

Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen - delrapport II

Innehåll

1. Sammanfattning	3
2. Inriktning.....	3
2.1 Slutsatser	5
3. Arbetet med uppdraget.....	6
4. Verktyget.....	6
4.1 Självrapporterad förmåga.....	6
4.2 Klargörande undersökning.....	7
4.3 Fördjupade undersökningsprocedurer.....	7
5. Bedömning av medicinska förutsättningar för arbete	8
5.1. Sjukdomsbild	8
5.2. Förmågeprofil.....	8
5.2.5 Deskriptorer	9
5.3. Förutsättningar för omställning och prestation	9
5.4 Konklusion av medicinska förutsättningar för arbete	10
5.5 <i>Reguljär arbetsmarknad</i>	10
6. Prövning av modellen	10
6.1 Ärenden.....	11
6.2 Uppföljning/ utvärdering.....	11
6.3 <i>Beslut</i>	11
7. Tidplan	12
8. Referenser	13
Bil 1. Experter, referensgrupp, styrgrupp	16

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2011-08-16

Diariennr
088713-2010

1. Sammanfattning

Den 15 juli 2010 fick Försäkringskassan i uppdrag att vidareutveckla metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga (1). I en första rapport i november 2010 redogjorde Försäkringskassan för hur man planerade att ta sig an uppgiften (2). I denna rapport redovisas resultatet av arbetet så här långt tillsammans med en detaljerad tid- och aktivitetsplan för projektets slutförande.

Inriktningen – baserat på en analys av erfarenheter från Sverige och internationellt – har varit att verktyget skall användas i ett betydande antal ärenden, att det därför måste vara enkelt, att det måste kunna svara på flera olika frågor (vara mångdimensionellt) och, ge tydlig vägledning för beslut och för begripliga beslutsformuleringar. Centralt är att den försäkrades egen uppfattning måste fångas, samtidigt som en ny nivå av tydlighet måste genomsyra dialogen mellan representanter för sjukförsäkringen och de försäkrade.

Under våren 2011 har ett stort antal experter – läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer, jurister, sjukförsäkringsutvecklare mm – bidragit i arbetet med att utveckla ett bedömningsverktyg. Verktyget baseras på en självrapport (som den försäkrade själv fyller i), befintliga medicinska underlag samt en verifierande undersökning utförd av speciellt utbildade läkare. Vid oklara fall kan undersökningen kompletteras med stöd av sjukgymnast, arbetsterapeut eller psykolog. Utredningen skall mynna ut i en bedömning av medicinska förutsättningar för arbete.

Medicinska förutsättningar för arbete uttrycks i form av information gällande den försäkrades sjukdomsbild (inkluderande funktionstillstånd) och en förmågeprofil. Profilen består av värden för åtta olika förmågekategorier. Dessa kan sammanfattas som förmågor relaterade till fysisk, psykisk, sensorisk och psykomotorisk funktion. Som vägledning för Försäkringskassans handläggare vid beslut har projektet tagit fram beskrivningar av de krav reguljär arbetsmarknad ställer. Kraven och förmågeprofiler är utformade så att de kan matchas. Som ytterligare stöd kommer beslutsunderlaget att innehålla information gällande den försäkrades inställning till arbete och omställning.

En första version av bedömningsverktyget finns nu färdigt för prövning. Under september – november 2011 kommer metoden att prövas i mindre skala. Den nya processen och dess utfall kommer i detalj att följas upp och utvärderas. Efter kalibrering och eventuella justeringar är en bredare prövning planerad att genomföras under våren 2012.

2. Inriktning

Utvecklingen av arbetsförmågebedömning, både i Sverige och internationellt, har påtagligt ändrat karaktär över tid. Fokus har flyttats ifrån vad människor *inte* klarar av att utföra till vad människor *trots* svårigheter klarar av. I bakgrunden finns en samhällsutveckling där ökande grupper av människor hamnat utanför arbetslivet och där diagnospanoramata ändrat karaktär och nu till stor del domineras av psykisk ohälsa (27).

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2011-08-16

Diariennr
088713-2010

Inriktningen på arbetet inom regeringsuppdraget ansluter till trenden. Fokus ligger på att fånga förmåga snarare än oförmåga. Hur man konkret åstadkommer detta är däremot långt ifrån självklart. De internationella exempel som finns är i betydande grad konsekvenser av faktorer som vid vilken tidpunkt reformer genomförts, hur den försäkringsmedicinska administrationen och rollfördelningen är uppbyggd, och hur själva sjukförsäkringen i grunden är konstruerad och vad den har för historia¹. Exempelen ger därmed begränsad vägledning.

