna som används i Sverige, i jämförelse med förfarandet i Danmark och Norge, förefaller innebära mindre delaktighet från den försäkrade själv. Svaren på formulärens frågor fylls vanligen i av antingen en tjänsteman vid Försäkringskassan eller av en läkare, beroende på typ av instrument. Det föreligger en i det närmaste samstämmig uppfattning

bland läkare och Försäkringskassans personal att hälso- och sjukvårdens och Försäkringskassans bemötande av den försäkrade har en stor betydelse för det ekonomiska försäkringsutfallet och för värderingen av försäkringen som sådan liksom för antalet omprövnings- och domstolsärenden. Någon motsvarighet till det nyligen införda danska systemet, där det alltid ska framgå av akten om den försäkrades bedömning i något avseende avviker från tjänstemannens eller läkarens, finns inte i Sverige. Den danska metoden förefaller förskjuta maktförhållandet mellan den försäkrade och tjänstemannen på ett sätt som kan vara av betydelse. En sådan förskjutning skulle kunna bidra till en större faktisk och upplevd delaktighet från den försäkrade och bidra till en bättre sjukskrivningsprocess även i Sverige.

Särskilt Läkarutlåtande (SLU) är en unik metod såtillvida att den relativt tidigt i sjukskrivningsperioden erbjuder en möjlighet att ge en särskilt kompetent och intresserad läkare tillräckligt lång tid för att kartlägga förutsättningarna för återgång i arbete. Det sker genom att i samtal och annan undersökning av patienten få fram en profil som innefattar både resurser och begränsningar och matcha dessa mot kraven i arbetet. Läkaren som gör SLU-undersökningen är alltid en annan än den sjukskrivande och behandlande läkaren. Undersökningen kan vid behov innefatta en bedömning som utförs av medarbetare med specifik annan medicinsk kompetens än läkarens och inkludera en ergonomisk bedömning vid arbetsplatsbesök. Den speciellt utbildade läkaren har dock en central och avgörande roll i det sammanfattande yttrandet. I den SLU-utbildning som läkaren genomgått betonas betydelsen av att bedömningen sker på ett för den försäkrade respektfullt sätt och av att en god patient-läkarrelation skapas. Läkarens grundläggande etiska förhållningssätt att göra gott och inte skada är en självklar förutsättning i mötet med patienten. Men huvudsyftet med ett särskilt SLU-möte är att särskilt belysa de försäkringsmedicinska frågorna.

När å andra sidan en behandlande läkare gör sin bedömning av arbetsförmågan kan inte sällan andra hänsyn spela in än de som enbart en saklig och allsidig bedömning av arbetsförmågan enligt regelverket kräver. Här kan ofta känslor som läkaren har i mötet med patienten och hänsyn som har att göra med en inte sällan långvarig behandlarallians med patienten utgöra hinder för en bedömning i rollen som medicinskt sakkunnig i relation till sjukförsäkringen. SLU-läkaren är mer fristående med avseende på

sådana aspekter och har fått utbildning i att ge akt på egna känsloreaktioner och vanliga dilemman som kan utgöra problem i konsultationen. I utbildningen tränas SLU-läkaren att i mötet med den försäkrade, på ett sätt som denna/denne kan förstå, klargöra sin sammanfattande bedömning och skälen till den. SLU-läkaren utbildas också i ett förhållningssätt i konsultationen som avser att ta tillvara och uppmuntra den försäkrades egen motivation och kraft till förändring genom den metod som kallas motiverande samtal. Det har utbildats cirka 850 läkare för att göra SLU-bedömningar. Kurserna har omfattat 5 dagar. Utbildningarna upphörde i början av 2008. Det är oklart i vilken form och i vilken omfattning motsvarande försäkringsmedicinska utbildningar ska genomföras i fortsättningen.

En iakttagelse i en annan dimension är att det stora antal metoder och instrument som används inom Försäkringskassan för att i princip göra en och samma bedömning kan vara ett symptom på de problem som sjukförsäkringen i Sverige har haft och delvis ännu har. På metodplanet görs det inte heller någon riktigt tydlig åtskillnad mellan olika metoder för olika typer av ställningstaganden t.ex. mellan tillfälliga och varaktiga ersättningar.⁷

Vi kan också konstatera att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i stor utsträckning har utvecklat separata metoder för att hantera likartade frågeställningar. Båda myndigheterna arbetar med att bedöma arbetsförmåga och båda myndigheterna rör sig inom samma begreppsmässiga och teoretiska område. Detta kan vara både en styrka och en svaghet för systemen som helhet. Styrkan kan ligga i att det finns ett gemensamt intresse för, och en gemensam kunskapsuppbyggnad kring, frågan om arbetsförmåga. I en situation när man kan anta att fler personer kommer att röra sig mellan myndigheternas områden ger detta goda förutsättningar för en smidig samverkan. Myndigheterna har också de senaste åren på ett konstruktivt sätt utvecklat sin samverkan kring personer som går från sjukskrivning till arbetssökande eller är samtidigt sjukskrivna och arbetssökande. Det arbetet intensifieras nu med anledning av de nya förutsättningar som följer av införandet av den så kallade "rehabiliteringskedjan".

Samtidigt som det finns en styrka i att dela samma begrepp finns det också risker förenade med att myndigheterna behandlar begreppet arbetsförmåga utifrån två helt olika utgångspunkter.

⁷ Ett särskilt intyg Läkarutlåtande om Hälso tillstånd (LUH) ska tas in vid beslut om varaktiga ersättningar men det skiljer sig inte principiellt från det vanliga läkarintyget.

Försäkringskassan har att fatta ett myndighetsbeslut om rätt till ersättning utifrån en strikt koppling mellan arbetsförmåga och sjukdom. Arbetsförmedlingen har att se till alla faktorer som kan påverka arbetsförmågan utifrån frågan om att på bästa sätt klarlägga individens förutsättningar på arbetsmarknaden. Sjukdom och dess effekter kan visserligen ha betydelse, men andra faktorer som inte ska beaktas av Försäkringskassan kan vara minst lika viktiga. Olikheterna gör att det kan uppstå missförstånd och oklarheter både mellan myndigheterna och i relation till de personer som rör sig mellan myndigheternas verksamhetsområden. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har också tidigare lyft fram att det finns delar av olika regelverk som kan försvåra en smidig samverkan och övergångar.⁸

En viktig del i Arbetsförmågeutredningens fortsatta arbete blir att tillsammans med berörda myndigheter studera begreppet arbetsförmåga utifrån olika utgångspunkter och att analysera i vilken mån det kan finnas begreppsmässiga och metodmässiga oklarheter som försvårar antingen myndigheternas separata arbetsuppgifter eller samverkan kring enskilda individer.

3.7 Finns resurser att tillämpa metoderna inom sjukförsäkringen

Lagen och Försäkringskassans egna metoder inom sjukförsäkringen ställer höga krav på ett tidigt och aktivt agerande i sjukfallen. En sådan förvaltning av försäkringen torde kräva omfattande resurser. I Försäkringskassans utvärderingar uppger handläggarna ofta tidsbrist som skäl till de brister i förvaltningen som konstaterats.

Det finns inom Försäkringskassan ingen publicerad uppgift om totalt antal årsarbetare fördelat på ärendeslag. Olika utgångspunkter för beräkningen av detta antal ger olika resultat, vilket bl.a. beskrivs av följande beräkningar för helåret 2007. Enligt Försäkringskassans statistik kan utläsas att antalet årsarbetare i länsorganisationen var 3 237 för sjukpenning och 1 662 för SA. Dessa siffror, avrundade till 3 200 respektive 1 700, används i tabell 3.2 nedan som ett närmevärde för antalet handläggare inom respektive

⁸ Arbetsmarknadsstyrelsen, Försäkringskassan "Av AMS och Försäkringskassan identifierade hinder för individer i samverkan inom arbetslivinriktad rehabilitering" Skrivelse till Arbetsmarknadsdepartementet 2007-06-01.

förmånsslag. I antalet ingår dock inte enbart handläggare utan även lokala chefer, m.m. medan resurser vid huvudkontoret, inkl. IT-personal inte ingår.⁹

Emellertid är betydligt fler personer sysselsatta med olika aspekter av sjukförsäkringsadministrationen. De 14 038 årsarbetare som Försäkringskassan totalt hade 2007 kan fördelas efter sjukpenningens och SA:s kostnadsandelar av Försäkringskassans totala förvaltningskostnader om 9 127 miljoner kronor. Totala förvaltningskostnader för sjukpenning var 2 923 miljoner, 32 procent av summa förvaltningskostnader, och för SA 1 541 miljoner, 17 procent. Dessa andelar, 32 respektive 17 procent av hela antalet årsarbetare blir 4 492 årsarbetare inom sjukpenning, inkl. rehabiliteringspenning, och 2 386 årsarbetare inom SA. Dessa siffror avrundat till 4 500 respektive 2 400 används i tabell 2.3 som en uppskattning av antalet årsarbetare inom respektive förmånsslag. Då inkluderas personal vid huvudkontoret, inkl. IT-personal m.m.

Antalet nya sjukpenningärenden var under 2007 cirka 530 000¹⁰. Det innebär att det går 118 nya ärenden per årsarbetare och 166 nya ärenden per handläggare. Samtidigt skall stocken av pågående ärendena hanteras. I november 2007 fanns 180 000 pågående ärenden. Det blir 40 pågående ärenden per årsarbetare, 56 per handläggare. Motsvarande uppgifter för SA-fall framgår av tabell 3.3. Även den ekonomiska betydelsen av handläggarnas, samt övriga beslutsfattares, beslut beskrivs i tabellen. Sjukpenningersättning per årsarbetare inom sjukpenningadministrationen är 7 miljoner kronor, och SA-ersättningen 28 miljoner kronor per handläggare. Det är samtidigt en illustration av betydelsen av att de metoder som används inom sjukförsäkringen träffar så rätt som möjligt.

Tabell 3.2 Administrativa resurser och kostnader inom sjukförsäkringen

	Årsarbetare (åa)	Handläggare (håa)	Adm. kostnad 2007 (mnkr)
Sjukpenning	4 500	3 200	2 923
SA	2 400	1 700	1 541
Totalt	6 900	4 900	4 446

Källa: Försäkringskassans årsredovisning 2007 samt egna beräkningar.

⁹ I Försäkringskassans nya organisation som etableras under 2008, uppger myndigheten att cirka 4 600 årsarbetare kommer att arbeta med att handlägga sjukpenning och SA.

¹⁰ Försäkringskassan publicerar ingen statistik över antal nya sjukpenning fall. Detta är ett ungefärligt antal.

Tabell 3.3 Antal ärenden respektive utbetalade ersättningar fördelade på årsarbetare inom sjukförsäkringen

	Antal ärenden*	Ärenden per åa	Ärenden per hää	Utbetalning, 2007** (mkr)	Utbetalning per åa (mnkr)
Inflöde, sjukp. 2007	530 000	118	166		
Pågående ärenden, sjukpenning	180 000	40	56	32 000	7
SA inflöde, 2007	66 000	28	39		
Pågående ärenden, SA	550 000	229	324	68 000	28

* Antalet är bruttosiffror, dvs. partiella förmåner har inte räknats om till hela.

** I sjukpenningens ersättningar 2007 ingår här rehabiliteringspenning (1 492), närståendepenning (71) och statlig ålderspensionsavgift för var och en av de tre förmånsslagen (2 083, 147, respektive 8 miljoner kronor). Vidare ingår köp av köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster (782). I kostnaderna för SA ingår här kostnader för statlig ålderspensionsavgift med 10 495 miljoner kr.

Källa: Försäkringskassans årsredovisning 2007 samt egna beräkningar.

Den beskrivning av Försäkringskassans resurser inom sjukförsäkringsområdet som tabell 3.2 och 3.3 utgör ger intrycket att myndigheten totalt sett har relativt omfattande resurser till sitt förfogande. Av våra beräkningar framgår också att förvaltningskostnaden inom sjukförsäkringen är knappt 10 procent av den utbetalda ersättningen, inklusive den statliga ålderspensionsavgift m.m. som belöper på ersättning. Utöver denna kostnad för sjukförsäkringsadministrationen finns betydande kostnader för hälso- och sjukvården samt de försäkrades arbete med att ansöka om ersättning m.m. Huruvida kostnaden är försvarlig eller inte beror bl.a. på om förvaltningens arbete leder till färre och kortvarigare skadefall samt på de försäkrades värdering av försäkringen; dess ersättningsvillkor och dess tillämpning i form av ersättning, avslagna ersättningar, information, service och bemötande. I den mån det minskade ohälsotalet har samband med de ökade resurser per sjukpenningärende som Försäkringskassan fått, bl.a. genom att ärendemängderna minskat påtaglig sedan 2003, har det gynnat de försäkrade och staten ekonomiskt.

3.8 Utvecklade metoder för kunskapsuppyggnad

I många OECD-länder har andelen personer i befolkningen som fått ersättning från sjukförsäkringssystemen långsiktigt ökat. Det förefaller finnas en majoritetsuppfattning bland forskare och socialförsäkringsadministratörer att denna ökning inte har medicinska förklaringar. En – av många – alternativa förklaringar till utvecklingen som förts fram är att det skett förändringar i de sjuka försäkrades, deras läkares, arbetsgivares och arbetskamraters samt socialförsäkringsadministrationens syn på vilka kroppsliga och själsliga problem som medför arbetsoförmåga eller i vart fall rätt till ersättning från socialförsäkringen.¹¹ Denna attitydförändring kan i sin tur ha orsakats av hur försäkringsadministrationen har handlagt – har skadereglerat – dessa ärenden. För att söka vända utvecklingen har, både i Sverige och ännu mer uttalat i vissa andra länder, olika metoder för att mäta dels funktionstillstånd och dels arbetsförmåga utvecklats. Om de ökande kostnaderna beror på att ersättningar utgår till personer som trots sina problem inte är arbetsoförmögna är det logiskt att söka åtgärda detta fel med att utveckla instrument som bättre klarar av att sortera dem som är berättigade till ersättning från dem som inte är det.

Inget av Försäkringskassans instrument har samma hårt strukturerade utformning som t.ex. det brittiska Personal Capability Assessment (PCA) eller vissa av de metoder som används i andra länder och har beskrivits i föregående kapitel. Försäkringskassans olika metoder för att bedöma om rätt till försäkringsersättning föreligger eller inte har förmodligen inte heller utformats med utgångspunkt från att karaktäriseras som "instrument". De har haft en mer pragmatisk, eller om man så vill, mindre ambitiös utgångspunkt. Flera av instrumenten söker även minska skadeutfallet från försäkringen genom att på olika sätt förkorta skadeärendet – i enlighet med gällande lag.

Införandet av de gemensamma metoderna på Försäkringskassan sammanfaller med en kraftig minskning – en halvering – av antalet pågående sjukpenningfall. Under de senaste två åren har också antalet SA-fall först stabiliserats för att senare marginellt minska. Enligt föreliggande prognoser kommer antalet SA-fall att minska i snabbare takt, även om lagen hade varit oförändrad. Med de lagförändringar som föreslås i prop. 2007/08:136 bedöms minsknings-

¹¹ Socialförsäkrings utredningen Mera försäkring och mera arbete, SOU 2006:86, Waddell & Aylward The Scientific and Conceptual Basis of Incapacity Benefits.

takten öka ytterligare. Minskningen sker dock från en i Sveriges historias och jämfört med många andra länder hög nivå. Införandet av de gemensamma metoderna utgör en del av Försäkringskassans arbete med att ändra på de försäkrades, hälso- och sjukvårdens, arbetsgivarnas och den egna personalens beteenden i samband med och syn på sjukförsäkringsärenden. Budskapen har bl.a. varit att försäkringen endast ersätter arbetsoförmåga till följd av sjukdom och att långa sjukskrivningsperioder kan vara hälsovådliga eller ha andra negativa konsekvenser för den sjukskrivne.

Försäkringskassan har sökt utvärdera effekten av de flesta av de instrument myndigheten använder. Något försök till utvärdering av effekten av myndighetens attitydpåverkande arbetet har dock inte gjorts. Försäkringskassan konstaterar att myndigheten inte lyckats tillämpa sina metoder i den omfattning och vid de tidpunkter som antingen lagstiftaren eller myndigheten själv beslutat, samt att det inte går att fastställa några orsakssamband mellan de använda metoderna och det minskade utfallet från försäkringen.

Gemensamt för Försäkringskassans utvärderingar, liksom många andra länders utvärderingar av instrument för att fastställa funktionstillstånd och arbetsförmåga, är att de inte kan svara på vilken *effekt* instrumentet haft. Majoriteten av de utvärderingar som gjorts av Försäkringskassan beskriver hur *utfallet* i olika avseenden ändrats i samband med att ett visst instrument eller en viss metod använts. Exempel på sådana utfall är andelen personer som fått avslag på ansökan, andel där sjukpenningärendet avslutas med resultatet att den försäkrade återgått till arbete, är arbetssökande eller annat. Sådana förändringar i utfall mellan före och efter kan dock bero på en mängd förhållanden som inte har med instrumentet eller metoden att göra. Eftersom det inte går att utesluta att instrumentets införande sammanföll med en annan förändring, t.ex. en konjunktur- eller kanske attitydförändring, som skulle medfört ett förändrat utfall för försäkringen oavsett om det nya instrumentet införts eller ej, kan inte iakttaga förändringar i utfall likställas med metodens effekt.

För att kunna konstatera orsakssamband mellan att använda ett visst instrument och utfall i försäkringen måste instrumentets användning utvärderas med mer vetenskapliga metoder. Till de viktigaste sådana metoderna hör de som finns inom gruppen av s.k. randomiserade kontrollerade studier. Med randomiserade kontrollerade studier avses förfaranden där den metod som skall utvärderas används för vissa slumpmässigt utvalda individer. Utgångspunkten

kan vara en grupp där samtliga ingående individer är aktuella för en viss sorts vanligen använd åtgärd/metod. Sedan görs ett slumpmässigt urval där hälften av individerna (testgruppen) utsätts för den nya metod som ska studeras medan den andra halvan (kontrollgruppen) utsätts för den vanliga åtgärden/metoden. En korrekt genomförd randomiserad kontrollerad studie innebär att man kan utgå från att det enda som skiljer testgruppen från kontrollgruppen är skillnaden i metod (interventionen) eftersom övriga faktorer som påverkar utfallet – t.ex. en konjunktur eller attitydförändring – kan antas ha påverkat test- och kontrollgruppen i samma utsträckning. Denna egenskap hos randomiserade kontrollerade studier gör det möjligt att uttala sig om vilken effekt ett instrument eller en metod haft.

Den kunskap som behövs är inte enbart kunskap om effekter av metoder och instrumentet utan också kunskaper kring hur de tillämpas, t.ex. när och på vilka grunder som olika metoder används, och även analyser av olika instruments reliabilitet och validitet. En fråga som är av särskilt intresse är i vilken grad som olika metoder ger olika stort utrymme för de försäkrades egen delaktighet i utredningsarbetet. Olika frågeställningar kräver olika former av studier. Randomiserade kontrollerade studier är viktiga för att utvärdera effekt men andra frågor kan kräva andra typer av undersökningar. Det viktiga är att i varje läge tillämpa den bästa tillgängliga utvärderingsmetodiken och att ställa höga krav på utförandet.

Inom hälso- och sjukvården, med dess långa och nära koppling till naturvetenskaplig forskning, har det sedan länge varit vanligt att effekter av behandlingsmetoderna studeras och utvecklas med hjälp av randomiserade kontrollerade studier. Hälso- och sjukvårdens behandlingsmetoder ska grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet. Idealet är att metoderna vilar på en stabil vetenskaplig grund. Där så inte är möjligt söker man sig till det näst bästa eller näst näst bästa alternativet. Det finns ett såväl individuellt som gemensamt ansvar för att både basera sitt agerande på bästa möjliga kunskap/erfarenhet och för att ständigt förbättra den kunskap/erfarenhet som finns.