För svensk del gäller bl.a. att vi har byggt systemet kring att bedömningar normalt görs av ”vanliga” doktorer (28), och att Sverige - till skillnad från många jämförelseländer - fram till 2008, saknade tidsgränser för hur lång en sjukskrivning kan vara. Sjukförsäkringens omställningskrav² tycks därför inte påtagligt ha influerat metodutveckling, organisation och arbetssätt hos berörda samhällsaktörer. Försäkringsmedicinska metoder och tänkande präglas bl.a. av att ingen tydlig åtskillnad mellan *mätande* och *motiverande* försäkringsmoment har gjorts³.

En uppföljning av effekter av införandet av rehabkedjan (3) visar att bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden nu sker tidigare än innan reformen, men att bedömningarna fortfarande görs på grundval av ”vanliga” medicinska underlag. Fördjupade utredningar⁴ sker endast i någon procent av fallen. Två av flera förklaringar är dels att utredningarna inte ger tillräcklig vägledning för beslut, dels att handläggare (46) inte tycks betrakta dag 180 i ett sjukfall som en gräns som ger anledning till radikalt förändrad utredningsstrategi. Speciellt vid svårbedömda psykiska/kognitiva besvär görs i praktiken sällan någon uttalad prövning av arbetsförmågan i förhållande till den reguljära arbetsmarknaden.

I regeringsuppdraget betonas att det aktuella utvecklingsarbetet skall ses som en *vidareutveckling* av det arbete som redan genomförts på området. Som exempel nämns *försäkringsmedicinskt beslutsstöd* och arbetet med *teamutredning* (TMU) och *särskilt läkarutlåtande* (SLU)⁵. En av nyheterna i SLU och TMU är att man i underlaget anger värden på 18 förbestämda aktivitetskategorier hämtade från (49) *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). Uppföljningar visar på

¹ I Storbritannien står en stor del av de som söker ekonomiskt stöd utanför arbetsmarknaden (42) och bedömningen har mer haft karaktären av bedömning inför permanent förtidspension. Resultatet av det system som användes fram till för några år sedan blev att fler än vad som nuvarande politiska ledning betraktar som acceptabelt hamnade i permanent förtidspension. Som en konsekvens av detta har både bedömningsinstrumentet och användande reviderats (48).

² Kraven har egentligen alltid funnits där men de har kommit till tydligare uttryck i och med införandet av rehabkedjan.

³ De SASSAM-utredningar som infördes på 1990-talet är ett exempel på detta.

⁴ Exempelvis Särskilt läkarutlåtande (SLU) eller Teambaserat medicinskt utlåtande (TMU)

⁵ TMU och SLU genomförs sedan 2010 av landstingen i enlighet med överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och landsting och Socialdepartementet. Antalet bedömningarna ligger så här långt på en relativt låg nivå och omfattar endast några procent av ärendevolymen.

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2011-08-16

Diariernr
088713-2010

kvalitetsvinster, men även på stora förbättringsmöjligheter,⁶ bl.a. är överensstämmelser mellan olika bedömare avseende *nivå* på aktivitetsförmåga fortfarande låg och de försäkrades upplevelse av att begripa bedömningar och beslut kan förbättras⁷. En särskild studie av faktorerna visade på möjligheter att förenkla genom att lägga samman eller exkludera faktorer (7).

2.1 Slutsatser

- Det finns ett *generellt behov* av ökad kvalitet i bedömningar gentemot reguljär arbetsmarknad. Detta betyder bl.a. att *ett betydande antal bedömningar* med stöd av ett nytt verktyg behöver göras. Detta kan bidra till omställningstanken blir mer uttalad, synlig och legitim⁸.
- Att verktyget skall användas vid ett större antal prövningar betyder att det måste vara *enkelt*. Om underlagen i dagsläget är otillräckliga i 20 procent av fallen⁹ kan det teoretiskt innebära att uppemot 10 000 ärenden årligen skulle kunna vinna i kvalitet på att utvecklade utredningsmetoder användes.
- Verktyget måste vara *mångdimensionellt*. Det måste exempelvis kunna lämna besked om ifall *särskilda skäl* kan vara tillämpligt. En stor utmaning är att på ett adekvat sätt fånga information rörande mental hälsa och aktivitetsförmågor kopplade till psykiska tillstånd.
- Verktyget måste ge *god vägledning för beslut*. Kvaliteten och trovärdigheten i vägledningen är en av de faktorer som kan bidra till att verktyget används i en omfattning som verkligen ökar kvaliteten i bedömningarna. Viktigt är också att verktyget ger vägledning inför formulering av *begripliga beslutsformuleringar*.
- Verktyget måste på ett bra sätt fånga *individens uppfattning och inställning*. Verktyget och användande av det måste genomsyras av en ärlig och tydlig kommunikation i varje led. En viktig ambition är att de försäkrade ska uppleva att verktyget ger en *reell möjlighet för den försäkrade att bidra till utredningen*.