Inom den statliga förvaltningen har det inte funnits någon motsvarande tradition att arbeta med vetenskapliga studier för att utveckla sina arbetsformer. Enligt vår uppfattning är det viktigt att socialförsäkrings- och arbetsmarknadsadministrationen nu strukturerat och långsiktigt ansluter till hälso- och sjukvårdens mer veten-

skapliga arbetssätt för att förbättra sina metoder. Vi ser inga, vare sig juridiska eller etiska hinder för en sådan utveckling, förutsatt att de metoder som personer i de olika studierna blir föremål för samtliga är sådana som det skulle anses rimligt att använda i gängse verksamhet, dvs. utanför kontrollerade studier. Däremot kan det anses såväl oetiskt som oförnuftigt att år efter år utsätta stora grupper av personer för metoder vilkas effekter inte utvärderats med bästa möjliga vetenskapliga metodik.

Inom hälso- och sjukvården har med få undantag lagstiftaren valt att avstå från att bestämma vilken eller vilka behandlingsmetoder som ska användas. Istället har lagstiftaren valt att kräva att de metoder som används ska vara grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Vår uppfattning är att lagstiftaren bör ge motsvarande frihet och kräva motsvarande ansvarstagande inom andra offentliga verksamheter.

En sådan utveckling ligger i linje med den sedan en tid pågående och önskvärda utveckling där lagstiftaren alltmer avstått från att ange vilka metoder Försäkringskassan skall använda och det ligger i linje med den likaledes positiva utvecklingen inom sjukskrivningsprocessen. Det försäkringsmedicinska beslutsstöd, som Socialstyrelsen nu utformat, utgör en ny och betydligt fastare grund för den fortsatta kunskapsuppbyggnaden om särskilt de kortare sjukskrivningarnas betydelse för de försäkrades återhämtning och hälsa. För den kunskapsuppbyggnaden anser vi det naturligt och nödvändigt att sedvanlig vetenskaplig metodologi används.

Vår bedömning att t.ex. randomiserade kontrollerade studier bör användas för att utvärdera effekter av instrument och andra metoder inom socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken innebär inte att vi inte är medvetna om de brister som också sådana studier har. Även vid studier av behandlingsmetoder inom hälso- och sjukvården, som i normalfallet är betydligt enklare att kontrollera, kan sådana studier ofta kritiseras för problem avseende slumpurvalet (randomiseringsprocessen), bortfall, interventionens konsistens, val av effektmått, bedömning av effektstorlek etc. Sådana problem kommer t.o.m. att kunna vara större när det gäller utvärdering av instrument och metoder inom socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken än vad de är inom hälso- och sjukvården.

Vår kommande bedömning av om ett ”instrument” för att bedöma arbetsförmåga ska införas och hur det i så fall ska vara utformat måste ske med tillräcklig kunskap om dess egenskaper.

Det kommer bland annat att kräva analyser av metodens tillförlitlighet (reliabilitet) och träffsäkerhet (validitet) samt av effekterna av dess användning i myndighetsarbetet. Det är ett omfattande och tidskrävande arbete att skaffa denna kunskap.

Vetenskapliga studier bör bl.a. kunna ge svar på hur många fler eller färre som anses vara berättigade till ersättning med ett visst instrument jämfört med ett annat. Det bör därmed vara möjligt att uttala sig om vilken effekt instrumentet kan förväntas ha för försäkringsutfallet. Dock skulle inte heller vetenskapliga studier, i sig, ge svar på hur *effektiva* instrumenten är. För att fastställa effektiviteten krävs bl.a. att det går att avgöra andelen felaktiga beslut som instrumentet leder till. Felaktiga beslut kan dels bestå av att försäkrade som inte har rätt till ersättning enligt instrumentet får det, dels att instrumentet nekar personer ersättning trots att de har rätt till det.

Det är ett av sjukförsäkringens, liksom många andra samhälliga verksamheters, dilemman att det inte går att entydigt avgöra om resultatet av en process blev rätt eller fel. Dock finns möjligheter att söka utvärdera en metods resultat i dessa termer genom att acceptera bedömningar av högt ansedda experter. Man kan t.ex. låta ett antal experter analysera och värdera resultatet av den metod som prövas. I viss mening är det detta som domstolarna gör, men den rättsliga prövningen ger en ofullständig information om använda metoder givit fel resultat. Bland annat finns en naturlig tendens att enbart, eller till övervägande del, pröva fall där ersättning nekats. Andelen fel i form av, enligt domstolens bedömning, felaktigt nekade ersättningar kan då konstateras. Möjliga fel i form av felaktigt beviljade ersättningar prövas normalt inte i domstol. Detta är ett viktigt skäl att genomföra systematiserade expertbedömningar som kan ge ett kvalificerat underlag för diskussionen om förekomsten av sådana fel.

Även om det är svårt – omöjligt om vetenskaplig precision är bedömningsgrunden – att fastställa om administrationen fattat rätt beslut i enskilda ärenden är det förhållandevis lätt att fastställa om det samlade resultatet av hälso- och sjukvårdens och försäkringsadministrationens arbete är godtagbart. Den stora variation som sjukförsäkringen i Sverige uppvisat över tid och geografiskt – utan att rimliga förklaringar till motsvarande variationer i sjuklighet kunnat presenteras – är inte ett godtagbart resultat. Stabilitet i försäkringsutfall över tid och små geografiska skillnader är således ett enkelt och tydligt mål för sjukförsäkringen.

Sammantaget måste försäkringsadministrationen fortlöpande söka utveckla sin verksamhet och sina metoder, för att minimera de ekonomiska och mänskliga kostnader som uppstår genom att försäkringsersättning beviljas personer som inte ska ha det samt nekas personer som ska ha det. I likhet med varje försäkringsgivare ska administrationen naturligtvis också verka för att förebygga skador samt begränsa deras effekter när de väl inträffat.

En allt för stark tilltro till att ett välutformat mätinstrument mer eller mindre i sig klarar att avgöra vem som är berättigad till ersättning och vem som inte är det, skulle rent av kunna minska snarare än öka den professionalism som är nödvändig för att skapa och upprätthålla den typ av välskött riskförsäkring som sjukförsäkringen ska vara.

Tabell 3.4 **Beskrivning av vissa metoder som används inom Försäkringskassan**

Metod	Beskrivning	Vad bedöms?	Hur många bedömningar görs per år?	Vem bedömer?	När bedöms det?	Hur lång tid tar bedömningen	Till vad används bedömningen	Vilka effekter har metoden?
Läkarintyg (Medicinskt underlag för bedömning av förmåga att arbeta vid sjukdom)	Läkares bedömning + Socialstyrelsens beslutsstöd, "Expertkonsensus"	Sjukdom, funktionsförmåga och arbetsförmåga	2 400 000	Sjukskrivande läkare, FK-handläggare beslutar	Senast 8:e dagen i sjuklöneperioden	Unders. 20 minuter, ifyllande av intyg 5 minuter.	Bedömning av rätt till sjukpenning	Det nya intyget och beslutsstödet är ännu inte utvärderat
SASSAM (Strukturerat Arbetsmetodik för Sjukfallsutredning och SAM ordnad rehabilitering)	Strukturerad öppen intervju (Individ, Omgivning, Motivation)	Funktionsf. och arbetsf.		FK handläggare, den försäkrade blir intervjuad	Sent! (inget medelvärde har hittats)	Omkring 60 minuter.	Bedömning av rätt till sjukpenning och SA	Utvärderad, men effekt oklar
Avstämningsmöte		Medicinskt tillstånd, behov av/möjlighet till rehabilitering	125 000 (okt 2006-2007)	FK, tillsammans med försäkrad samt behandlande läkare och eller arbetsgivare/fack.	403 dagar (medelvärde) (2006)	Omkring 60 minuter +förberedelser, och efter arbete. (Flera deltagare!)	Bedömning av rätt till sjukpenning och behov av åtgärder	Utvärderad, inga belägg för att avstämningsmöte ökar andelen som återgår i arbete
SärskiltLäkarUtlåtande (SLU), komplement till avstämningsmöte	Strukturerad, mer styrd intervju (än SASSAM). Flervalssvar.	Funktionsf. och arbetsförmåga		Certifierad SLU-läkare, den försäkrade blir intervjuad	465 dagar (medelvärde)	Omkring 180 minuter.	Bedömning av rätt till sjukpenning och SA	Utvärderad, men effekt oklar
Försäkrings-MedicinskUtredning (FMU)	Utredning av utomstående aktör, ex. läkare el. paramedicinare	Funktionsf. och arbetsförmåga	3 procent av fallen som pågått > 1 år				Bedömning av rätt till sjukpenning och SA	Okart om utvärdering finns
Rehabiliteringsutredning	Kravet på denna utredning slopades den 1 juli 2007 – men motsvarande information ska inhämtas av FK	Funktionsf. och arbetsförmåga		Den försäkrades uppfattning om rehabilitering. FK:s + läkares bedömning om arbetsförmåga m.m.			Sjukpenning & SA	Utvärderad, men effekt oklar

Metod	Beskrivning	Vad bedöms?	Hur många bedömningar görs per år?	Vem bedömer?	När bedöms det?	Hur lång tid tar bedömningen	Till vad används bedömningen	Vilka effekter har metoden?
Ettårsbedömning			80 % från augusti 07 av de fall (365 dagar) som enligt lag ska bedömas					Oklart om utvärdering finns
Kombiutredning (PILA)		Funktionsf. och arbetsförmåga					Främst SA	Projektet pågår, utvärdering påbörjad.
Arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar		Funktionsf. och arbetsförmåga					Främst SA	Oklart om utvärdering finns
Köpt aktiv tjänst		Funktionsf. och arbetsförmåga	1 % av antalet långtids-sjukskrivna, ca 1 600					Oklart om utvärdering finns
Läkarutlåtande om hälsotillstånd		Sjukdom, funktionsf. och arbetsförmåga	55 000	Läkare, ofta den behandlande, FK-tjänsteman beslutar – tidigare SFN		Undersökning 40 min. ifyllande av intyg 15 min.	Främst SA	Utvärdering finns inte

Källor och kommentarer till Tabell 3.4. Beskrivning av vissa metoder som används inom Försäkringskassan

1.

Det förs ingen statistik över antalet medicinska underlag som inkommer till Försäkringskassan. Försäkringskassan har dock gjort en snabb analys av frågan för att få en skattning av hur ofta i ett sjukfall som ett nytt medicinskt underlag – läkarintyg – inkommer. En sammantagen bedömning utifrån denna förfrågan är att ett nytt medicinskt underlag inkommer i genomsnitt var sjätte vecka i ett pågående sjukfall. Under år 2005 pågick 867 079 sjukfall vilka tillsammans genererade 13 182 290 "sjukveckor" (Försäkringskassans Statistik och resultat databas – Store). Under förutsättning att ett nytt medicinskt underlag inkommit var sjätte vecka i dessa ärenden har 2 616 331 medicinska underlag inkommit till Försäkringskassan under år 2005. Denna uppskattning har i tabell 3.4 avrundats till 2 400 000 stycken läkarintyg, avrundningen nedåt motiveras av att antalet sjukfall minskat sedan 2005.

2.

Utöver vanliga medicinska underlag inkommer till Försäkringskassan Läkarutlåtanden om hälsotillstånd (LUH). Dessa begärs i allmänhet in inför prövning av sjuk- och aktivitetsersättning. År 2005 nybeviljades sjuk- eller aktivitetsersättning för 60 308 individer. Cirka 73 procent av dessa prövas på initiativ av Försäkringskassan. Dessa 44 000 fall motsvaras i många fall av ett LUH. Resterande 23 procent har själva ansökt om sjuk- eller aktivitetsersättning. I det sistnämnda fallet är det vanligtvis individen som skickar LUH till Försäkringskassan. I tabellen har dessa uppgifter lett till en uppskattning att omkring 55 000 LUH inkommer till Försäkringskassan under ett år. Observera att även andra än Försäkringskassan kan begära denna typ av utlåtanden, i huvudsak Arbetsförmedlingen, varför antalet LUH som utfärdas av hälso- och sjukvården är större än det antal som inkommer till Försäkringskassan. Enligt en rapport av Britt Arrelöv och Aime Laur Utfärdande av Läkarutlåtande om hälsotillstånd (LUH) och andra intyg – en studie av tid och resursåtgång (Delrapport 1. 2007-08-31) är Försäkringskassan mottagare av 80 procent av utfärdade LUH.

3.

Uppskattningen att tidsåtgången är cirka 5 minuter för att utfärda ett läkarintyg, och att undersökningen i samband med detta tar läkaren cirka 20 minuter kommer från Arrelöv och Laur [1], s. 5. Observera att denna uppskattning enbart avser läkarens tid med patienten. Därtill kommer i varierande omfattning tid för sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, beteendevetare. Arrelöv och Laur gör ingen beräkning av genomsnittlig tidsåtgång för dessa kompetenser per patient i samband med att läkarintyg utfärdas.

4.

Försäkringskassan har ingen uppgift om när i ett sjukfall SASSAM-kartläggning vanligen genomförs, och vi har inte kunnat beräkna ett medelvärde för detta. Dock finns följande information i Försäkringskassan Redovisar 2007:8, s. 10. Efter 3 månader har (2006) en SASSAM kartläggningen endast gjorts för 16 procent av icke anställda – trots att detta borde vara gjort för 100 procent av fallen. Efter 12 månader har en SASSAM kartläggning endast gjorts för 56 procent av icke anställda. För gruppen anställda och icke anställda har efter 12 månader en SASSAM kartläggning gjorts i 37 procent av fallen.

5.

Uppgiften att den genomsnittliga tidpunkten för avstämningsmöte är efter 403 dagar avser de avstämningsmöten som registrerades 2006, Försäkringskassan Redovisar 2007:8K, s. 8. I rapporten anges att endast 12 procent av avstämningsmötena gjordes under sjukfallets första 90 dagar. Uppgiften om antalet avstämningsmöten under 12 månadersperioden oktober 2006 till oktober 2007 kommer från Försäkringskassans årsredovisning.

6.

Uppgiften att den genomsnittliga tidpunkten för Särskilt Läkarutlåtande är efter 465 dagar i sjukfallet kommer från Försäkringskassan analyserar 2005:15, s. 29.

4 Tillfälligt eller varaktigt

Vi har tidigare konstaterat att arbetsförmåga är ett svårfångat och komplext begrepp, men att vi ändå tvingas bestämma hur vi bedömer att arbetsförmågan är så påverkad av sjukdom att sjukförsäkringen ska träda in. För att tala försäkringsspråk är det sjukdomen och dess effekter som utgör själva skadan. För att kunna fatta rätt beslut måste den identifieras och ställas mot försäkringens villkor för ersättning.

Skadan kan vara *tillfällig* eller *varaktig*. En varaktig skada innebär i allmänhet ett beslut med betydligt större konsekvenser än en tillfällig och ställer särskilda krav på beslutsunderlaget. Men det kan också vara så att den tillfälliga, större skadan – oförmåga att utföra sitt arbete – övergår i ett tillstånd där man, åtminstone under vissa villkor, skulle kunna arbeta även om vissa sjukdomsproblem kvarstår. I sjukförsäkringen gäller som villkor, att den som efter viss tid kan utföra annat arbete inte längre har rätt till ersättning. En förutsättning för att kunna utföra ett annat arbete kan ibland vara att den varaktigt sjuke får del av någon särskild insats.

För försäkringens del kan det vara en god affär att stå för en sådan insats, och det är något som ett privat försäkringsbolag ofta i rent egenintresse prövar. Rehabiliteringsinsatsen är då inte en rättighet för den enskilde, men en möjlighet för försäkringsbolaget.

Eftersom den allmänna sjukförsäkringen inte på samma sätt har en egen ekonomi och samhällsapparaten är indelad efter sektorsansvar – landstingen har ansvaret för all hälso- och sjukvård, Arbetsförmedlingen för alla arbetsmarknadsinsatser och kommunerna för de sociala uppgifterna – finns inte samma försäkringslogik att pröva det lönsamma i individuella insatser för att minimera skadan för Försäkringskassan. Däremot har Försäkringskassan, för att kunna fatta beslut, anledning att klarlägga om det krävs någon form av omställning för att den sjuke ska kunna utföra annat arbete. Det är försäkringsvillkoren, i den allmänna sjuk-

försäkringen grundade i politiskt fattade beslut, som avgör om det ska anses rimligt med omställning för den enskilde eller om varaktig ersättning ska betalas från försäkringen.

Hur rimlig omställningen kan te sig har ett naturligt samband med vilka möjligheter som erbjuds den enskilde. Det beror i sin tur både på rättigheter/möjligheter som faktiskt finns tillgängliga i samhället och på allmänna föreställningar i det samhälle försäkringsvillkoren ska tillämpas i.

Den svenska lagstiftningen är formellt sett mycket hård i kraven på omställning. Dock har försäkringsbeslut som leder till krav på omfattande förändringar av livet, som byte av yrke eller flyttning till annan del av landet, mycket sällan förekommit i praktiken. De flesta har sannolikt upplevt att försäkringen är en yrkesförsäkring, vilket den enligt lagens ordalydelse inte är. Den nya lagstiftningen om den s.k. rehabiliteringskedjan syftar till att tydliggöra att försäkringen efter sex månader med sjukpenning i framtiden kommer att kräva också arbetsplats- och yrkesbyte.

Den som fortsatt är sjuk men kan utföra annat arbete har ändå drabbats av skada. Något vi kan konstatera att den svenska sjukförsäkringen inte har men, som den i likhet med vad som gäller i en del länder, skulle kunna ha för att underlätta omställning till annat arbete, är särskilda rättigheter till omställningsinsatser för den som på grund av sjukdom behöver byta arbete. Att försäkringens villkor då säger att man visserligen inte har rätt till fortsatt försörjning hela livet, men har en annan särskild rättighet att få hjälp till omställning, som t.ex. särskilt förmedlingsstöd, viss kortare utbildning eller annan arbetsmarknadspolitisk insats är kanske att betrakta som en effektivare försäkring. Och det skulle sannolikt underlätta för individen att känna sig väl försäkrad, även om försäkringen inte erbjuder den varaktiga försörjningen.

I det fortsatta arbetet i denna utredning har vi uppgiften att närmare analysera arbetsförmågebegreppet och tanke- och beslutsstrukturen kring begreppet. Dessa frågor kommer då att återkomma. Det vi här konstaterar är återigen att arbetsförmåga inte är ett fristående begrepp som låter sig fångas av enkla mätinstrument utan hänsyn till beroenden och avvägningar av olika slag.

Det finns gränsland och gråzoner, där man begreppsligt, rättsligt och moraliskt måste bestämma sig.

4.1 Tillräcklig oförmåga

Varken frågan om var gränsen ska dras för vad som ska betraktas som *tillräcklig* oförmåga för att utlösa försäkringsbetalning eller frågan om *tillfällig/varaktig* nedsättning av arbetsförmågan är trivial.

Den som blivit sjuk och på grund av sjukdomen förlorat någon tidigare förmåga kan sannolikt någorlunda väl beskriva sin funktionsförlust, och betydelsen av den för att utföra tidigare arbete. Den *relativa* funktionsförmågan i förhållande till sig själv och det egna arbetet bör väl och uttömmande kunna mätas hos individen.