⁶ Ett experiment med fiktiva fall visade tex att olika bedömare med det nya formuläret mer lika identifierade fler aktivitetsbegränsningar. (6).

⁷ Någonstans längs vägen mellan den sjukskrivande läkarens medicinska bedömning och Försäkringskassans bedömning av arbetsförmåga minskar de bedömdas upplevelse av delaktighet och förståelse (6).

⁸ Det kan exempelvis bidra till att flytta fokus tidigare i processen: exempelvis med högre aktivitet från inblandade parter sida efter tre månader (5).

⁹ Försäkringskassan bedömer att kvaliteten är god i ca 70 % ärendena (3)

3. Arbetet med uppdraget

De metoder som tas fram skall bl.a. bidra till att kopplingar och övergångar mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska fungera smidigt och baseras på en högre grad av samsyn. Arbetsförmedlingen ingår därför tillsammans med Socialstyrelsen i projektets styrgrupp och de båda organisationerna har ett antal experter engagerade i projektets arbetsgrupper. Totalt har ett 60-tal individer – läkare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, etc. (se bilaga) – varit engagerade i arbetet.

Arbetet har enligt tidigare redovisad plan utgått från tre huvudspår: bedömningsverktyg, fördjupande test-instrument, samt försäkringsprocessen (2). De tre arbetsgrupperna har sammanträffat vid totalt tolv arbetsgruppsmöten. Arbetsgrupperna har i sin tur initierat och koordinerat arbeten i mindre grupper sammansatta för avgränsade deluppdrag. Utvecklingen har redovisats och diskuterats vid möten med projektets styrgrupp och med projektets referensgrupp. Patientföreträdare har vid olika tillfällen – bl.a. vid en hearing med ett 30-tal deltagare i maj 2011 – beretts tillfälle att få information och lämna synpunkter.

4. Verktöget

Bedömningsverktöget består av tre delar: ett formulär ("*självrapporterad förmåga*") där den försäkrade inför bedömningstillfället deklarerar hälsotillstånd och förmåga till aktivitet, *befintliga medicinska underlag*, samt en *klargörande undersökning* tänkt att fördjupa den bild den försäkrade ger. Vid behov kan kompletterande undersökningar genomföras med hjälp av sjukgymnast, arbetsterapeut eller psykolog. Dessa undersökningar sker då direkt riktade mot de frågetecken som kvarstår.¹⁰

4.1 Självrapporterad förmåga

Den försäkrades delaktighet och förståelse är centrala faktorer i uppdraget. Med referens till bl.a. *Norsk Funksjonskema* (10) har dokumentet "självrapporterad förmåga" tagits fram. Rapporten innehåller momenten: *hälsostatus, förmågestatus, och förutsättningar för omställning och prestation*. Svarens bild används dels till att klargöra områden där det *inte finns problem* (och där vidare undersökningar inte är ett rationellt användande av resurser), dels till att utgöra *utgångspunkter* för den verifierande undersökningen. Frågorna är tänkta att fungera som *indikatorer*¹¹. Det är den undersökande läkarens uppgift att bredda och fördjupa informationen.

¹⁰ Forskning kring (8) funktionsvärdering (*Functional Evaluation Capacity*) har visat att effektiviteten i undersökningar kan höjas genom att selektivt välja vilka aspekter som ska belysas.

¹¹ Referenser till vardagsaktiviteter skiljs från mer arbetslivsrelaterade förmågekategorier; dels kan begränsningar längs de basala funktionerna indikera tillstånd gränsande till allvarlig sjukdom, dels betonas att det är begränsningar kopplade till arbetslivet som i slutändan ligger till grund för de försäkringsmedicinska bedömningarna.