Samtidigt är det uppenbart att den relativa arbetsförmågan hos individen också beror på vilka anpassningar som kan göras på arbetsplatsen. Exempelvis kan en person med ryggsmärtor ha svårigheter att sitta på en stol framför sin dator hela dagen, men om han tidvis har möjlighet att stå kan han kanske ha tillräcklig arbetsförmåga för att klara av sitt arbete. Olika anpassningar, bland annat av ergonomisk och organisatorisk karaktär kan öka den relativa arbetsförmågan hos individen. Också arbetsgivaren har ett ansvar för vilken arbetsförmåga individen har, och anpassningar kan vara mera effektiva än åtgärder riktade mot individens hälso-tillstånd.

Mera komplicerat blir det om funktion och arbetsförmåga ska relateras till något på marknaden normalt förekommande arbete¹. Det är då den *absoluta* förmågan som ska värderas, vilket kräver en heltäckande bild av fysisk, psykisk och social förmåga/oförmåga.

Något som egentligen inte ska spela roll, vare sig det gäller att identifiera arbetsförmåga eller att utnyttja den, är individens egen *motivation*. I själva verket är behovet av system för att objektivt mäta förlust av funktions- och arbetsförmåga delvis betingad av försäkringsadministrationens behov att hantera den s.k. moral hazardrisken. Hur skilja dem som drabbats av oförmåga på grund av sjukdom från dem som överdriver sin oförmåga för att få tillgång till ersättningen?

Ändå är det självklart att självtillit och motivation är av avgörande betydelse, kanske de mest avgörande frågorna av alla, för om personen kommer att arbeta. För att ytterligare komplicera bilden är motivation inte bara en personlig fråga, utan något som i hög grad skapas och förändras i mötet med omgivningen. Den som har

¹ I lagstiftningen om rehabiliteringskedjan (prop. 2007/08:36) används inte längre uttrycket "normalt förekommande arbete" utan istället arbete "på den reguljära arbetsmarknaden".

mycket svåra funktionshinder men som inte ger sig förrän hon eller han har ett arbete har naturligtvis ett starkt personligt driv, möjligen rent av starkare än vad som är rimligt att kräva i normalfallet. Men varken hos den personen eller hos en betydligt mindre drivande person är det bara personliga förhållningssätt och egenskaper som spelar roll.

Människor måste mötas av positiv respons och positiva förväntningar i någon omfattning för att bygga och behålla självförtroende, självkänsla och egen drivkraft. Den som ständigt upplever sig få budskapet att inte duga har sannolikt mycket närmare till egen övertygelse att funktionsnedsättningar som följer av sjukdomen är omöjliga att övervinna än den, som med kanske större funktionsproblem, av sin omgivning uppskattas och uppmuntras. Så kommer det sig, att bland de förtidspensionerade både kan saknas en del som ingen skulle ha protesterat mot att finna där och finnas en del som inte tycks vara drabbade av värre besvär än många som arbetar. Det senare behöver inte bero på fusk eller individens bristande ambition eller ansvarskänsla. Ett problem är dock att det kan göra det och att försäkringen måste hantera detta.

I extremfallen och på kort sikt är det självklart att arbetsförmågan gått förlorad. Hög feber, akut traumatillstånd efter en olycka eller sjukdom som kräver sjukhusvistelse är sådana fall. Men även så svåra tillstånd har sina förlopp. De förändras vanligen och blir i allmänhet mindre dramatiska. Vid någon punkt har förbättringen gått så långt att man inte längre kan påstå att arbetsförmågan är fullständigt eller alls nedsatt.

Även om sjukdomen eller skadan leder till varaktiga problem i förhållande till tidigare arbetsförmåga kommer förr eller senare den tidpunkt när medicinska insatser inte längre kommer att förbättra tillståndet. Förändringen är kronisk och individen måste inrikta sig på att livet har förändrats. Man kommer att få leva med sin smärta eller funktionsnedsättning och tvingas bestämma sig för vad man vill med resten av sitt liv.

4.2 Övergången mellan tillfälligt och varaktigt

Vid tillfällig sjukdom ska arbetsförmågan bedömas i relation till det egna tidigare arbetet. Frågorna är ofta mera renodlat medicinska. Vilka funktionsnedsättningar följer av sjukdomen som kan ha betydelse i arbetet och vad kan ur läkningssynpunkt antas vara till nytta

för individen? Individen har i allmänhet ett arbete med givna arbetsuppgifter att jämföra emot. Med den nya lagstiftningen ska senast efter tre månader provas om det finns andra möjliga arbetsuppgifter hos arbetsgivaren. Läkaren har den medicinska behandlingen och prognosen i sin hand och om han eller hon med hjälp av Socialstyrelsens beslutsstöd och efter bästa förmåga fyller i läkarintyget, dvs. blanketten Medicinskt underlag om förmåga att arbeta vid sjukdom, eller ett särskilt läkarutlåtande, SLU, har Försäkringskassan i princip ett gott beslutsunderlag på kort sikt.

Problemen uppstår med tiden. När är tillståndet inte längre medicinskt påverkbart till det bättre? När kan tillståndet sägas ha blivit varaktigt? För både läkare och individ är det naturligtvis viktigt att inte ge upp hoppet om en förbättring för tidigt. Det är svårt både att ge och ta emot beskedet att någon egentlig bot inte längre är att räkna med. Ofta kan det konkreta beskedet skjutas framåt i tiden, även när läkaren egentligen känner att det inte finns mycket mer att göra annat än att möjligen fortsätta lindra kroniska symptom.

Med långa sjukskrivningstider riskerar emellertid den påverkan att inträffa som själva sjukskrivningen i sig tenderar att ha. Efter en inte alltför lång tid kommer de flesta som i början av sjukskrivningsperioden såg sig själva som aktiva arbetande människor med tillfälliga sjukdomsproblem att alltmera identifiera sig själva som präglade av sin sjukdom och allt mera arbetsoförmögna. De går in i en sjukroll.

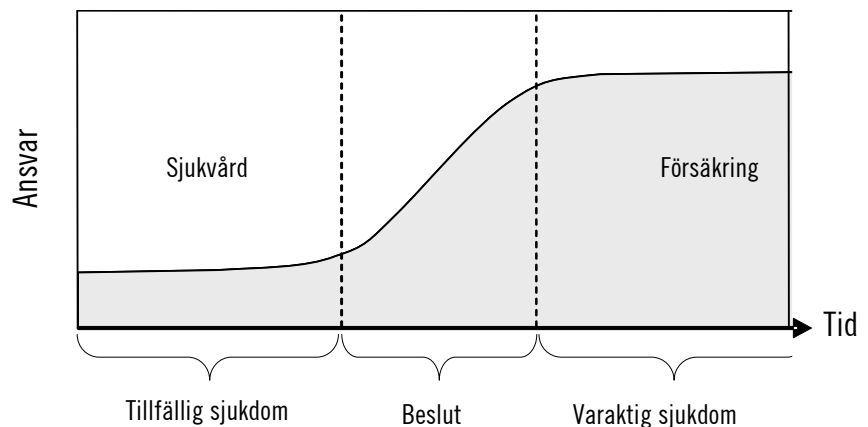
Särskilt om symptomen består och diagnosen är vag har ju heller inte tillståndet förändrats från den tidigare tidpunkt när man var sjukskriven till den senare när frågan ska avgöras om man kanske kan arbeta trots sina kvardröjande symptom. Inte heller för läkaren har symptombilden förändrats sedan sist och det kan vara svårt att bestämma sig för att just nu är tiden att ta det svåra samtalet om att anpassa sig till att sjukvården nu sannolikt inte har mera att erbjuda av bot. För läkaren kan det också kännas svårt att "ta sin hand ifrån" patienten och överlåta åt Försäkringskassan att göra bedömningen om en varaktig arbetsoförmåga eller ej.

Övergång mellan tillfällig och varaktig nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom kan ofta inte på något säkert sätt hänföras till en bestämd tidpunkt. Det finns ett gränsland och en tidszon när individen, läkaren och Försäkringskassan ska bli överens om att bättre än så här blir antagligen individen inte och att

innebörden av det är att (tills vidare) funktionsförmågan är nedsatt på visst sätt, men att det också kan finnas viss arbetsförmåga kvar.

Med lagstiftningen om rehabiliteringskedjan ska de som inte kan arbeta hos sin gamla arbetsgivare senast efter sex månader söka annat arbete om de i sjukförsäkringens mening har någon arbetsförmåga. För de flesta sjukdomstillstånd där frågan blir aktuell bör det vid den tidpunkten enligt Socialstyrelsens beslutsstöd vanligen vara möjligt att ha en uppfattning om den medicinska prognosen och sannolikheten för varaktiga problem.

Figur 4 Principskiss över ansvarsförskjutning mellan sjukvård och sjukförsäkring vid sjukskrivning



Vi tror att det är viktigt att tydligare göra skillnad mellan tillfällig sjukdom, under vilken sjukvården och läkarna har sina huvuduppgifter i förhållande till försäkringen², och varaktig nedsättning av arbetsförmåga, som en mera renodlad försäkringsfråga, knuten till tolkningen av lagstiftningens krav för att varaktigt befrias från skyldigheten att (försöka) försörja sig själv (se figur 4).

Mellan de båda tillstånden ligger beslutsprocessen, som förutsätter medverkan från sjukvården när det gäller att tydliggöra att tillståndet knappast kommer att förbättras av ytterligare medicinska insatser. Därmed har försäkringen inte bara det formella ansvaret utan bör också kunna stå för en större del av det praktiska

² Dessutom finns arbetsgivarens ansvar för att om möjligt anpassa arbetsuppgifter och förutsättningar för att den anställde ska kunna fortsätta arbeta. Även arbetsgivarens ansvar kan understödjas av läkarens aktiva medverkan (Jfr företagshälsovårdsreformen).

underlaget för beslutet om fortsatt rätt till ersättning. Läkarens fortsatta insatser blir att stå för vad som kan göras medicinskt för att lindra de kroniska besvären och stödja patienten.

En särskild problematik föreligger om den kroniska sjukdomen ger sig till känna i skov som leder till nedsatt arbetsförmåga medan man däremellan kan ha partiell eller t.o.m. full arbetsförmåga. Vid sådana sjukdomar kan det vara nödvändigt med upprepade sjukskrivningsperioder. Det är viktigt att detta inte uppfattas som en medicinsk angelägenhet utan som en försäkringsfråga, där det gäller att göra plats för dessa gruppers speciella villkor i tillämpningsföreskrifterna. Ju snabbare en person med en kronisk sjukdom som visar sig i regelbundet eller oregelbundet återkommande arbetsoförmåga får sin försäkringssituation klarlagd, desto större är förutsättningen att kunna fortsätta arbeta. Enbart medicinska insatser i kombination med fortsatt sjukskrivning kan rent av vara skadligt eftersom det försenar den försäkringsmässiga handläggningen.

Att bli överens om ansvarsfördelningen och gemensamt se vem som praktiskt har huvudansvaret i olika skeden av sjukskrivningsprocessen skulle kunna komma till rätta med en av många läkare upplevd irritation, nämligen att de ofta känner sig underutnyttjade i början av sjukskrivningsprocessen (svårigheter att få kontakt med Försäkringskassan, krav på återkommande intyg, misstro, etc.) och överutnyttjade i slutet (med krav på förmåga att avgöra försäkringens krav på omställning, kunskap om arbetsmarknadens krav, etc.)

4.3 Tillfällig sjukdom ett kärnuppdrag för hälso- och sjukvården

Det är Försäkringskassan som formellt avgör om nedsättningen av arbetsförmågan är tillräcklig för ersättning från försäkringen också vid tillfällig sjukdom. Vi har i tidigare kapitel visat att Försäkringskassan har ett flertal metoder för sina bedömningar med på senare år allt mera tydlig inriktning på funktionstillstånd och arbetsförmåga. Ofta är dock ett personligt möte förutsättningen för att få kvalitet i bedömningen av effekten av sjukdomen på individens arbetsförmåga i det arbete individen oftast har. Den person som patienten alltid möter är läkaren (eller möjligen någon annan sjukvårdspersonal). Det kommer in omkring en halv miljon läkar-

intyg för nya sjukfall till Försäkringskassan om året och det finns inga förutsättningar för tillräckligt tidiga personliga möten med Försäkringskassan för alla försäkrade.

Läkarintyget är också det dokument som, åtminstone i början, utgör det viktigaste beslutsunderlaget för Försäkringskassan. Det är mycket ovanligt, särskilt historiskt, att Försäkringskassan inte följer läkarintygets rekommendationer. Om de ifrågasätts är det vanligt att läkarens legitimitet är mycket större än Försäkringskassans. Både individen och läkaren tenderar att känna sig överkörda och dåligt respekterade om Försäkringskassan ifrågasätter läkarens utlåtande. För Försäkringskassan är det helt enkelt inte möjligt att med bevarad auktoritet på bred front ifrågasätta läkarintygen.

Den strategi av samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan som under senare år har utvecklats är därför lyckosam. Det är genom försäkringsmedicinsk utveckling och delaktighet från läkarna i sjukskrivningsprocessen och särskilt dess inledningsskede som de stora vinsterna står att hämta. De nya läkarintygen, Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, utbildningarna kring SLU (Särskilda LäkarUtlåtandet) och den s.k. sjukvårdsmiljarden, som går till landstingen för att förbättra kvaliteten i arbetet med sjukskrivningsfrågorna, är exempel på insatser som har bidragit till ökad försäkringsmedicinsk professionalisering i sjukvården och sannolikt till att sjukskrivningstiderna nu förkortas, liksom till att inflödet i sjukförsäkringen är lägre.

Det är viktigt att den konstruktiva samverkan fortsätter, liksom att nya insatser i samma anda tillkommer. Det som där ligger närmast i tiden är att möjligheten öppnas för företagshälsovården (FHV) att bli de anställdas första läkarkontakt. För den arbetande delen av befolkningen är sjukskrivningsproblematiken den kanske viktigaste folkhälsofrågan. Tanken bakom FHV-reformen är att ge den del av hälso- och sjukvården som har relationen individ/arbete/hälsa som sin särskilda kompetens en större roll. Med en ökad närhet till individen, sin närhet till arbetsplatsen, och sina multidisciplinära team bör FHV kunna utvecklas till särskilda specialister på arbetsförmågebedömningar.

Ju tidigare i sjukprocessen som realistiska förväntningar om framtiden kan etableras, desto större är förutsättningarna att inte i onödan förlänga sjukskrivningen eller fördröja anpassningen till nya förväntningar på vad individen kan eller inte kan göra i fortsättningen. Desto större blir då förutsättningarna att individen

kan komma tillbaka till sitt eller annat arbete. De första kontakterna mellan individ och sjukvård är därför särskilt betydelsefulla. Det framstår därför som önskvärt att hälso- och sjukvården i sin utveckling av kvalitetssäkrad medverkan i sjukskrivningsprocessen lägger särskild vikt vid inledningsskedet.

Det är emellertid också ett viktigt utvecklingssteg i medicinsk praxis om läkarna tar ett medvetet ansvar för att *avsluta* den akuta sjukskrivningsperioden där läkning och förbättring av funktions-tillståndet förväntas. Att tydligt klargöra för patienten att det inte är sannolikt att kända behandlingsmetoder kommer att förbättra funktionsförmågan på något avgörande sätt är en viktig del av ett professionellt medicinskt förhållningssätt och behöver inte alls innebära att överge patienten i de delar där sjukvården ändå behövs i relation till det kroniska tillståndet.

Vid den prövning av arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden som med den nya lagstiftningen ska ske efter sex månader kommer frågeställningen om individen "med stor sannolikhet" och "inom kort" kommer att kunna återvända till sin tidigare arbetsplats att akut utlösa frågan om tillfällig eller varaktig sjukdom mellan individ, läkare och försäkringsadministration.

Bara om "särskilda skäl" föreligger kan prövningen mot hela arbetsmarknaden skjutas upp. Det förutsätts att det av det medicinska underlaget ska framgå om det finns välgrundad anledning att anta att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren och att det finns en plan för återgång om prövningen skjuts upp.

Särskilda skäl förutsätter vidare "tydliga diagnoser. Vid mer diffusa diagnoser torde det vara svårt att ha en välgrundad uppfattning om att en viss terapi har önskad effekt eller vilket läkningsförlopp som kan förväntas."³

Det kan förutses att perioden kring sex månader blir en tid när risk finns för konflikter mellan sjukskrivande läkares uppfattning och Försäkringskassans tolkning av vad den nya lagstiftningen kräver. Samtidigt kommer en förtroendefull samverkan mellan sjukvård och försäkring att spela stor roll för hur individen kommer att uppleva situationen. Att etablera en fungerande praxis på området som bygger på en tydlig rollfördelning mellan sjukvård och Försäkringskassa framstår därför som nästa viktiga försäkringsmedicinska uppgift. Det är i det sammanhanget som behovet

³ Prop. 2007/08:136.

av ett formaliserat instrument för att bedöma funktions- och/eller arbetsförmåga möjligen kommer att visa sig.

I avvaktan på ett sådant finns i Försäkringskassans verktygslåda åtminstone ett instrument, som enligt vår mening bör kunna användas mera systematiskt än idag. Det s.k. SLU kan ses som en second opinion från en läkare med särskild försäkringsmedicinsk kompetens. En sådan kan komma att behövas i de fall Försäkringskassan finner oklarheter i underlaget. För individen är det ett stort steg i livet att avkrävas att söka ett annat arbete eller rent av förutsättas byta yrke. Om det kan upplevas framtvingat i strid med behandlande läkares uppfattning är det rimligt att individen får träffa en annan läkare som har särskilda förutsättningar att förklara sambandet sjukdom/försäkring. Också för Försäkringskassan är det önskvärt att inför ett så genomgripande beslut för den försäkrade ha ett väl genomarbetat försäkringsmedicinskt underlag som bygger på ett personligt lite längre möte, som särskilt ägnats åt individens arbetsförmåga.

4.4 Varaktigt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom ett kärnuppdrag för försäkringen

Tolkningen av vad lagstiftaren menat är den nivå som ger individen rätt att slippa försöka försörja sig själv är inte i första hand en medicinsk fråga utan en tolkning av försäkringsvillkoren.⁴ Definitionen ser olika ut i olika länders lagstiftning. Oftast tycks det vara inför myndigheternas beslut om rätt till varaktig ersättning som man i andra länder använder särskilda instrument för att bedöma funktion och/eller arbetsförmåga.

I Australien gäller t.ex. att prövning av varaktighet bara kan ske om det medicinska tillståndet är fullständigt diagnostiserat, behandlat och stabiliserat (osannolikt att det uppstår någon funktionell förbättring inom två år med eller utan rimlig behandling). Australiens arbetsförmågebedömning (JCA) ska användas inför beslut om förtidspension. Ett exempel på att försäkringsvillkoren specificerar omställningskraven är att den person som bedöms kunna ta ett annat arbete på arbetsmarknaden än det han eller hon tidigare haft får en *rättighet* att ta del av arbetsmarknadsinsatser

⁴ Dock behövs, såsom tidigare sagts, i övergångsfasen inför det varaktiga tillståndet ett avslut medicinskt, där läkaren medverkar till att bekräfta varaktigheten i det medicinska tillståndet och därav föranlett funktionstillstånd.

som andra inte har och JCA syftar till att identifiera vilka stödåtgärder som behövs. Däremot kan upp till två års utbildning till annat arbete krävas utan att försäkringen tar ansvar för försörjning eller utbildningskostnader.