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2011-08-16

Diariennr
088713-2010

4.2 Klargörande undersökning

Utgångspunkten är att undersökningarna skall utföras av särskilt utbildade läkare. De svårigheter som är förknippade med den typ av bedömningar det handlar om är väl belysta (41,43) och talar för att verktyget endast kan förväntas fungera som avsett om bedömarna har försäkringsmedicinsk kompetens och erfarenhet.

Den verifierande undersökningen skall vara styrd av, och relatera till, den information som finns i självrapporterad förmåga och i det medicinska underlaget. Undersökningen består dels av en *riktad basal undersökning*¹² kopplad till angiven diagnos¹³ samt en *klargörande intervju* där den försäkrades uppgifter i självrapporterad förmåga fördjupas och nyanseras¹⁴. Basal undersökning av *psykisk status* görs i samtliga fall.

Intervjuer – i vissa fall i kombination med andra instrument - är en vanlig metod i den här typen av bedömningssammanhang. Jämförelser mellan olika intervjumetoder ger inte underlag för välgrundade ställningstaganden (3) om vilken som är bäst¹⁵. Här är utgångspunkten att intervjun ska vara styrd, ska inriktas på att spegla och fördjupa innehåll i de andra underlagen (självrappport och medicinskt underlag) och på att fylla ut luckor till en fullständig bild.

4.3 Fördjupade undersökningsprocedurer

Psykologer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster använder olika typer av test anpassade för de funktioner som yrkesgruppen fokuserar på. Vissa av dessa används inom ramen för de fördjupade utredningar som Försäkringskassan genomför (50). En grundläggande fråga har varit i vilken utsträckning använda instrument har tillräcklig kvalitet¹⁶ och om de är tillräckligt lämpade/anpassade för detta sammanhang¹⁷. Inom ramen för projektet har förslag på en uppsättning test/metoder tagits fram. En konklusion är att det ofta inte är testen i sig själva utan det faktum att fler professioner och fler bedömare involveras som gör skillnad.

¹² Undersökningen är att betrakta som en uppdatering i syfte att aktualisera en diagnos som kan vara bestämd långt tidigare. Undersökningen bör kunna genomföras på begränsad tid.

¹³ Riktad *basal kroppsundersökning* görs då sjukdom påverkar de fysiska aktivitetsförmågor som skall bedömas. Riktad *undersökning av syn- och hörsel* görs då det framkommer att förmågan att se och att lyssna är nedsatt på grund av sjukdom. (om inte resultat från syn- och hörselundersökning från specialistmottagning finns).

¹⁴ Ambitionen är att fånga vad människor *kan* snarare än vad de *inte* kan. En utgångspunkt är att det är aktuellt att i intervjun beröra sådant som den försäkrade *inte* uppger sig ha problem med endast när detta står i uppenbar opposition till innehållet i det medicinska underlaget.

¹⁵ Däremot finns det en hel del forskning som antyder att kommunikationsprocessen, och kommunikationskompetensen hos intervjuaren har betydelse (19,20)

¹⁶ Olika metoder för funktionsbedömning har bedömts ha begränsad validitet, speciellt om bedömningen inte är kopplad till ett speciellt arbete (29-33). Svårighet ligger bl.a. i att hitta test som verkligen mäter det man vill mäta som samtidigt inte upprepar det man redan vet

¹⁷ De instrument det handlar om har ofta tagits fram med syfte att användas i helt andra sammanhang. Arbetsförmedlingen genomför exempelvis ett stort antal arbetspsykologiska utredningar (47) där olika former av intelligenstest spelar en stor roll (34).

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2011-08-16

Diariennr
088713-2010

5. Bedömning av medicinska förutsättningar för arbete

Bedömningsverktyget ska mynna ut i en bedömning av *medicinska förutsättningar för arbete*. Bedömningen föreslås bygga på de två delarna sjukdomsbild och förmågeprofil. I underlaget skall även den försäkrades förutsättningar för omställning och prestation, som det kommer till uttryck bl.a. i inställningen till arbete, redovisas.

5.1. Sjukdomsbild

Aktuell *sjukdomsbild* är en väsentlig aspekt av medicinska förutsättningar för arbete. Dels är det *kopplingen* till sjukdom som avgör om eventuell aktivitetsbegränsning ska ersättas inom ramen för sjukförsäkringen, dels förefaller det orimligt att inte så långt möjligt dra nytta av vetenskaplig kunskap om olika sjukdomars allvarlighetsgrad och förväntade konsekvenser. Rättsligt skiljer sig också villkoren för prövning vid sjukdom av *viss karaktär* från villkoren för prövning vid sjukdom av annan karaktär¹⁸.