I Danmark ska det framgå av dokumentationen att ingen realistisk behandling som kan ges utan fara för liv och säkerhet skulle kunna förbättra tillståndet. Ett strukturerat sätt att upprätta en resursprofil ska alltid användas inför beslut om varaktig ersättning. Även annan arbetsoförmåga än den som följer av sjukdom provas och särskilt intyg från läkare är inte nödvändigt om inte kommunen särskilt begär det. Någon deltidspension finns inte, men däremot vid behov rätt till delvis subventionerat arbete i form av s.k. flexjobb eller anpassat arbete.

Särskilda instrument för bedömning måste, om de ska kunna spela en roll i beslutsprocessen, bli en spegling av rättigheter och skyldigheter i försäkringen. Instrument som mäter funktionstillstånd i förhållande till något normaltillstånd blir avgörande för arbetsförmågebedömningen bara om lagstiftaren direkt beslutar att funktionsnedsättningen som sådan är det som avgör vilka krav som ställs på individen. Om lagstiftaren däremot menar att individuella särskilda förhållanden ska spela roll för utfallet krävs något därutöver.

Funktionsbedömningar som det brittiska PCA, mäter och sammanväger nedsättning av förmåga sammanfattat i en poängsumma, som om den uppgår till 15 medför rätt till varaktig ersättning. Den bakomliggande synen på rätten till ersättning blir då att förmågan jämförs med ett *normaltillstånd*. Den som har funktionsnedsättningar som tillräckligt mycket avviker från det normala har rätt till ersättning och den vars funktionstillstånd inte tillräckligt avviker från det normala har det inte. PCA blir själva normen för vem som anses ha rätt till varaktig ersättning och därmed ett direkt uttryck för lagstiftarens intentioner.⁵

Ett lite annorlunda synsätt, vanligt i försäkringssammanhang, är att det eller den försäkrade är försäkrad ”*i befintligt skick*”. Grundläggande för känslan av att vara väl försäkrad är att man kan få ersättning för den faktiska förlusten. Den som har gatans dyraste och senast för dyra pengar moderniserade hus blir inte nöjd om han

⁵En annan fråga gäller instrumentets pålitlighet i praktiken. Har handläggarna verkligen samma föreställning om vad som är det normala och hur stor avvikelsen är? Gör handläggarna verkligen samma bedömning av samma fall? Och hur påverkas bedömningarna av vissheten att den avgörande gränsen är just 15 poäng? Men detta är frågor som måste säkerställas vid konstruktion och implementering av instrumentet.

får ersättning efter genomsnittsvärdet på gatan om huset brinner. Och försäkringsbolaget har svårt att tänka sig att betala för ett nytt betydligt bättre hus än det mest nedgångna och renoveringsfärdiga huset om det brinner, särskilt som det i så fall skulle föreligga en viss risk för oförsiktighet med eld i det huset. Det naturliga blir att varje hus är försäkrat i förhållande till sitt eget skick.

För individers arbetsförmåga skulle synsättet kunna betyda att man vid en viss tidpunkt i livet måste se till den individuella livshistorien och de personliga egenskaperna. Bedömningen av nedsättningen av arbetsförmågan bör då göras i förhållande till den person man är och inte i förhållande till en "normal person" eller i än mindre grad till en särskilt socialt eller kompetensmässigt gynnad person.⁶

En person med ett tränat intellekt och stor social förmåga torde ha en större restarbetsmarknad än en lågutbildad person utan samma sociala förmåga om båda drabbas av samma funktionsförluster. Det kan då ses som naturligt att utifrån sjukförsäkringen eller a-kassan ställa högre krav på den första personen, vilket förutsätter en omfattande och mera komplicerad sammanvägning än en ren funktionsbedömning av olika förmågor till ett slutligt beslut om ersättning eller krav på egen försörjning. I andra änden av skalan skulle det också kunna betyda att den som från början har en mycket smal kompetens och drabbas av en sjukdom som sätter ned den förmåga som finns skulle kunna få ersättning som inte vore rimlig för den som har bredare personliga förutsättningar.

En mera individualiserad arbetsförmågebedömning kan vara mer eller mindre strukturerad och fungera som ett tillägg till en funktionsbedömning (Australien) eller som ett självständigt instrument, men då med mindre koppling till sjukdom (Danmark).

I Australien görs först en formell funktionsbedömning. Funktionsbedömningen är knuten till diagnosområde och blir därmed ett mått på att det är sjukdomen som leder till funktionsnedsättningen. Minst 20 poäng i testet är ett nödvändigt men inte tillräckligt villkor för att beviljas ersättning. För att komma vidare till själva arbetsförmågebedömningen görs ytterligare individuella överväganden. Om några särskilda personliga förhållanden föreligger som gör att personen trots omfattande funktionsnedsättning på grund av sjukdom kan tänkas ha förmåga att försörja sig själv fattas inget beslut om varaktig ersättning.

⁶ *Obälsöförsäkringen, Trygghet och Aktivitet*, SOU:166 (1997), s. 95.

I Danmark tillämpas ett strukturerat sätt att identifiera individuella resurser som kan vara till nytta på arbetsmarknaden. Efter- som varaktig ersättning inte är specifikt knuten till sjukdom behövs ingen särskild bedömning av funktionsnedsättning på grund av sjukdom. Instrumentet är mera avsett som ett hjälpmedel att hitta lämpligt arbete och som dess mest sympatiska drag framstår den konsekvens med vilken medverkan från individen förutsätts.

Det holländska systemet är en speciell variant på att vara försäkrad ”i befintligt skick”. I en inkomstrelaterad försäkring kan det framstå som naturligt att tänka sig att det är den intjäningsförmåga man har som är försäkrad mot påverkan från varaktig sjukdom. Om individen till följd av sjukdom får ett arbete med betydligt lägre inkomst än förut kan han eller hon känna sig snuvad på försäkringens löfte om inkomsttrygghet vid sjukdom. Särskilt kan det vara fallet om den som helt förlorar sin arbetsförmåga (eller kan övertyga om att så är fallet) kan få en bättre ersättning än den som, trots sjukdom och funktionsproblem, tar ett sämre betalt arbete och försörjer sig själv.

Det holländska systemet bygger på försäkring av intjänande- förmåga genom att det ersätter mellanskillnaden mellan tidigare inkomst och inkomsten i (det mellersta av) de tre bäst betalda arbeten som individen antas kunna utföra med de funktions- begränsningar som följer av sjukdomen.

Tydligt är, att respektive lands instrument för att bedöma funktion och/eller arbetsförmåga speglar det egna landets lagstiftning och synsätt. Det är därför svårt att tänka sig att rakt av importera något system, särskilt som varje introduktion av ett handfast och normerande instrument måste föregås av noggranna vetenskapliga studier av att det mäter det som avses. Introduktionsperioden har som framgår i kapitel 2 i allmänhet varit åtskilliga år. Vi har i uppdrag att i nästa fas av utredningens arbete djupare analysera det svenska arbetsförmågebegreppet. Först därefter finns förutsättningar att på allvar överväga att konstruera en svensk motsvarighet till de system andra länder valt att tillämpa för att underlätta en rättssäker och likformig bedömning av vem som har rätt till varaktig försörjning från den allmänna försäkringen.

Ju flera skyldigheter att ställa om sitt liv som faktiskt knyts till socialförsäkringssystemen, desto större blir kraven på tydlighet, logik och förutsebarhet i regelverk och administration. Och ju flera särskilda rättigheter som följer med individer som tvingas till omställning på grund av sjukdom, desto högre bör ribban för

försörjning från sjukförsäkringen kunna sättas och ändå upplevas som legitim. Det är när försäkringens villkor innebär en balans mellan skyldigheter och rättigheter som svarar mot den svenska välfärdsmodellens kultur och krav som människor kommer att anse att de har en bra sjukförsäkring.

5 Slutsatser och förslag

Utredningens slutsatser: Utredningens slutsats är att beslutsprocessen inom sjukförsäkringen har mycket att vinna på att bedömningar om rätt till ersättning i ökad utsträckning fokuseras på att klargöra individers funktionstillstånd och hur detta är relaterat till arbetsförmågan. Detta ligger också väl i linje med det arbete som redan pågår inom ramen för sjukskrivningsprocessen.

En lärdom av den internationella översynen av metoder och instrument är att de mer standardiserade undersökningar av funktionstillstånd som används på olika håll framför allt är inriktade på bedömning av rätten till varaktiga ersättningar. Utredningens bedömning är också att det främst är vid prövning av arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden som sådana lösningar eventuellt bör bli aktuella. Det är dock för tidigt för utredningen att ha någon mer bestämd uppfattning i frågan om huruvida detta är något för Sverige och hur en sådan lösning i så fall bör se ut.

När det gäller prövning av rätten till sjukpenning under de första sex månaderna av ett sjukfall är det visserligen viktigt att fokusera på funktion och arbetsförmåga men utredningen ser ingen egentlig nytta med att introducera något nytt bedömningsinstrument. Här finns i stället anledning att betona en nära samverkan med hälso- och sjukvården och ett fortsatt arbete med utvecklingen av ett strukturerat försäkringsmedicinskt förhållningssätt.

Rätten till ersättning inom ramen för sjukförsäkringen bygger på en nedsättning av arbetsförmågan till följd av sjukdom eller skada. Det är bara personer med nedsatt arbetsförmåga som har rätt till ersättning. Nedsättningen måste dock vara kopplad till sjuk-

dom/skada och en bedömning av rätt till ersättning kräver en bedömning av den kopplingen.

Försäkringskassan har under senare år arbetat med att tydliggöra att sjukdom i sig inte är tillräckligt för att ha rätt till ersättning. Detta har gjorts både genom informationskampanjer till befolkningen och genom att kraven ökat på en tydlig dokumentation av hur sjukdomen specifikt påverkar funktionstillstånd och förmåga att utföra ett befintligt eller hypotetiskt arbete.

Fokuseringen på leden längst till höger i vad vi har benämnt arbetsförmågekedjan utgör en viktig del i arbetet med att skapa en bättre fungerande försäkring där man på ett likformigt och rättssäkert sätt upprätthåller lagstiftarens intentioner när det gäller vem som har rätt till ersättning.

Arbetsförmågeutredningens uppdrag är att:

... i ett första steg göra en inventering av de olika metoder som finns i dag, i Sverige och andra länder, för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga. Utifrån denna genomgång ska utredaren föreslå användbara metoder för att mäta och bedöma funktionstillstånd och/eller funktionsnedsättning och arbetsförmåga. Utredaren ska vidare föreslå hur ett mera fördjupat arbete med att ta fram ett metodstöd ska genomföras.

I vår undersökning av metoder i andra länder framgår att det finns många exempel på angreppssätt och metoder som på olika sätt skulle kunna vara intressanta för Sverige. Samtidigt har undersökningen tydliggjort att det krävs ett genomtänkt förhållningssätt till frågan om vilka grundläggande principer som ska ligga till grund för val av metoder. Även mycket närliggande instrument för bedömning av till exempel funktionstillstånd kan spela högst olika roller vid själva bedömningen av rätten till ersättning.

Scheman för att beskriva funktionstillstånd kan i sig utgöra själva arbetsförmågeprövningen men de kan också utgöra ett av flera olika underlag för att i ett senare skede göra arbetsförmågeprövningen. Det är därför viktigt att skilja på instrument för bedömning av funktionstillstånd respektive bedömning av arbetsförmåga.

Instrument för bedömning av funktionstillstånd finns på flera samhällsområden. De instrument som används inom ramen för olika socialförsäkringar förefaller främst användas vid bedömningar av rätt till mer varaktiga ersättningar. Det är främst då som det uppstår ett större behov att beskriva de försäkrades funktions-

tillstånd på ett mer standardiserat och likformigt sätt. Orsaken är att det är då arbetsförmågan ska relateras till hela arbetsmarknaden i stället för till ett specifikt befintligt arbete. En beskrivning av funktionstillstånd utifrån vissa avgränsade specifika funktioner är inte lika meningsfull när det gäller helt olika arbetsuppgifter med olika krav på vilka funktioner som krävs för utförandet. Detta blir särskilt tydligt i system där man, som i t.ex. Storbritannien, också har ett standardiserat sätt att väga samman och summera funktionstillståndet. Att koppla arbetsförmågebedömningen till en given funktionsnivå är bara rimligt om man också utgår ifrån en given generell kravnivå som får uttrycka vad som anses vara rimligt för den som ska försöka försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden.

För svensk del är det möjligt att det vid prövning av arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden, alltså i princip senast efter sex månaders sjukskrivning för den som har en anställning, skulle kunna vara aktuellt med någon form av mer standardiserad bedömning av funktionstillstånd. Att ta ställning till den frågan och att i så fall också ta ställning till hur instrumentet bör se ut kräver dock en klar bild av vilken roll det ska spela vid bedömningen av arbetsförmåga. Även om funktionsbedömningen bara ska utgöra ett underlag för en senare bedömning av arbetsförmågan utgör urvalet av vilka funktioner som ska ingå ett politiskt ställningstagande av vad som ska vara relevant för arbetsförmågebedömningen.

Vi är inte på det här tidiga stadiet i utredningen beredda att ta ställning till frågan om vad som eventuellt kan finnas att vinna på att introducera ett instrument för bedömning av funktionstillstånd inom ramen för den nuvarande lagstiftningen. Det är en allt för komplex frågeställning att klara av på den mycket begränsade tid utredningen hittills har haft till förfogande. Det är inte heller uppenbart utifrån vår internationella översyn att det finns någon befintlig modell som helt klart är att föredra. Att direkt importera ett befintligt instrument skulle dessutom vara av tvivelaktigt värde eftersom varje instrument är beroende av den specifika miljö som det tagits fram för. När vi i ett andra steg av utredningen ska behandla själva arbetsförmågebegreppet kommer vi också att behöva återvända till frågan om vilken roll som nya metoder för att bedöma funktionstillståndet eventuellt skulle kunna spela.

Ser man till modeller för bedömning av varaktig arbetsförmåga som inte inkluderar någon form av bedömning av funktionstillstånd och som inte liknar det arbetssätt vi redan har i Sverige är det

främst Danmark som sticker ut som ett intressant exempel. Där finns en tydlig mall för hur arbetsförmågan ska beskrivas och bedömas. Den danska modellen bygger dock på ett annat synsätt än det svenska och man har släppt kravet på att arbetsförmågan ska vara nedsatt på grund av sjukdom eller skada. Det är i stället individens hela arsenal av resurser som ska bedömas och arbetsförmågan tillåts bli en funktion av många faktorer som i andra system explicit utesluts från det som ska spela roll för bedömningen.

Det danska systemet förefaller kunna visa på goda resultat när det gäller de försäkrades delaktighet och beslutens legitimitet. Vi kan konstatera att flera länder tycks ge ett större utrymme för den försäkrades egen medverkan i arbetet med att beskriva sjukdomens konsekvenser än vad som är fallet i Sverige. Även i ett så pass hårt strukturerat system som det brittiska bygger mycket på den försäkrades egen bild och när administrationen nekar den försäkrade ersättning ska det alltid föregås av ett personligt möte. Att två så olika system som det danska och det brittiska båda rymmer en betydande grad av delaktighet från den försäkrade antyder att detta i många länder ses som ett värde i sig. Det är en insikt som bör ha betydelse för det fortsatta arbetet med metoder och instrument i Sverige.

Bland de befintliga svenska instrument vi studerat förefaller det särskilda läkarutlåtandet (SLU) rymma en del av de egenskaper och kvaliteter som på olika sätt dyker upp i andra länders instrument. Det har ett tydligt fokus på funktioner och det ger utrymme för den försäkrade själv att beskriva sin syn på situationen. I den mån det upplevs att det finns ett mer brådskande behov av ett nytt instrument är det vår bedömning att en utökad användning av SLU skulle kunna fylla en positiv roll och då främst som ett stöd vid de svåra vägval som måste göras senast efter sex månaders sjuk-skrivning.

Vid bedömning av arbetsförmåga inom ramen för system med tillfälliga ersättningar som den svenska sjukpenningen förefaller de flesta länder använda metoder som ligger relativt nära det arbetssätt som också finns i Sverige. Så länge frågan gäller arbetsoförmåga i ett befintligt arbete blir det naturligt och önskvärt med en närmare koppling till arbetsgivaren och sjukvården.

Här har det i Sverige under de senaste åren gjorts ett omfattande arbete för att på ett bättre sätt fokusera bedömningarna på funktionstillstånd och arbetsförmåga. Det har skett en dramatisk

utveckling av samverkan med hälso- och sjukvården bl.a. genom införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet och det pågår ett arbete med en förnyad företagshälsovård för att underlätta inte minst samverkan med arbetsgivaren. Vi ser inget behov av att i dag införa några nya bedömningsinstrument i denna fas av sjukskrivningsprocessen. Det är snarare viktigt att låta det arbete som pågår fortsätta och att på olika sätt bygga vidare på de förändringar som gjorts och är på gång samt att se till att skaffa vetenskaplig kunskap om effekter av dem. Det vi kan se är ett behov av att på olika sätt öka professionaliseringen av Försäkringskassans arbete och att myndigheten ges utrymme att bygga upp kunskapen kring de egna instrumenten och metoderna.

Utredningens förslag: Försäkringskassan ges i uppdrag att genom vetenskapliga studier utveckla och utvärdera effekter av de instrument som i dag används inom verksamheten för att bedöma rätten till sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning.

Det finns inte någon större tradition i Sverige av att genomföra vetenskapliga studier av de metoder och instrument som olika myndigheter arbetar med. Försäkringskassan utgör på den punkten inget undantag. Vi anser att det finns mycket att vinna på att mer systematiskt undersöka vilka effekter som de olika bedömningsinstrumenten i sjukskrivningsprocessen egentligen har.

Ger till exempel en SASSAM-kartläggning och ett Särskilt läkarutlåtande olika svar på liknande frågeställningar om de genomförs på samma individ? Blir det samstämmiga bedömningar om olika personer använder samma instrument för att bedöma samma individ? I vilken grad används resultaten från olika undersökningar i praktiken när det gäller de beslut som fattas? Det finns många typer av frågeställningar där det i dag saknas svar och där förmodligen såväl rättsäkerheten och likformigheten som resursanvändningen skulle kunna förbättras om kunskapen ökade.

En aspekt som kan vara av särskilt intresse är i vilken grad olika metoder ger olika stort utrymme för den försäkrades egen medverkan och delaktighet. Ett intryck från de internationella jämförelserna är att den försäkrade själv i många länder spelar en mer aktiv roll i utredningar och bedömningar än i Sverige. Det är

möjligt att en sådan medverkan kan ha flera olika positiva effekter och detta bör hörä till det som ska undersökas.

Randomiserade kontrollerade studier bör göras där man skapar behandlings- och kontrollgrupper för att mäta effekten av olika åtgärder och de instrument som används bör prövas med avseende på mätkvalitet av olika slag.

Försäkringskassan bör ges i uppdrag att inleda ett arbete med en systematisk utvärdering av de instrument som används inom sjuk-skrivningsprocessen.

Kommittédirektiv



Översyn av begreppen sjukdom och arbetsförmåga samt en enhetlig bedömning av arbetsförmåga

Dir.
2008:11

Beslut vid regeringssammanträde den 31 januari 2008

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare får i uppdrag att i ett första steg göra en inventering av de olika metoder som finns i dag, i Sverige och andra länder, för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga. Utifrån denna genomgång ska utredaren föreslå användbara metoder för att mäta och bedöma funktionstillstånd och/eller funktionsnedsättning och arbetsförmåga. Utredaren ska vidare föreslå hur ett mera fördjupat arbete med att ta fram ett metodstöd ska genomföras.

I ett andra steg ska utredaren beskriva och analysera begreppet arbetsförmåga och presentera en begreppsapparat. Utredaren ska analysera vad som läggs i begreppet och hur det används inom såväl socialförsäkringen, arbetsmarknadspolitiken som handikapppolitiken. Utredaren ska vidare beskriva och analysera begreppet sjukdom ur sjukförsäkringens perspektiv.

I uppdraget ingår även att närmare redovisa och analysera skillnaderna mellan kraven på individers omställning i socialförsäkringen och motsvarande krav inom arbetsmarknadspolitiken. Utgångspunkten för uppdraget är att individens funktionstillstånd ska tillmätas större betydelse vid bedömningen av arbetsförmågan. Begreppsapparat, bedömningskriterier och metoder för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga inom socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken ska också bli mera enhetliga.

Utredaren ska lämna de förslag till författningsändringar som översynen motiverar.

Den första delen av uppdraget ska redovisas senast den 31 maj 2008. Utredaren ska slutligt redovisa hela uppdraget senast den 30 april 2009.

Bakgrund

Det medicinska sjukdomsbegreppet

Sjukdomsbegreppet har inte definierats i lag och kan skilja sig åt beroende på ur vems perspektiv begreppet diskuteras. Ur individens perspektiv, ett subjektivt begrepp, där individens upplevelse av sjukdom, t.ex. smärta, trötthet, nedsatt funktionsförmåga, är det avgörande. Ur professionens perspektiv kan det sägas vara objektivt i den meningen att man då utgår från det faktiska tillståndet, från vad som från medicinska utgångspunkter uppfattas som ett normalt tillstånd eller ett onormalt tillstånd som resulterar i en diagnos. Sjukdomsbegreppet kan också variera över tiden.

I Sverige och flertalet andra länder används inom hälso- och sjukvården det klassifikationssystem för sjukdomar som utarbetats av WHO – ICD (International Classification of Diseases) – vilket omfattar medfödda och förvärvade sjukdomar och även skador. Klassifikationen, som bl.a. används för diagnosättning inom sjukvården, har översatts till svenska och uppdateras löpande. Socialstyrelsen bedriver därutöver ett arbete för att normera och rekommendera användningen av begrepp och termer, i syfte att värna om patientsäkerheten respektive rättssäkerheten. Vidare har Socialstyrelsen regeringens uppdrag att ansvara för översättning och harmonisering av ett internationellt begreppssystem för kliniska begrepp och termer, SNOMED CT (Systemized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms). Avsikten med systemet är att, genom ett enhetligt bruk av begrepp och termer, få en entydig information i all vård- och omsorgsdokumentation. Detta arbete medför förbättrade förutsättningar för vårdgivare vad avser t.ex. tydlighet och enhetlighet, liksom för uppföljning och styrning av verksamheten. Härigenom kan även bättre beslutsunderlag för sjukskrivning åstadkommas.

Begrepp inom sjukförsäkringen

Begreppen sjukdom och arbetsförmåga är centrala för sjukförsäkringen. Begreppen är emellertid vaga och kan ha både en smalare och vidare betydelse än inom sjukförsäkringen. Det medicinska sjukdomsbegreppet behöver således inte fullständigt överensstämma med det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet.

Även begreppet försäkringsmedicin är tämligen otydligt, men skulle till exempel kunna beskrivas som kunskapen om den nedsatta arbetsförmåga som har sin grund i sjukdom och kunskapen om den tid under vilken arbetsförmågan är nedsatt och som under olika förutsättningar bör ge rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Försäkringsmedicin kan idag inte betraktas som en etablerad akademisk disciplin. Området är till stora delar utforskat och det finns brister vad gäller vetenskapligt underbyggd kunskap. Bristen på evidensbaserad kunskap om medicinskt grundad funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga och lämpliga sjukskrivningstider bidrar till olikheter i tillämpningen av sjukförsäkringen i tid och geografiskt. Det finns inte heller underlag för att avgöra om skillnaden i tillämpningen mellan kvinnor och män är motiverad. Behovet av att utveckla den evidensbaserade kunskapen inom försäkringsmedicin är därför stort. Ett steg på vägen är det uppdrag som Socialstyrelsen och Försäkringskassan har fått (dnr. S2005/9201/SF) att utforma nationella försäkringsmedicinska riktlinjer i form av ett beslutsstöd för sjukskrivning. Beslutsstödet kommer i huvudsak att grundas på beprövad erfarenhet. Genom förbättrad kunskap kommer beslutsstödet att successivt behöva utvecklas. Försäkringsmedicinen kan därmed sägas ha fått sitt första konkreta vetenskapliga uppdrag med framtida klinisk användbarhet. Det färdigställda och kvalitetssäkrade beslutsstödet kommer att presenteras under 2008. Delar av beslutsstödet har emellertid presenterats i oktober 2007, i form av en vägledning, och stödet har börjat användas.

För begreppen arbetsförmåga och arbetsoförmåga, liksom metoderna för bedömning av dessa saknas ett motsvarande uppdrag. Begreppen och bedömningen av dessa behöver konkretiseras. WHO:s klassifikation ICF (International Classification of Functioning) är grundläggande för begreppsbildningen i sammanhanget. Svårigheterna och de rådande problemen med att bedöma arbetsförmåga är av så fundamental art att en grundlig utredning är nödvändig för att utveckla och förankra ett gemensamt synsätt och

gemensamma metoder för bedömning av medicinskt orsakad funktionsnedsättning och arbetsförmåga. Ett arbete för att utveckla och förankra ett synsätt och sådana metoder behöver därför initieras. Detta är avgörande för att arbetslinjens krav på omställning bättre ska tillgodoses samtidigt som olikheten i tillämpningen av sjukförsäkringen minskar.

Regeringen har i budgetpropositionen för 2008 angett att den anser att individens funktionstillstånd ska tillmätas större betydelse vid bedömningen av arbetsförmågan. De bedömningskriterier som används inom socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken liksom metoderna för att bedöma funktions- och arbetsförmåga måste enligt regeringen bli mera enhetliga. De ska tillsammans främja en snabbare återgång till arbete. Regeringen aviserar att en översyn ska göras för att dels fastställa metoder för bedömning av arbetsförmåga och/eller funktionstillstånd, dels tydliggöra det sjukdomsbegrepp som ska gälla i sjukförsäkringen. Detta direktiv baserar sig på regeringens avisering.

Gällande bestämmelser

Grundläggande kriterier för ersättning enligt AFL

För sjukförsäkringen finns den grundläggande bestämmelsen rörande sjukdom och arbetsförmåga i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL).

Enligt AFL är det för rätt till sjukpenning, aktivitetsersättning eller sjukersättning två grundläggande kriterier som ska bedömas; dels om sjukdom eller skada föreligger, dels om denna sjukdom eller skada lett till nedsättning av personens arbetsförmåga med minst 25 procent. Beroende på graden av nedsatt arbetsförmåga kan sjukpenning lämnas med hel, tre fjärdedels, halv eller med en fjärdedels ersättning. Med sjukdom jämföras, enligt AFL, ett tillstånd av nedsatt arbetsförmåga som orsakats av sjukdom för vilken sjukpenning lämnats och som fortfarande kvarstår efter det att sjukdomen upphört. Vid bedömning av om sjukdom föreligger ska enligt AFL bortses från arbetsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Det är en sjukdoms konsekvens för funktionstillstånd och arbetsförmåga som kan motivera sjukskrivning, inte sjukdomen i sig.

Sjukdomsbegreppet

Sjukdomsbegreppet saknar en definition i AFL trots att innebörden av begreppet har en avgörande betydelse vid bedömningen av rätten till ersättning. Det är istället Socialvårdskommitténs uttalanden av allmän karaktär i betänkandet från 1944 (SOU 1944:15) som är vägledande. Uttalandet lyder *Som sjukdom torde kunna betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd, vilket inte sammanhänger med den normala livsprocessen*. Kommittén har framhållit två omständigheter som viktiga vid bedömning av om sjukdom föreligger, nämligen läkarens uppfattning och möjligheten till skälighetsöverbäganden.

I förarbetena till nuvarande lagstiftning uttalas beträffande sjukdomsbegreppet att utvidgningar av sjukförsäkringens ersättningsområde kan ske genom att domstolarna skapar eller ändrar rättspraxis eller genom att riksdagen fattar beslut om att ändra regelverket. Vad som avses med sjukdom har under en lång tid successivt utvecklats genom praxis av framförallt den tidigare Försäkringsöverdomstolen. Även förändringar av det medicinska sjukdomsbegreppet har lett till förändringar i det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet.

Exempel på hur sjukdomsbegreppet har utvidgats i praxis är den utveckling som skett beträffande synen på störningar under graviditeten samt operativa ingrepp. Tillstånd under graviditeten som tidigare inte gett rätt till sjukpenning men som enligt nuvarande rättspraxis anses göra det är bl.a. hotande förtidsbörd, hotande missfall och otillräcklig fostertillväxt.

Exempel på operativa ingrepp som ger rätt till sjukpenning är t.ex. abort, sterilisering, skönhetsoperation och organ- eller vävnadsdonation. Även sorg- och trötthetstillstånd kan ge rätt till sjukpenning. När det gäller operativa ingrepp har praxis efter hand utvecklats så att anledningen till ingreppet inte tillmäts någon betydelse när det gäller att bedöma sjukdomstillståndet efter ingreppet. Bedömningen ska i stället göras utifrån det tillstånd som det operativa ingreppet medfört.

Arbetsförmåga och bedömning av denna

AFL innehåller ingen definition av begreppet arbetsförmåga. Lagen innehåller däremot en regel för hur arbetsförmåga ska bedömas. Regeln innebär att enbart medicinska kriterier som huvudregel ger rätt till ersättning. Regeln har dock undantag (3 kap 7 § resp. 7 kap. 3 § AFL) som anger att om det finns särskilda skäl för det får vid bedömning av arbetsförmågans nedsättning beaktas den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter.

Det formella kravet på arbetsförmågans nedsättning enligt AFL skiljer sig något när det gäller rätten till sjukpenning respektive rätten till aktivitets- och sjukersättning. För rätt till hel sjukpenning krävs i princip att arbetsförmågan är fullständigt nedsatt. Detta innebär att till exempel en begränsad arbetsinsats i en förening eller ett politiskt mindre omfattande uppdrag i regel alltid minskar sjukpenningen. I fråga om aktivitets- eller sjukersättning utbetalas däremot hel sådan förmån om arbetsförmågan är helt eller i det närmaste helt nedsatt.

När Försäkringskassan konstaterat att sjukdom föreligger och ska bedöma den försäkrades arbetsförmåga sker detta stegvis enligt den så kallade steg- för- steg- modellen. Syftet med modellen är att ge Försäkringskassan stöd för att på ett strukturerat och aktivt sätt bedöma arbetsförmågan vid ställningstagande för rätten till sjukpenning.

Vid bedömning av arbetsförmågan hos en anställd ska Försäkringskassan alltid först bedöma förmågan i förhållande till den försäkrades vanliga arbete eller arbetsuppgifter. Om det visar sig att den anställda på grund av sjukdom inte kan återgå i sitt vanliga eller i annat arbete hos arbetsgivaren ska Försäkringskassan bedöma hennes eller hans arbetsförmåga mot ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, det vill säga på samma sätt som för arbetslösa.

För den som är arbetslös ska arbetsförmågan alltid bedömas i ett bredare perspektiv, inte bara mot ett visst arbete eller vissa arbetsuppgifter. Bedömningen ska relateras till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete.

I begreppet normalt förekommande arbete ligger att Försäkringskassan inte bara ska göra bedömningen av arbetsförmågan i förhållande till de arbeten som finns direkt tillgängliga för den försäkrade. Försäkringskassan ska göra bedömningen mot hela den

svenska arbetsmarknaden. Detta betyder att bedömningen inte ska begränsas till den lokala eller regionala arbetsmarknaden. Bedöms den försäkrade kunna klara ett normalt förekommande arbete har hon eller han inte längre rätt till sjukpenning. Om den försäkrade inte kan få ett sådant arbete är personen att anse som arbetslös. I departementspromemorian *Införande av en rehabiliteringskedja* (S2007/11032/SF) som är föremål för remissbehandling föreslås att begreppet normalt förekommande arbete ersätts med förmåga att försörja sig genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden. I denna promemoria föreslås även förändringar av den ovan angivna stegmodellen.

Arbetsförmåga på arbetsmarknadspolitikens område

Begreppet arbetsförmåga är centralt även i olika sammanhang inom arbetsmarknadspolitiken och Arbetsförmedlingens verksamhet.

Arbetsförmedlingens uppgift är att, utifrån varje individs förutsättningar och begränsningar, hjälpa individen att få ett lämpligt arbete. För dem som har ett funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga måste, som ett första steg, en bedömning göras av arbetsförmågan.

Inte heller inom arbetsmarknadspolitiken finns i gällande lagar och förordningar begreppet arbetsförmåga närmare definierat. I Arbetsförmedlingens egna handläggarstöd om arbetsförmåga anges emellertid en definition av begreppet som lyder "arbetsförmåga bestäms av egenskaper hos en individ, en specifik arbetsuppgift och arbetsmiljö i samspel". Arbetsmarknadsstyrelsen har i föreskrifter (AMSFS 2000:6) angett vilka steg som ska vidtas och vilket underlag som ska finnas vid bedömning av arbetsförmåga i samband med beviljande av särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga.

Arbetslöshetsförsäkringen är en omställningsförsäkring vid omställning till annat arbete. I lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkringen (ALF) finns bestämmelser som är nära kopplade till den sökandes arbetsförmåga.

När en person skriver in sig på Arbetsförmedlingen i syfte att söka arbete och göra anspråk på arbetslöshetsersättning ska förmedlingen göra en bedömning av om personen är arbetsför och oförhindrad att åta sig arbete för en arbetsgivares räkning minst 3 timmar varje arbetsdag och i genomsnitt minst 17 timmar i veckan

(9 § 1 ALF). Om personen inte anses vara arbetsför och oförhindrad att åta sig arbete ska förmedlingen anmäla detta till arbetslöshetskassan som fattar beslut om personen är berättigad till ersättning eller inte. Med att vara arbetsför avses enligt förarbetena till lagen om arbetslöshetsförsäkring att sökanden ska kunna prestera ett normalt arbetsresultat i ett för honom eller henne lämpligt arbete. För att i tveksamma fall kunna fastställa om en sökande är arbetsför kan arbetslöshetskassan kräva att han eller hon visar upp ett läkarutlåtande. Att en person är oförhindrad att förvärvsarbeta innebär att det inte får föreligga några omständigheter som hindrar den sökande att åta sig arbete under tid personen gör anspråk på ersättning. Annorlunda uttryckt innebär kravet att den arbetssökande ska vara oförhindrad att åta sig arbete och att personen ska stå till arbetsmarknadens förfogande.

Enligt grundvillkoren krävs vidare att den sökande ska vara beredd att anta erbjudet lämpligt arbete samt aktivt söka sådant arbete. Vilka arbeten som ska anses lämpliga bedöms utifrån reglerna i 11 § ALF. Arbetsförmedlingen och arbetslöshetskassan ansvarar för bedömningen utifrån arbeten på hela den svenska arbetsmarknaden. Därvid ska det exempelvis inom ramen för tillgången på arbetstillfällen tas skälig hänsyn till den sökandes förutsättningar för arbetet samt andra personliga förhållanden. Vidare ska eventuella medicinska hinder beaktas. En förutsättning för att ett arbete ska bedömas icke lämpligt på grund av medicinska hinder är dock att hindren kan styrkas med ett läkarutlåtande.

Vid bedömning av arbetsförmåga ska Arbetsförmedlingen pröva individens funktionstillstånd, kunskaper, färdigheter, erfarenheter och utvecklingsmöjligheter mot olika arbetsuppgifter och arbetsmiljöer. En individ kan med detta synsätt vara fullt arbetsförmögen när det gäller vissa arbetsuppgifter och helt oförmögen att arbeta med andra uppgifter. Begreppet arbetsförmåga är således en relation mellan individ och miljö och inte enbart en egenskap hos individen. Arbetsförmågan kan påverkas genom anpassning av arbetsplatsen, med hjälp av olika hjälpmedel, med utbildning och inte minst över tid.

För personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga finns ett särskilt program. Programmet omfattar stöd och andra insatser som syftar till att kompensera nedsättningen i arbetsförmågan. För att få tillgång till dessa stöd och insatser ska funktionsnedsättningen vara dokumenterad och en

bedömning av arbetsförmågan vara gjord. I fråga om lönebidrag ska en bedömning göras av graden av arbetsförmågans nedsättning.

Ett handläggarstöd för bedömning av arbetsförmåga finns tillgängligt för personalen vid Arbetsförmedlingen. Där finns också anställda specialister på rehabilitering, t.ex. arbetsterapeuter, sjukgymnaster och psykologer, som bl.a. har till uppgift att göra bedömningar av arbetsförmåga. Specialistkunnande finns också när det gäller olika slag av funktionsnedsättningar. Av handläggarstödet framgår att flera olika metoder och hjälpmedel används som underlag för en bedömning av arbetsförmåga. Exempel är bl.a. samtal, självskattning, arbetspsykologisk utredning och ofta arbetsprövning på en eller flera arbetsplatser.

För att personer som går från sjukskrivning till att bli aktivt arbetssökande ska kunna erbjudas kontinuitet i servicen, har arbetsformer etablerats mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i form av s.k. avstämningsmöten. Det är vid dessa möten som myndigheterna tillsammans med individen gör en första plan för hur övergången till arbete ska kunna ske. Utgångspunkten är den av Försäkringskassan gjorda bedömningen av individens arbetsförmåga. Denna får sedan kompletteras med Arbetsförmedlingens utredning. Om det inte finns uppenbara skäl att ifrågasätta bedömningen ska den som av Försäkringskassan ha bedömts ha en arbetsförmåga också av Arbetsförmedlingen bedömas stå till arbetsmarknadens förfogande.

Metoder för bedömning av funktionstillstånd i andra länder

Internationellt finns vissa etablerade metoder och instrument för att mäta olika typer av funktionstillstånd, framförallt fysiskt funktionstillstånd såsom styrka i vissa muskler, syreupptagningsförmåga, EKG, syn, hörsel, rörlighet. Det finns även metoder för att mäta vissa mentala funktionsförmågor såsom minne, logiskt tänkande och reaktionsförmåga. Det saknas emellertid i stor utsträckning metoder för sociala förmågor. Därtill saknas nästan helt metoder för att ta ställning till i vilken grad nedsatt *funktionstillstånd* även innebär en nedsättning av den fysiska, mentala respektive sociala *arbetsförmågan*, och i så fall till vilken grad.

Flera länder, exempelvis Nederländerna, Storbritannien och Danmark, har utvecklat olika instrument för att bättre kunna

bedöma en persons arbetsförmåga och vilken typ av insatser som kan behövas för återgång i arbetslivet.

Behovet av en översyn

Enligt Sjukförsäkringsutredningen (SOU 2006:86) är det en "mjuk" försäkring som ligger bakom utvecklingen att allt fler lämnar arbetslivet till följd av ohälsa i Sverige. I detta ligger att andra faktorer än nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom har påverkat bedömningen av rätten till ersättning, vilket har medfört att sjukfrånvaron har varierat över tid och rum på ett sätt som inte är motiverat av förändringar i befolkningens hälsoläge eller åldersstruktur. Samtidigt har alla typer av sjukfall förlängts. Resultatet har blivit en ökad utslagning från arbetsmarknaden med allvarliga mänskliga och samhällsekonomiska konsekvenser som följd.

Begreppet sjukdom

Andelen sjukskrivna med diagnoser inom gruppen psykiska sjukdomar har ökat kraftigt i Sverige. Den största diagnosgruppen är dock fortfarande diagnoser avseende sjukdomar i rörelseorganen. Tillsammans står dessa diagnoser för närmare två av tre sjukskrivningar som varat över 60 dagar.

I Sverige är således de vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivning idag lindrigare psykisk ohälsa och besvär från rörelseapparaten. Problemen kännetecknas ofta av begränsade objektiva undersökningsfynd. De utgörs inte sällan av subjektiva besvär och är många gånger kopplade till psykosociala problem som hänger samman med individens allmänna livsvillkor eller förhållanden på arbetsplatsen. För dessa tillstånd utgör arbete dock ofta inte något hot mot hälsan. Tvärtom kan arbete många gånger vara en förutsättning för bevarande av hälsan.

Det ligger en motsägelse i att Sveriges befolkning generellt sett har blivit allt friskare och lever allt längre, samtidigt som antalet personer som får ersättning på grund av långvarig sjukdom ökar kraftigt. Andra faktorer än ökad sjuklighet kan delvis förklara detta förhållande. Exempelvis har kunskaperna om psykiska sjukdomar ökat samtidigt som stigmatiseringen, som är förknippad med sådana sjukdomstillstånd, har minskat. Detta kan innebära att

patienterna har blivit mer villiga att berätta om psykiska problem och att läkarens eventuella tidigare motstånd mot att ange en psykiatrisk diagnos på intyget har minskat. I vissa fall kan dock läkarens diagnostiska bekräftelse av patientens sjukdomsupplevelse ges etiketten medikalisering. Med det avses att ett tidigare icke-medicinskt problem definieras som sjukdom och inkluderas i den medicinska sfären. Därtill kommer att sjukskrivning, ibland under långa tider, i praktiken har kommit att betraktas som en behandlingsmetod för vissa upplevelser/symptom trots bristande evidens såväl vad gäller faktisk grad av nedsatt arbetsförmåga som effekter av sjukskrivning på sjukdomsförloppet.

Sett ur sjukförsäkringens perspektiv kompliceras bilden ytterligare av vilka tillstånd som försäkringsrättsligt bör ge rätt till ersättning. Dels måste en väl fungerande sjukförsäkring kunna avgränsa de tillstånd av sjukdom som omfattas av försäkringen, dels kan själva möjligheten att via sjukförsäkringen få sjukdom och nedsatt arbetsförmåga bekräftad och ersatt bli en icke önskvärd del av medikaliseringen.

I försäkringsrättsligt hänseende bör innebörden av skillnaderna mellan den subjektiva upplevelsen av att inte må bra (ofta benämnt *illness*), den sociala roll man får av illabefinnandet (*sickness*) och det patologiska tillstånd som är objektivt diagnostiserat inom medicinen (*disease*) analyseras. Utan ett tydligt sjukdomsbegrepp kan den enskilde i praktiken komma att avgöra begreppets innebörd. Personliga faktorer som motivation och förhållningssätt kan få alltför stor betydelse i bedömningen av om sjukdom som försäkringsrättsligt ger rätt till ersättning föreligger eller inte.

Långvarig frånvaro på grund av mindre väldefinierade sjukdomstillstånd kan många gånger med tiden i sig starta en utslagningsprocess. Det innebär att mindre svåra besvär övergår i en nedsatt arbetsförmåga som är en primär effekt av frånvaro och att den försäkrade identifierar sig själv som sjuk. Denna utslagnings-effekt tycks vara likartad i de flesta västländer.

Som tidigare nämnts gäller numera för operativa ingrepp att anledningen till ingreppet inte tillmäts någon betydelse när det gäller att bedöma sjukdomstillståndet efter ingreppet, utan bedömningen ska i stället göras utifrån det tillstånd som det operativa ingreppet medfört. Det har i olika sammanhang framförts stark kritik mot att personer som frivilligt och av högst personliga skäl väljer att låta sig opereras, t.ex. i form av s.k. skönhetsoperationer

av olika slag, därefter har rätt till av arbetsgivaren eller försäkringen betald sjukfrånvaro.

Sjukförsäkringen vilar på idén om ett tydligt kriterium på skada eller sjukdom. I själva verket är detta begrepp i allra högsta grad undflyende, mångtydigt, föränderligt och omstritt. Varje försök att entydigt definiera sjukdom riskerar att bli antingen för begränsat eller för allomfattande för att vara praktiskt användbart.

Regeringen anser att det nu finns ett behov av att grundligt analysera och se över det grundläggande begreppet sjukdom sett ur sjukförsäkringens perspektiv. För att få en väl fungerande sjukförsäkring kan det vara nödvändigt att avgränsa det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet i förhållande till den medicinska sektorns vidare begrepp.

Begreppet arbetsförmåga

Den försäkrades förmåga att arbeta beror inte enbart på individens kapacitet i olika avseenden. Arbetsförmågan är även resultatet av samspelet mellan denna kapacitet, arbetets krav på den försäkrade och den miljö som individen befinner sig i. Begreppet arbetsförmåga kan beskrivas i tre grunddimensioner; en fysisk, en psykisk och en social. Arbetsförmågan avgörs av samspelet dem emellan och arbetet i fråga. Många faktorer påverkar således om ett visst hälsotillstånd leder till nedsatt arbetsförmåga. Personliga faktorer (bl.a. motivation och förhållningssätt) spelar också roll, särskilt vid mindre allvarliga och subjektivt upplevda hälsotillstånd.

Graden av arbetsförmåga har en mycket central betydelse i sjukförsäkringssammanhang. Trots det saknas en tydlig definition av begreppet arbetsförmåga. Det finns heller inte några gemensamma normer eller instrument för hur arbetsförmågan och olika grader av nedsättning av den ska prövas och bedömas. Bedömningarna blir särskilt svåra när arbetsförmågan ska relateras till hela arbetsmarknaden. Avsaknaden av gemensamma metoder och normer för värdering av arbetsförmågan leder till att värderingar och föreställningar hos den som bedömer den försäkrades arbetsförmåga, eller hos patienten själv, riskerar att få stor betydelse. Även den försäkrades möjlighet att få arbete på orten kan få stor betydelse. Enligt en tillsynsrapport från Socialstyrelsen *Sjukskrivningsprocessen i primärvården* (2005) framgår dessutom att många läkare inom primärvården har uppfattningen att det egentligen är

patienten som avgör hur stor arbetsförmåga han eller hon har, även om det är läkaren som skriver intyget.

Nedsatt eller saknad arbetsförmåga på medicinska grunder kan vara fysiskt eller psykiskt fullständigt självklar. Men för många tillstånd kan man inte komma ifrån att allmänna värderingar i samhället om vilka krav på ansträngning och omställning som ska ställas på individen spelar in. Hur stora krav som ska ställas på individen blir sist och slutligen en normativ fråga som saknar ett självklart svar. Olika samhällen och olika tider ser olika på frågan om individens skyldigheter och rättigheter, t.ex. för kvinnor och män. Sett från de försäkrades utgångspunkt spelar också allmänna värderingar roll för vilka försäkringsvillkor som upplevs som nödvändiga för att individen ska känna att den har ett gott försäkringsskydd för sin inkomst.

I sjukförsäkringsärenden blir bristen på gemensamma normer och metoder problematisk. Försäkrades rätt till ersättning kan bedömas mycket olika trots likartade situationer. Detta tenderar att undergräva systemets legitimitet i samhället. Även det faktum att fler förhållanden än rent medicinska kan vägas in i bedömningen av den nedsatta arbetsförmågan leder till otydligheter, vilket kan leda till både underutnyttjande och överutnyttjande av sjukförsäkringen. Otydligheter innebär även att inblandade professionella – t.ex. inom Försäkringskassan och hälso- och sjukvården – känner frustration och otillfredsställelse, både över att inte kunna utföra ett optimalt arbete och över att denna typ av oklarheter leder till att handläggningen tar mer tid och oftare blir konfliktfylld. För individen liksom för samhället i stort är det en förlust att ett stort antal försäkrade som uppbär sjukpenning eller sjukersättning har en påtaglig arbetsförmåga som inte tas till vara. En studie från Försäkringskassan *Sjukskriven i onödan?* visar att nästan 60 procent av de sjukskrivna uppger att de skulle kunna arbeta åtminstone en del av sin normala arbetstid om de kunde bestämma själva över sin arbetssituation. Av de heltidssjukskrivna uppgav 32 procent att de skulle vilja arbeta deltid med tanke på sin arbetsförmåga.

Utredningen Från socialbidrag till arbete har i sitt betänkande Från socialbidrag till arbete (SOU 2007:2) konstaterat att det även är viktigt att ta fram ett arbetsförmågeverktyg för personer som inte har arbetat tidigare och som därför inte omfattas av sjukförsäkringssystemet. Dessa personers arbetsförmåga är ofta outredd, och ett arbetsförmågeverktyg riktat till denna målgrupp bedöms öka möjligheterna att ta tillvara tidigare outredda människors

arbetsförmåga och därmed också minska risken för ett mer eller mindre permanent utanförskap för dessa individer. Som exempel kan nämnas att dessa problem finns hos många av kriminalvårdens klienter.

Krav på omställning

Arbetsförmågan ska i dag, i sjukförsäkringssammanhang, ställas i relation till de krav som personens arbete innebär eller, vid längre sjukfall och för personer som saknar arbete, till krav på ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. För detta skulle beskrivningar av vilka kraven är i olika arbeten behövas. Sådana kravbeskrivningar saknas emellertid i stor utsträckning, vilket ytterligare försvårar bedömningen av individers arbetsförmåga. Än svårare kan det vara att ta ställning till kraven på arbetsmarknaden i allmänhet, även om den stora variation av krav som arbetsmarknaden innehåller i praktiken rimligen borde medföra att endast försäkrade med omfattande funktionsnedsättning kan anses ha en långsiktigt fullständigt nedsatt arbetsförmåga.

Arbetslinjen ställer krav på omställning. Den som kan arbeta ska försörja sig själv. Frågan är hur arbetslinjens krav översätts i normer och krav för vad som ska krävas av enskilda med nedsatt funktions- och arbetsförmåga. Vissa personer med mycket omfattande funktionsnedsättningar kan ha full arbetsförmåga, medan andra med till synes gott funktionstillstånd inte klarar arbetslivet. Funktionsförmåga bestäms givetvis även av faktorer som i vilken grad arbetsplatsen t.ex. har anpassats och tillgängligheten i samhället. Ny teknik kan skapa nya förutsättningar för arbetsförmågan för människor med funktionsnedsättningar men kan också skapa nya hinder. Människor med funktionsnedsättningar kan ha en nedsatt arbetsförmåga men behöver inte ha det om arbetsförhållandena och arbetsplatserna är anpassade med hänsyn till funktionsnedsättningens art liksom om den enskilde har de hjälpmedel som behövs. Rätten till arbete för människor med funktionshinder på samma villkor som för andra – understruken i FN-konventionen om rättigheter för människor med funktionshinder – måste skyddas. Det är också viktigt för denna grupp att sjukfall inte leder till sjuk- eller aktivitetsersättning utan att arbetsförmågan i nya eller anpassade arbetsuppgifter har prövats ordentligt.

Sjukförsäkringen i Sverige är ingen yrkesförsäkring och kraven på omställning är egentligen obegränsade i AFL även om det i praktiken sällan förekommer radikala yrkesomställningar vid nedsatt arbetsförmåga. Många försäkrade lever emellertid i föreställningen att de är yrkesförsäkrade och att de därigenom inte är tvungna att byta yrke när förmågan att utföra det tidigare arbetet inte längre finns. I arbetslöshetsförsäkringen finns en regel som berättigar den arbetssökande att inte behöva ta arbeten som medför en lägre inkomst än 90 procent av dagpenningen i arbetslöshetsförsäkringen. Någon motsvarighet finns inte i sjukförsäkringen. Det finns emellertid skäl att tro att tillämpningen är densamma även om faktisk kunskap saknas, vilket motiverar en närmare analys.

Att tydligt formulera kraven på den enskilde, generella såväl som något mera specifika för olika arbeten, är viktigt för förutsebarhet och för att få till stånd en mera enhetlig tillämpning av sjukförsäkringen. Vid ett sådant formulerande bör eventuella krav på omställning inom andra angränsande områden observeras.

Mot bakgrund av det ovan beskrivna anser regeringen att det finns behov av att dels grundligt analysera och se över det grundläggande begreppet arbetsförmåga dels utarbeta evidensbaserade metoder för bedömning av medicinskt orsakad funktionsnedsättning och arbetsoförmåga. utgångspunkten för ett sådant uppdrag är att kvarvarande arbetsförmåga ska tas tillvara i ökad utsträckning. Uppmärksamheten ska vidare vara inriktad på den arbetsförmåga som den försäkrade har och inte på arbetsoförmågan. Det innebär att de som kan arbeta och bidra till sin egen försörjning också ska ges möjlighet till detta. Regeringens bedömning är att ett nytt evidensbaserat metodstöd för bedömning av arbetsförmåga, i likhet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet, väsentligt kommer att öka enhetligheten och ge stöd för både intygsskrivande läkare och försäkringsadministrationen i handläggnings- och beslutsprocessen vad gäller rätten till ersättning vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. För den enskilde innebär ett evidensbaserat metodstöd ökad likabehandling och rättssäkerhet.

För allmänheten är sjukförsäkringens sätt att definiera och tillämpa begreppen sjukdom och arbetsförmåga av avgörande betydelse. Många professioner och organisationer, bl.a. läkare, försäkringskassehandläggare, psykologer, arbetsförmedlare, företagshälsovård, privata rehabiliteringsaktörer, arbetslöshetskassor, handikapporganisationer och försäkringsbolag är direkt berörda av

diskussionen om sjukdom och därav föranledd nedsatt arbetsförmåga.

Uppdraget

Uppdraget ska utföras i två steg som ska redovisas var för sig.

Inventera metoder

I ett första steg ska utredaren inventera de olika metoder för beskrivning och bedömning av funktionstillstånd och arbetsförmåga som finns i dag, i Sverige och andra länder. Metoderna ska sammanställas utifrån sina styrkor och svagheter, användbarhet, kostnader samt konsekvenser de medfört, hur accepterade de är bland allmänheten, hos olika professioner och bland arbetsgivare. Mot bakgrund av denna genomgång ska utredaren presentera en internationell kunskapsöversikt, dra slutsatser därav för svenska förhållanden och föreslå användbara metoder för att beskriva och bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga. Utredaren ska i samråd med berörda myndigheter vidare föreslå hur arbetet med att ta fram ett detaljerat metodstöd ska genomföras. Utgångspunkten ska vara att individens funktionstillstånd ska tillmätas större betydelse vid bedömningen av arbetsförmågan. Metoderna ska bidra till en rättssäker beslutsprocess inom sjukförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken. De ska så långt som möjligt vara evidensbaserade och utformade på sådant sätt att de blir användbara för berörda aktörer, t.ex. hälso- och sjukvården, företagshälsovården, Försäkringskassan, arbetslöshetskassorna och Arbetsförmedlingen. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt behovet av att kunna identifiera förmågor, inte enbart oförmågor. Detta innebär bl.a. att metodernas möjligheter att beskriva och bedöma partiell arbetsförmåga samt att hantera situationer när arbetsförmågan förbättrats ska belysas särskilt. I utredningens uppdrag ligger även att redogöra för konsekvenserna av ett sådant arbetssätt.

Denna del av uppdraget ska redovisas senast den 31 maj 2008.

Beskriva och analysera begrepp

I ett andra steg ska utredaren beskriva och analysera begreppet sjukdom ur sjukförsäkringens perspektiv. En grundläggande fråga är hur en avgränsning av sjukdomsbegreppet i försäkringsrättsligt hänseende ska göras i förhållande till hur begreppet används i allmänt språkbruk eller inom hälso- och sjukvården. Den sjukförsäkringsrättsliga förhållningen till diffusa diagnoser och s.k. symptomdiagnoser är här central. Utredaren ska i detta sammanhang även belysa och vid behov föreslå regler vad gäller t.ex. frågan om de frivilliga operationer som leder till ett medicinskt sjukdomstillstånd även socialförsäkringsrättsligt ska betraktas som sjukdom och ge rätt till ersättning.

Utredaren ska vidare beskriva och analysera begreppen arbetsförmåga och arbetsoförmåga och presentera en begreppsapparat. Hänsyn ska tas till arbetslinjens krav på att den som kan ska arbeta och försörja sig själv, men också till vad som krävs för att medborgarna ska uppleva att de har en god inkomsttrygghetsförsäkring. Den som vill omfattas av inkomsttrygghetsförsäkringarna och som har en arbetsförmåga, om än begränsad, ska arbeta eller stå till arbetsmarknadens förfogande. Utredaren ska analysera den nuvarande tillämpningen av begreppen arbetsförmåga och arbetsoförmåga inom såväl socialförsäkringen som arbetsmarknadspolitiken. Angränsande begrepp inom arbetsmarknadspolitiken, såsom att betraktas som arbetsför, eller s.k. anställbar, och att stå till arbetsmarknadens förfogande behöver beskrivas och analyseras. Utredaren ska försöka förhindra omotiverade skillnader mellan att betraktas ha en arbetsförmåga respektive betraktas som arbetsför osv. Skillnaden mellan funktionsnedsättning, funktions-tillstånd, aktivitetsbegränsning, arbetsförmåga och arbetsoförmåga liksom förhållandet dem emellan ska beskrivas och analyseras. Utredaren bör särskilt analysera bedömningen av arbetsförmågan hos personer med varaktiga funktionsnedsättningar som har funnits vid födseln eller uppstått senare på grund av skada eller sjukdom.

Utredningen ska således presentera en genomarbetad begreppsapparat som förtydligar begreppen sjukdom och arbetsförmåga. Utredaren ska konkretisera de frågeställningar av normativt slag som kan ligga till grund för de politiska avgöranden som krävs för att tydliggöra försäkringsvillkoren i sjukförsäkringen. Skillnader mellan kraven på omställning i socialförsäkringen respektive

arbetsmarknadspolitiken ska redovisas närmare och analyseras. Utredningen syftar ytterst till att begrepp, bedömningskriterier och metoder för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga inom socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken ska bli mer enhetliga. Utredaren bör även beakta hur personer som inte omfattas av sjukförsäkringssystemet, och saknar sjukpenninggrundande inkomst, kan få sin funktions- och arbetsförmåga bedömd på ett adekvat sätt.

Utredaren ska vidare överväga hur en systematisk forsknings- och kunskapsutveckling ska komma till stånd när det gäller medicinskt betingad oförmåga att arbeta.

Försäkringsmedicinska, medicinska, ekonomiska, rättsliga, och etiska aspekter bör beaktas i utredningen och de föreslagna metodernas vetenskapliga förankring bör säkerställas.

Utredarens analyser och konsekvensbeskrivningar ska där så är relevant göras med ett jämställdhetsperspektiv.

Utredaren ska lämna de förslag till författningsändringar som översynen motiverar. Det står utredaren fritt att ta upp och föreslå även andra förändringar som har samband med uppdraget.

Den första delen av uppdraget ska som tidigare nämnts redovisas senast den 31 maj 2008. Utredaren ska redovisa hela uppdraget senast den 30 april 2009.

Utredningens arbetsformer

Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Arbetsförmedlingen ska bistå utredaren redan från början i utredningsarbetet. Detta för att ta till vara myndigheternas kunskap och erfarenheter liksom pågående arbete på området eller närliggande områden. Myndigheterna ska få en aktiv roll i arbetet. Därmed kommer de förslag som lämnas av utredaren att vara väl förankrade i dessa kretsar redan från start. Myndigheternas expertkunskap är en förutsättning för att metodstödet ska bli tillämpligt i praktiken och inte minst för att det ska vinna acceptans bland de yrkesgrupper som ska tillämpa stödet.

Utredaren ska under arbetet söka få till stånd såväl allmän debatt som diskussioner bland de direkt berörda, t.ex. genom att anordna seminarier och sammankomster som ger berörda möjlighet att medverka och påverka. Att många deltar i debatten om

innebörden av begreppen sjukdom och arbetsförmåga är en central aspekt i förankringen av synen på försäkringen.

Det står utredaren fritt att skapa och knyta referensgrupper till sig med såväl nationella som internationella experter på området.

Utredaren ska samråda med den i budgetpropositionen för 2008 (prop. 2007/08:1) aviserade parlamentariska utredningen om socialförsäkringarna som kommer att tillsättas under utredningstiden.

(Socialdepartementet)



Klinik eller mottagning, telefonnummer och läkarens namn
(om du inte har angett detta längst ner på blanketten)

Medicinskt underlag för bedömning
av förmåga att arbeta vid sjukdom

1(2)

Patientens namn

Personnummer

Skickas till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Läkarintyg enligt 3 kap. 8 § lagen (1962:381) om allmän försäkring

Du kan även använda blanketten för avstängning enligt smittskyddslagen (Sml)

Om du inte känner patienten ska
hon eller han styrka sin identitet
genom legitimation med foto
(SOSFS 2005:29)

1

☐ Avstängning enligt Sml på grund av smitta (fortsätt till punkt 8)

Medicinsk bedömning

Vid bedömningen av om sjukdom föreligger ska du bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden

2

Diagnos/diagnoser för sjukdom/symtom som orsakar nedsatt arbetsförmåga

Diagnoskod enligt ICD-10
(Huvuddiagnos)

Minst tre positioner

3

Anamnes för aktuell sjukdom

4

Status och objektiva undersökningsfynd på organnivå (funktionsnedsättning)

Jag baserar uppgifterna på

Datum

☐ min undersökning av patienten

☐ min telefonkontakt med patienten

☐ journaluppgifter

☐ annat (ange vad i punkt 13)

5

Hur begränsar sjukdomen patientens förmåga/aktivitet på individnivå? (aktivitetsbegränsning)

6

Föreskrift - behandling eller åtgärd som är nödvändig för att förmågan ska kunna återställas

☐ Given ordination (ange vilken)

☐ Fortsatt poliklinisk kontakt

☐ Undvika viss belastning (ange vilken)

☐ Besöka arbetsplatsen

☐ Väntar på åtgärd inom sjukvården (ange vilken)

☐ Väntar på annan åtgärd (ange vilken)

☐ Övrigt (ange vad)

72631102

FK 7263 (004 A 001) Fästställd av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen 2007-07-09

Personnummer

2(2)

7

Är arbetslivsinriktad rehabilitering aktuell?

☐ Ja

☐ Nej

☐ Går inte att bedöma

☐ Patienten behöver få kontakt med företagshälsovård

8

Jag bedömer patientens arbetsförmåga i förhållande till

☐ nuvarande arbete - **ange alltid arbetsuppgifter**

☐ arbetslöshet - att söka och kunna utföra arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden

☐ föräldraledighet med föräldrapenning - att vårda sitt barn

Jag bedömer att patientens arbetsförmåga är

från och med (år, månad, dag)

längst till och med (år, månad, dag)

☐ nedsatt med 1/4

från och med (år, månad, dag)

längst till och med (år, månad, dag)

☐ nedsatt med hälften

från och med (år, månad, dag)

längst till och med (år, månad, dag)

☐ nedsatt med 3/4

från och med (år, månad, dag)

längst till och med (år, månad, dag)

☐ helt nedsatt

9

Jag bedömer att patientens arbetsförmåga är nedsatt längre tid än den som det försäkringsmedicinska beslutsstödet anger, därför att:

10

Prognos - kommer patienten att få tillbaka sin arbetsförmåga i nuvarande arbete? (Gäller inte arbetslösa)

☐ Ja

☐ Ja, delvis

☐ Nej

☐ Går inte att bedöma (motivera i punkt 13)

11

Kan resor till och från arbetet med annat färdssätt än det patienten normalt använder göra det möjligt för patienten att återgå i arbete?

☐ Ja

☐ Nej

12

Jag vill ha kontakt med Försäkringskassan

☐ Ja

☐ Nej

13

Övriga upplysningar

Underskrift

14

Datum

15

Namnförtydligande, mottagningens adress, telefon (om du inte har angett detta längst upp på blanketten)

16

Läkarens namnteckning

17

Förskrivarkod och arbetsplatskod

72631202

FK 7263 (004 A 001) Fastställt av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen 2007-07-09

116

**Försäkringskassan**

Handläggare, telefonnummer

Läs först ifyllnadsanvisningarna på
www.forsakringskassan.se/sjukvarden.**Särskilt läkarutlåtande
- för bedömning av rätt till sjukpenning
och behov av rehabiliteringsåtgärder**

1(6)

Datum

Patientens personnummer

Patientens namn

Sänds till

Försäkringskassans inläsningscentral

Vår referens

Visnings ex

Om patienten inte är känd ska identiteten skyddas genom
legitimationshandling med foto (SOSFS 1981:25)**Medicinsk bedömning**

Särskilt läkarutlåtande enligt 3 kap. 8a§ lagen om allmän försäkring

1. Underlag till grund för utlåtandet

Här antecknas den medicinska dokumentation som läkaren tagit del av

2. Sammanfattning av tidigare undersökningar av betydelse för nuvarande hälsotillstånd**3. Diagnoser**

(enligt medicinskt underlag)

Diagnoskod enl ICD 10
(huvuddiagnos)

minst tre positioner

a

b

c

d

4. Anamnes

Aktuell sjukdom

72641102

FK 7264 (004 A 001) Fastställt av RFPV
i samråd med Socialstyrelsen 03.06

Personnummer

2(6)

5. Status

Aktuell undersökning, datum

6. Diagnoser

(som styrks genom dagens undersökning)

Diagnoskod enl ICD 10
(huvuddiagnos)

minst tre positioner

a

b

c

d

Patienten är ofullständigt utredd avseende:

7. Kroppsfunktioner

Resurser - återstående förmåga trots sjukdomen

Hinder - aktivitetsbegränsning till följd av sjukdomen eller symtomen:

Styrks av objektiva

undersökningstyd

ja delvis nej

ingen lätt måttlig svår total

☐☐

0-4

5-24

25-49

50-95

96-100%

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Prognos (på ett års sikt) - patientens tillstånd kommer att

☐ förbättras☐ oförändrat☐ försämras

Kommentar:

72641202

FK 7264 (004 A 001) Fastställt av RFV
i samråd med Socialstyrelsen 03/06

Personnummer

3(6)

8. Psykiska funktioner

Resurser - återstående förmåga trots sjukdomen

Hinder - aktivitetsbegränsning till följd av sjukdomen eller symtomen:

ingen lätt måttig svår total

☐ ☐ ☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐ ☐ ☐

0-4 5-24 25-49 50-95 96-100%

Styrks av objektiva
undersökningsfynd

ja delvis nej

☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐

Prognos (på ett års sikt) - patientens tillstånd kommer att

☐ förbättras☐ oförändrat☐ försämras

Kommentar:

9. Psykosomatiska symtom

Resurser - återstående förmåga trots sjukdomen

Hinder - aktivitetsbegränsning till följd av sjukdomen eller symtomen:

ingen lätt måttig svår total

☐ ☐ ☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐ ☐ ☐

0-4 5-24 25-49 50-95 96-100%

Styrks av objektiva
undersökningsfynd

ja delvis nej

☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐

Prognos (på ett års sikt) - patientens tillstånd kommer att

☐ förbättras☐ oförändrat☐ försämras

Kommentar:

72641302

FK 7264 (004 A 001) Fastställt av RfV
i samråd med Socialstyrelsen 03.06

Personnummer

4(6)

10. Substansintag

Läkemedel (preparat och dos): _____

Tobak (ange vad och mängd): _____

Alkohol (mängd per vecka): _____

Droger (ange vad): _____

Arbetsförhållanden**11. Yrke**

Arbetsfördelning (%)

Arbetslös

☐ Ja☐ Nej**12. Arbetsuppgifter** (om arbetslös görs bedömningen mot arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden)

Uppskattnings av hinder för att utföra en arbetsuppgift

ingen	lätt	måttlig	svår	total	arbetsuppgift	andel av arbetstid (%)
☐	☐	☐	☐	☐	_____	_____
☐	☐	☐	☐	☐	_____	_____
☐	☐	☐	☐	☐	_____	_____
☐	☐	☐	☐	☐	_____	_____
0-4	5-24	25-49	50-95	96-100%		

Om arbetslös - gå direkt till punkt 14.

13. Arbetsuppgifter som är möjliga att utföra (helt eller delvis) efter

1) Behandling och konvalescens

2) Anpassning

3) Annat arbete hos arbetsgivaren - direkt omplacering

72641402

PK 7264 (004 & 001) Fastställt av RFP/
i samråd med Socialstyrelsen 03.06

Personnummer

5(6)

4) Annat arbete hos arbetsgivaren - efter kompletterande utbildning

Arbetsplatsbesök?

☐

Ja - av vem? _____

☐

ej

om Nej

☐

obehövligt

Arbetsplatsbesök - om möjligt

Arbetsgivarens synpunkter:

Möjligheter till återgång i arbete

14. Resurser som kan tas tillvara i arbete

15. Vad talar emot återgång i arbete?

a) Arbetssituation (fysisk och psykisk)

b) Omgivningsfaktorer

c) Finns något skäl till att patienten inte kan vistas på arbetsplatsen?

☐

Nej

☐

Ja - vilka?

72641502

FK 7264 (004 A.001) Fastställt av RFV
i samråd med Socialstyrelsen 03.06

Sammanfattning

Personnummer

6(6)

16. Redogörelse för patientens beskrivning enligt sammanfattning i SASSAM

☐ SASSAM ej gjord

17. Läkarens sammanfattande uppfattning av patientens situation

Visnings ex

18. Planering för återgång i arbete (nuvarande eller annat):

Patienten har givit sitt tillstånd att kopia av detta särskilda läkarutlåtande och SASSAM utredningen får lämnas till:

	Ja	Nej
behandlande läkaren	☐	☐
arbetsgivaren	☐	☐

Ort och datum

Underskrift

72641602



Anvisningar till blanketten "Särskilt läkarutlåtande - för bedömning av rätten till sjukpenning och behov av rehabiliteringsåtgärder" (FK7264)

Fält 1: Underlag till grund för utlåtandet

Tidigare medicinska utredningar, kompletterande medicinskt underlag och eventuell Sassam-utredning bör bifogas med uppdraget att utfärda SLU. Vilken tidigare medicinsk dokumentation som läkaren tagit del av anges i fält 1 på blanketten.

Fält 2: Sammanfattning av tidigare undersökningar av betydelse för nuvarande hälsotillstånd

En kortare sammanfattning av det väsentliga i patientens tidigare kända medicinska historik redovisas i fält 2. Av denna bör läkaren kunna bilda sig en uppfattning om tidigare satta diagnoser.

Fält 3: Diagnoser enligt tidigare medicinskt underlag

Tidigare satta diagnoser anges i fält 3. Sannolikt kan dessa bekräftas efter läkares egen upptagna anamnes och status. Man kan däremot inte utgå från att så alltid är fallet. Läkaren kan finna en annan eller kompletterande diagnos, denna kan redovisas i fält 6.

Fält 4: Anamnes

Här anges nuvarande och aktuell sjukdom enligt patientens egen anamnes.

Fält 5: Status

Här redovisas status vid aktuell undersökning. Att eget status utförs av läkaren är kanske inte alltid nödvändigt ur medicinsk synpunkt för att kunna yttra sig i ärendet. Det torde däremot ur patientförtroendesynpunkt vara av väsentligt värde att det ändå alltid utförs, datum för genomförd status redovisas alltid.

Fält 6: Diagnoser, som styrks genom dagens undersökning

Här redovisas samtliga tidigare och eventuellt nytillkomna diagnoser som läkaren anser föreligga. Finns läkaren att patienten inte är medicinskt färdigutredd, måste patienten återremitteras för kompletterande utredning. Det är i sådana fall lämpligt att samråd sker mellan läkaren och Försäkringskassan. I vissa fall behöver patienten utredas vidare via ordinarie vård, men det är inte uteslutet att medbedömning på remiss av Försäkringskassan kan bli aktuell.

Fält 7: Kroppsfunktioner

Termen "kroppsfunktioner" följer definitionen enligt Sassam.

Resurser - återstående förmåga trots sjukdom, symtom

De resurser man finner att patienten har trots sina besvär anges här i fritext. Det är väsentligt att man så långt som möjligt fokuserar på att redovisa det positiva i situationen för att tillvarata personens kvarvarande förmåga.

Hinder - aktivitetsnedsättning till följd av sjukdomen eller symtomen

Här listas sjukdomens olika konsekvenser i form av förmågebegränsningar/begränsning av aktivitet på individnivå. Genom att lista olika förmåge-/aktivitetsbegränsningarna var för sig åstadkommes en ökad precisering.

I graderingsskalan till vänster återfinns de i ICF angivna bedömningsfaktorer (qualifiers), för att beskriva hur uttalat de olika hindren uppfattas. Det är viktigt att observera att ICF:s femgradiga skala avsiktligt använder procentsatser som är olika stora i respektive graderingssteg. Graderingen utförs på aktivitetsnivå, som är steget före bedömning av arbetsförmåga. Den kan alltså inte direkt översättas till gradering av nedsatt arbetsförmåga. Det är först ur den sammantagna bedömningen av samtliga aktivitetsbegränsningar i jämförelse med arbetsuppgifternas krav som en värdering av nedsatt arbetsförmåga kan göras.

Det är läkarens uppfattning som gäller, även om den ibland måste baseras på patientens subjektiva beskrivning som den kommer till uttryck i Sassam. Graden av subjektivitet i bedömningen redovisas i fältets högra sida genom att ange ja, delvis eller nej under texten "Styrks av objektiva undersökningsfynd".

Prognos på ett års sikt

Här redovisas en sammanfattande bedömning av hur patientens individuella förväntas förändras. Om prognosen är olika för respektive aktivitetsbegränsning så kan det anges under rubriken "Kommentar". Här kan även övriga synpunkter som inte framkommit förklaras.

Fält 8: Psykiska funktioner

Termen "psykiska funktioner" följer definitionen enligt Sassam.

Vad gäller redovisning av resurser, hinder - aktivitetsnedsättning till följd av sjukdomen eller symtomen, gradering av bedömningsfaktorer, vad som styrks av objektiva undersökningsfynd respektive prognos, se instruktioner till fält 7.

Fält 9: Psykosomatiska symtom

Termen "psykosomatiska symtom" följer definitionen enligt Sassam.

Vad gäller redovisning av resurser, hinder - aktivitetsnedsättning till följd av sjukdomen eller symtomen, gradering av bedömningsfaktorer, vad som styrks av objektiva undersökningsfynd respektive prognos, se instruktioner till fält 7.

Fält 10: Substansintag

Termen "substansintag" följer definitionen enligt Sassam.

Här redovisas vilka läkemedel, substanser, som patienten använder. Det kan även redovisas vilket positivt värde varje substans medför eller om biverkningar föreligger och hur uttalade dessa i så fall är.

Fält 11: Yrke

Här anges vad patienten har för yrke och om hon eller han arbetar heltid eller deltid. Vid deltid arbetet anges omfattningen i procent av heltid.

Om patienten är arbetslös anges detta. I fält 12 ska bedömningen då göras mot normalt förekommande arbete på den öppna arbetsmarknaden.

Fält 12: Arbetsuppgifter

För en patient som har arbete redovisas här hennes eller hans arbetsuppgifter var för sig. I graderingsskalan till vänster återfinns de i ICF angivna bedömningsfaktorer för att beskriva hur uttalade krav som de olika arbetsuppgifterna uppfattas ställa på personen. Observera att ICF:s femgradiga skala använder procentsatser som är olika stora i respektive graderingssteg. Det är här läkarens uppfattning som redovisas. Uppfattningen bör i bästa fall baseras på egen kännedom om arbetets krav, vilket som regel många företagsläkare har. Saknas egen kännedom om arbetets krav och det har betydelse för bedömningen rekommenderas att arbetsplatsbesök genomförs. Detta kan om det är lämpligt utföras av annan yrkeskategori inom teamet, som till exempel sjukgymnast eller ergonom. Patientens egen uppfattning om kraven i arbetet redovisas i Sassam-utredningen.

Fält 13: Arbetsuppgifter som är möjliga att utföra, helt eller delvis efter

Om patienten är arbetslös blir det inte meningsfullt att ange arbetsuppgifter som är möjliga att utföra. Man går då istället vidare direkt till fält 14.

1. Behandling och konvalescens

Här anges vad patienten bör kunna klara av när hon eller han är medicinskt färdigbehandlad och/eller har genomgått medicinsk rehabilitering.

2. Anpassning

Arbetsgivaren ska ta ställning till vad som är möjligt att åtgärda för att underlätta återgång i arbetet. Inför detta behövs synpunkter från läkare för att veta vad som är medicinskt rimligt.

3. Annat arbete hos arbetsgivaren - direkt omplacering

Arbetsgivaren ska se på möjlighet till omplacering - med vissa undantag. Man får inte försämrat arbetsmiljön för någon annan anställd och man behöver inte skapa särskilda arbetsuppgifter, om dessa inte ligger inom ramen för den normala verksamheten på arbetsplatsen.

4. Annat arbete hos arbetsgivaren - efter utbildning

Om en person kan få annat arbete hos nuvarande arbetsgivare, man saknar rätt kompetens, kan Försäkringskassan betala rehabiliteringsersättning under utbildningstiden förutsatt att den inte är längre än ett år.

Arbetsplatsbesök:

Om arbetsplatsen har gjorts redovisas här att så är fallet och vem som gjort det. Om det är behövt men inte har utförts anges av vilket skäl.

Fält 14: Möjligheter till återgång i arbete

Här redovisas vilka resurser patienten har som kan tas tillvara i ett eventuellt arbete.

Fält 15: Vad talar emot återgång i arbete?

Finns direkta eller indirekta hinder för att arbete i någon form?

a) Arbetssituation:

Det kan vara såväl fysiska hinder som konflikter på arbetsplatsen

b) Omgivningsfaktorer:

Exempel på omgivningsfaktorer som kan påverka möjligheterna att återgå i arbete är bostadsort, resor till och från arbete eller krav från andra.

c) Finns något skäl till att patienten inte kan vistas på arbetsplatsen?

Ibland kan det finnas skäl till att personen vistas på eller beöcker arbetsplatsen för att minska risken för utslagning på sikt. Föreligger hinder för detta anges det här.

Fält 16: Redogörelse för patientens beskrivning enligt sammanfattning i Sassam

Inför läkarens sammanfattande bedömning är det väsentligt att patientens egen syn på sin situation redovisas. Denna framgår av Sassam-utredningens sista fält längst ned på sidan 4. Om sassam-utredning inte har utförts ska detta anges och helst kommenteras.

Fält 17: Läkarens sammanfattande uppfattning av patientens situation

Här redovisar läkaren sin egen sammanfattade bedömning av patientens sjukdom. Det som bör bedonas är det som är styrkt i form av hinder på organnivå, dess konsekvens på individnivå och inverkan på förmågan till arbete. Överensstämmer det läkaren funnit med hur patienten beskriver om sin situation? Vilka särskilda omständigheter bör man beakta för att få en helhetssyn inför bedömning av arbetsförmåga, behov av rehabilitering och eventuell restarbetsförmåga på sikt.

Fält 18: Planering inför återgång i arbete, nuvarande eller annat

Finns relevant förslag på upplägg, plan för rehabilitering ur social, medicinsk och arbetslivsinriktad synpunkt? Målsättning? Vad behöver göras? Vem bör genomföra åtgärderna? Ansvar - patientens eget eller annan aktör? Tidsaspekter på genomförande? Vilka resurser kan behövas? Synpunkter på uppföljning?

Patienten har givit sitt tillstånd att kopiera vidtagna SLU och Sassam utredning får lämnas till behandlande läkare respektive arbetsgivare

Informationen i SLU och Sassam är till för Försäkringskassan. Men självfallet kan denna information även ha ett stort värde för såväl behandlande läkare som arbetsgivare. Patienten har dock alltid rätt att hävda sin lagstadgade rätt till sekretess för känslig information även mot dessa parter. I de flesta fall torde det dock inte finnas några hinder för att vidarebefordra informationen, men patienten måste alltid tillfrågas.



Försäkringskassan

Handläggare, telefonnummer

SASSAM - kartan

Datum

Sida 1 (4)

Namn		Personnummer
Telefonnummer hem (även riktnr)	Mobilnummer	Telefonnummer arbete (även riktnr)
Syfte		

Kontaktpersoner

Namn
Adress

Namn	Telefon
Adress	

Namn	Telefon
Adress	

Namn	Telefon
Adress	

Namn	Telefon
Adress	

SASSAM - kartläggning - individ			Sida 2 (4)
Hinder	Område	Resurser	
	1 Kroppsfunktioner		
	2 Psykiska funktioner		
	3 Stressreaktioner/Psykosomatik		
	4 Substansintag		
	5 Historik		
	6 Övrigt		

SASSAM - kartläggning - omgivning			Sida 3 (4)
Hinder	Område	Resurser	
	7 Sociala förhållanden		
	8 Arbetsförhållanden		
	9 Utbildning - kompetens		
	10 Fritidsintressen		
	11 Professionellt nätverk		
	12 Övrigt		

Motivation

13

Mindre bra med förändring för mig



Bra med förändring för mig

Visnings ex

Mindre bra för min omgivning med förändring för mig



Bra för min omgivning med förändring för mig

Sammanfattning - Planering

14



Läkarutlåtande
- hälsotillstånd *

1 (2)

*Vid ögonsjukdom bör blanketten "FK 3210" användas
Vid ansökan om bistöd bör blanketten "FK 3222" användas

Om patienten inte är känd skall identiteten styrkas
genom legitimationshandling med foto (SOSFS
1981:25)

1 Efternamn och förnamn		2 Personnummer	
3 Journaluppgifter fr.o.m.	4 Senaste undersökning, datum	5 Patienten hos undertecknad sedan	
6 Yrke/Sysselsättning	7 Arbetsgivare	8 Arbetslös sedan	

Medicinsk bedömning
Utlåtandet bör belysa omständigheter, som sätter ned den fysiska och/eller psykiska prestationsförmågan.

Fortsättningsblad (FK 3201) kan användas
om utrymmena på blanketten inte räcker till.

9 Tidigare sjukdomar med relevans för nuvarande medicinska tillstånd

Visnings ex

10 Redogörelse för den aktuella sjukdomens början (tidpunkt) och förlopp samt den hälso- och sjukvård som hittills givits

11 Redogörelse för patientens beskrivning av sin nedsatta funktionsförmåga

12 Objektiva, relevanta undersökningsfynd, fysiska och/eller psykiska, överensstämmelse med ev diagnoskriterier

13 Svensk och latinsk diagnos och nomenklaturnummer enligt internationell klassifikation av sjukdomar, ICD 10, (huvuddiagnosen först)

Försäkringskassans anteckningar

forts sid 2

Intyget ersatt med	kr	datum	sign	Ankomstdatum
--------------------	----	-------	------	--------------

FK 3200 (004 A 001) Fastställt av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen

Personnummer	
14	Sammanfattning av det medicinska tillståndet samt av hur det påverkar funktionsförmågan fysiskt och/eller psykiskt Föreligger hinder för vissa arbetsuppgifter med hänsyn till fysisk och/eller psykisk förmåga?
15	- Kan det förväntas att det medicinska tillståndet förbättras eller att funktionsförmågan kan återskillas? - Vilka åtgärder skulle behövas? Vad är planen åt? Vilken vilka rekommendationer har utformats? - Finns behov av mer ingående funktionsbedömning och i så fall vad?
16	Uppgift om hur länge nuvarande funktionsnedsättning bedöms föreligga
17	Kompletterande information, t.ex. andra faktorer som påverkar patientens förmåga att återgå till sina vanliga arbetsuppgifter eller kunna utföra arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden
18	Uppgifter för bedömning av rätt till HANDIKAPPERSÄTTNING. Lämna en så utförlig beskrivning som möjligt av den undersöktes ev nedsatta funktionsförmåga* med avseende på behov av mera tidskrävande hjälp av annan eller betydande merutgifter i den dagliga livsföringen (t ex behov av dietkost eller annan specialkost, behov av särskilt hjälpmedel eller fortlöpande hjälp av annan för att kunna förvärsarbete eller studera)
* Ett villkor för rätt till handikappersättning är att handikappet uppstått före 65 års ålder. Förändring av försäkrads handikapp efter denna tidpunkt kan inte grunda rätt till handikappersättning	

Betalmottagare	
Namn	
Personnummer/organisationsnummer	
Adress	
PlusGironummer	
Bankgironummer	
Begärt arvode	
☐ F-skattesedel ☐ A-skattesedel	

Underskrift	
19	Läkarutlåtandet utfärdat på begäran av ☐ Försäkringskassan ☐ Länsarbetsnämnden i vilken ☐ annan
20	☐ Försättningsblad "FK 3201" ha använts
21	Ort och datum
22	Läkarens underskrift (namnteckning jämte klartext), tjänsteställning, adress och telefonnummer (även riktnr). Underskriften omfattar sidorna 1-2.

Uppgifterna kommer att behandlas i Försäkringskassans datasystem. Mer information finns i broschyren "Socialförsäkringsregister".

FK 3200 (004 A 001) Fastställt av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen

Personal Capability Assessment (PCA)

Descriptors	Points
Sitting	
I have no problems with sitting	0
I cannot sit comfortably at all	15
I cannot sit comfortably for more than 10 minutes without having to move from the chair	15
I cannot sit comfortably for more than 30 minutes without having to move from the chair	7
I cannot sit comfortably for more than 1 hour without having to move from the chair	3
I cannot sit comfortably for more than 2 hours without having to move from the chair	0
Rising from sitting	
No problem with rising from sitting to standing	0
I cannot rise from sitting to standing	15
I cannot rise from sitting to standing without holding on to something	7
Sometimes I cannot rise from sitting to standing without holding on to something	3
Bending and kneeling	
I have no problems with bending or kneeling	0
I cannot bend to touch my knees and straighten up again	15
I cannot either, bend or kneel, or bend and kneel as if to pick up a piece of paper from the floor and straighten up again	15
Sometimes I cannot either, bend or kneel, or bend and kneel as if to pick up a piece of paper from the floor and straighten up again	3
Walking*	
I have no problems with walking	0
I cannot walk at all	15
I cannot walk more than a few steps without stopping or feeling severe discomfort	15
I cannot walk more than 50 metres without stopping or feeling severe discomfort	15
I cannot walk more than 200 metres without stopping or feeling severe discomfort	7
I cannot walk more than 400 metres without stopping or feeling severe discomfort	3
I cannot walk more than 800 metres without stopping or feeling severe discomfort	0
Walking up and down stairs*	
I have no problems walking up and down the stairs	0
I cannot walk up and down one stair	15
I cannot walk up and down a flight of 12 stairs	15
I cannot walk up and down a flight of 12 stairs without holding on and taking a rest	7
I cannot walk up and down a flight of 12 stairs without holding on	3
I can only walk up and down a flight of 12 stairs if you go sideways or one step at a time	3

* Only one score (the highest) from these two sections can be counted.

Descriptors	Points
Standing	
I have no problems with standing	0
I cannot stand unassisted	15
I cannot stand for more than a minute before needing to sit down	15
I cannot stand for more than 10 minutes before needing to sit down	15
I cannot stand for more than 30 minutes before needing to sit down	7
I cannot stand for more than 10 minutes before needing to move around	7
I cannot stand for more than 30 minutes before needing to move around	3
Using your hands	
I have no problems with using my hands	0
I cannot turn the pages of a book with either hand	15
I cannot turn a sink tap or the control knobs on a cooker with either hand	15
I cannot pick up a coin which is 2.5 cm (1") or less in diameter with either hand	15
I cannot use a pen or a pencil	15
I cannot tie a bow in laces or string	10
I cannot turn a sink tap or the control knobs on a cooker with one hand, but can with the other	6
I cannot pick up a coin which is 2.5 cm (1") or less in diameter with one hand, but can with the other	6
Reaching	
I have no problems with reaching	0
I cannot raise either arm as if to put something in the top pocket of a coat or jacket	15
I cannot raise either arm to my head as if to put on a hat	15
I cannot put either arm behind back as if to put on a coat or jacket	15
I cannot raise either arm above head as if to reach for something	8
I cannot raise one arm to his head as if to put on a hat, but can with the other	6
I cannot raise one arm above his head as if to reach for something, but can with the other	0
Lifting and carrying	
I have no problems with lifting and carrying	0
I cannot pick up a paperback book with either hand	15
I cannot pick up and carry a 0.5 litre (about a pint) carton of milk with either hand	15
I cannot pick up and pour from a full saucepan or kettle of 1.7 litre (about 3 pints) capacity with either hand	15
I cannot pick up and carry a 2.5 kg (about 5 lbs) bag of potatoes with either hand	8
I cannot pick up and carry a 0.5 litre (about a pint) carton of milk with one hand but can with the other	6
I cannot pick up and carry a 2.5 kg (about 5 lbs) bag of potatoes with one hand but can with the other	0
Seeing	
I have no problems with my sight	0
I cannot see the shape of furniture in the room	15
I cannot see well enough to read 16 point print at a distance greater than 20 cm	15
--- This is an example of 16 point print ---	

Descriptors	Points
I cannot see well enough to recognize a friend across the room at a distance of at least 5 metres	12
I cannot see well enough to recognize a friend across the road at a distance of at least 15 metres	8
Speaking	
I have no problems with speech	0
I cannot speak	15
My speech cannot be understood by family or friends	15
My speech cannot be understood by strangers	15
Strangers have great difficulty understanding my speech	10
Strangers have some difficulty understanding my speech	8
Hearing	
I have no problem with hearing	0
I cannot hear well enough to follow a television programme with the volume turned up	15
I cannot hear well enough to understand someone talking in a loud voice in a quiet room	15
I cannot hear well enough to understand someone talking in a normal voice in a quiet room	10
I cannot hear well enough to understand someone talking in a normal voice on a busy street	8
Fits or something similar	
I have no problems with fits or something similar	0
I have a fit or something similar at least once a week	15
I have a fit or something similar at least once a month	15
I have had a fit or something similar at least twice in the 6 months	12
I have had a fit or something similar at least once in the 6 months	8
I have had a fit or something similar at least once in the 3 years	0
Coping with toilet needs	
I have no problems with continence	0
I have no voluntary control over my bowels	15
I have no voluntary control over my bladder	15
I lose control of my bowels at least once a week	15
I lose control of my bowels at least once a month	15
I lose control of my bowels occasionally	9
I lose control of my bladder at least once a month	3
I lose control of my bladder occasionally	0

The Mental Health Assessment – Descriptors and scores

The mental health assessment is a separate part of the personal capability assessment. Like the physical assessment it involves scoring points from descriptors but you are not shown or directed to address these on the questionnaire. Even if you are asked to attend at a medical examination you will still not be directly asked about all the descriptors shown below. Which descriptors are satisfied and how many points you score will be based on the opinion of the doctor at the examination, together with any other evidence available, such as the details you give on the form and notes from your GP or anyone else helping you. The descriptors are divided into four main areas of difficulties that you may have. Points can be scored and added together from any of the areas and questions shown below.

Descriptors	Points
Completion of tasks	
I cannot answer the telephone and reliably take a message	2
I often sit for hours doing nothing	2
I cannot concentrate to read a magazine article or follow a radio or television programme	1
I cannot use a telephone book or other directory to find a number	1
My mental condition prevents me from undertaking leisure activities that I previously enjoyed	1
I overlook or forget the risk posed by domestic appliances or other common hazards due to poor concentration	1
Agitation, confusion or forgetfulness has resulted in my having potentially dangerous accidents in the 3 months before the day the benefit is claimed for	1
My concentration can only be sustained by prompting	1
Daily living	
I need encouragement to get up and dress	2
I need alcohol before midday	2
I am frequently distressed at some time of the day due to fluctuation of mood	1
I do not care about my appearance and living conditions	1
Sleep problems interfere with my daytime activities	1

Descriptors	Points
Coping with pressure	
Mental stress was a factor in making me stop work	2
I frequently feel scared or panicky for no obvious reason	2
I avoid carrying out routine activities because I am convinced they will prove too tiring or stressful	1
I am unable to cope with changes in my daily routine	1
I frequently find there are so many things to do that I give up because of fatigue, apathy or disinterest	1
I am scared or anxious that work would bring back or worsen my illness	1
Interaction with other people	
I cannot look after myself without help from others	2
I get upset by ordinary events and this results in disruptive behavioural problems	2
My mental problems impair my ability to communicate with other people	2
I get irritated by things that would not have bothered me before I became ill	1
I prefer to be left alone for 6 hours or more each day	1
I am too frightened to go out alone	1

Functionele Mogelikhedenlijst (FML)

*Listen er oversatt av bedriftslege Marijke Engbers,
Modum bedriftshelsetjeneste*

I	MENTALE FUNKSJONER
1	<i>Fokusere oppmerksomhet:</i> evne til å konsentrere seg om en informasjonskilde i minst en halv time
2	<i>Dele oppmerksomhet:</i> evne til å være oppmerksom på flere informasjonskilder i minst en halv time
3	<i>Hukommelse:</i> evne til å huske på relevante ting når man skal
4	<i>Egeninnsikt:</i> evne til å se sine egne evner og begrensinger
5	<i>Handle målrettet:</i> evne til å avstemme egen aktivitet på å oppnå et mål
6	<i>Handle selvstendig:</i> evne til å utføre oppgaver selvstendig
7	<i>Tempo:</i> evne til å utføre oppgaver raskt
II	SOSIALE FUNKSJONER
1	<i>Syn:</i>
2	<i>Hørsel:</i>
3	<i>Språk, muntlig:</i> evne til å gjøre seg forstått verbalt
4	<i>Skriving:</i> evne til å gjøre seg forstått skriftlig
5	<i>Lesing:</i> evne til å forstå skriftlig kommunikasjon
6	<i>Takle følelsesmessige problemer hos andre:</i> evne til empati og distanse i forhold til andres problemer
7	<i>Uttrykke personlige følelser:</i> evne til å uttrykke følelser i ord og handling
8	<i>Forholde seg til konflikter:</i> evne til å håndtere konflikt ansikt til ansikt

- 9 *Samarbeid med andre:*
gjennomføre oppgaver i fellesskap
- 10 *Transport:*
kjøring, sykling eller selvstendig bruk av kollektiv transport

III TILPASNING TIL FYSISK MILJØ

- 1 *Varme:*
minimum 5 sammenhengende minutter i temperatur over 35 grader:
- 2 *Kulde:*
minimum 5 sammenhengende minutter i temperaturer under -15 grader
- 3 *Trekk:*
kan tåle sterk trekk, vind
- 4 *Hudkontakt:*
kan tåle nødvendig intensiv kontakt med faste og/eller væskeformige stoffer
- 5 *Vernetiltak:*
kan tåle å bruke personlig eller annet verneutstyr:
- 6 *Støv, røyk, gass og damp:*
kan tåle å arbeide i et miljø med støv, røyk og/eller damper:
- 7 *Støy:*
kan tåle å arbeide i støy.
- 8 *Vibrasjoner:*
kan tåle å arbeide i et miljø med betydelige vibrasjoner

IV DYNAMISK BEVEGELSE

- 1 *Bruk av hender og fingre:*
bruk av hender og fingre
- 2 *Berøring/ følelse:*
å oppfatte inntrykk via følelse (berøring)
- 3 *Bruk av tastatur og mus:*
kan utføre alle nødvendige bevegelser
- 4 *Arbeid med tastatur og mus:*
kan bruke tastatur og mus i deler av arbeidsdagen
- 5 *Vridning av hand og arm:*
i stand til å dreie hender og armer
- 6 *Rekkevidde:*
60–70 cm (inkludert bøyning/vridning på maks ca 15 grader ca 5 ganger i minuttet, ved håndtering av objekter på ca 500 g)
- 7 *Gjentatte strekkinger i arbeidet:*
strekke arm, minst 20 ganger i minutt
- 8 *Framoverbøyning:*
ta opp noe fra gulvet
- 9 *Gjentatte framoverbøyninger:*
bøyer seg ofte gjennom hver time av arbeidsdagen, ca 10 ganger i minuttet

- 10 *Vridning av kroppen:*
vridning av kroppen på minst 45 grader (ca en gang i minuttet)
- 11 *Dra og skyve:*
dra eller skyve ca 15 kg
- 12 *Bæring:*
bære eller løfte opp ca 15 kg (ca 5 ganger i timen)
- 13 *Gjentatt håndtering av lette gjenstander:*
håndtering av lette gjenstander på ca 1 kg, (ca 10 ganger i minuttet)
- 14 *Gjentatt håndtering av tunge gjenstander:*
gjentatt håndtering av tunge gjenstander på ca 15 kg i en time per arbeidsdag, ca 10 ganger i timen
- 15 *Hode- bevegelser:*
bevege hodet uten vanskeligheter
- 16 *Gå:*
gå i ca 1 sammenhengende time
- 17 *Gå i arbeidet:*
gå gjennom mesteparten av arbeidsdagen
- 18 *Gå i trapper:*
gå opp og ned 2 trapper uten pause (2 etasjer), evt. 5 ganger i timen
- 19 *Klatring:*
klatre opp og ned en stige uten pause), evt. 5 ganger i timen
- 20 *Knestående / sitte på huk:*
berøre bakken ved knestående eller sitting på huk (ca 10 ganger i timen)

V STATISK ARBEID

- 1 *Sitte:*
sitte ca to sammenhengende timer
- 2 *Sitte i arbeidet:*
sitte gjennom nesten hele arbeidsdagen
- 3 *Stående:*
stå ca 1 sammenhengende time
- 4 *Ståing i arbeidet:*
stå nesten hele arbeidsdagen
- 5 *Jobbe i knestående stilling eller på huk:*
i minst 5 sammenhengende minutter (ca 2 ganger i timen)
- 6 *Jobbe i framoverbøyd eller vrid stilling:*
i minst 5 sammenhengende minutter (ca 2 ganger i timen)
- 7 *Arbeid over skulderhøyde:*
arbeid over skulderhøyde i minst 5 sammenhengende minutter (ca 2 ganger i timen)
- 8 *Holde hodet i en bestemt posisjon i arbeidet:*
holde hodet i en bestemt posisjon i mesteparten av arbeidsdagen

VI	ARBEIDSTID
1	<i>Tider på døgnet:</i> jobbe alle tider på døgnet, også natten
2	<i>Timer per dag:</i> arbeide ca 8 timer om dagen
3	<i>Timer per uke:</i> arbeide ca 40 timer i uken