5.2. Förmågeprofil

En av projektets bärande principer är att bedömningar av medicinska förutsättningar för arbete för att få mening måste kunna relateras till krav som yrken på den reguljära arbetsmarknaden ställer. En väsentlig beståndsdel är därför en *förmågeprofil*¹⁹ uppbyggd av rubrikerna: förmågor relaterade till *fysisk funktion*, förmågor relaterade till *balans, koordination, finmotorik och psykomoriskt tempo*, förmågor relaterade till *sensorisk funktion*, och förmågor relaterade till *psykisk funktion*. Indelningen överensstämmer bl.a. väl med den som amerikanska arbetsdepartementet använder²⁰ när man klassificerar krav i olika yrken. Dessa fyra rubriker är nedbrutna i åtta *underkategorier*²¹.

- (1) **Aktiviteter relaterade till fysisk styrka och rörlighet.**
- (2) **Aktiviteter relaterade till fysisk uthållighet.**

¹⁸ Exempelvis gäller för sjukdomar/skador som omfattas av Socialstyrelsens beskrivning av *allvarlig sjukdom* (11) att sådan sjukdom/sådana skador kan ge skäl till avsteg från rehabiliteringskedjans tidsgränser. Beskrivningen av den försäkrades sjukdomsbild bör bl.a. innehålla ett dagsaktuellt *klargörande* av *diagnos/diagnoser* och *funktionstillstånd* utifrån medicinska underlag, egen undersökning och de besvär den försäkrade uppger. Klargörandet bör ta upp *fluktuerande besvär, effekter av samsjuklighet, prognos*, samt om *vissa typer av arbeten av medicinska skäl bör undvikas* etc. Klargörandet bör fastställa om aktuellt tillstånd ingår i, eller motsvarar, *allvarlig sjukdom*. Klargörandet kan också innehålla ställningstaganden rörande om hittillsvarande vård och behandling förefaller adekvat samt om det utifrån etablerad medicinsk kunskap och/eller *försäkringsmedicinskt beslutsstöd* är rimligt med kvarstående besvär.

¹⁹ Begreppet förmåga används här i allmän betydelse

²⁰ Se beskrivning av O*Net och hur det använts som underlag vid beskrivning av reguljär arbetsmarknad under rubriken "reguljär arbetsmarknad" längre fram i dokumentet

²¹ En tydlig och klar koppling till ICF är en given utgångspunkt. Dock är ICF inte framtaget och utvecklat med fokus på att kunna användas som matchning mot de krav som arbetsmarknaden ställer. Projektet har utgått ifrån en kategorisering av arbetsmarknadens krav och därefter kopplat ICF-dimensioner till dessa kategorier²¹.

En av flera referenser som beaktats är det utvecklingsarbete som är på gång i det europeiska samarbetet *EUMASS*²¹ (12,13). Smärta är en faktor som inte finns med men som ska fångas i sjukdomsbilden (38).

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2011-08-16

Diariennr
088713-2010

- (3) Aktiviteter relaterade till *balans, koordination, finmotorik och psykomotoriskt tempo.*
- (4) Aktiviteter relaterade till *syn-, hörsel-, och tal.*
- (5) Aktiviteter relaterade till *kognitiv funktion.*
- (6) Aktiviteter relaterade till *exekutiv funktion.*
- (7) Aktiviteter relaterade till *affektiv och social funktion.*
- (8) Aktiviteter relaterade till *psykisk uthållighet*

5.2.5 Deskriptorer

ICF använder fem skalsteg för bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga där 0 är lika med inga eller obetydliga hinder och 4 är lika med total/i stort sett total nedsättning. Ett stort problem²² är att skalstegen är svåransvända och att olika bedömare därför gör olika bedömningar. En lösning som använts, och som också används i det här projektet, är att för varje skalsteg ange *deskriptorer* (beskrivningar)²³ av vad skalstegen representerar.

5.3. Förutsättningar för omställning och prestation

I "självrapporterad förmåga" får den försäkrade svara på frågor om synen på den egna arbetsförmågan och på möjligheterna att återvända i arbete.²⁴ Detta bl.a. för att kunna konstatera hur förutsättningarna för att individen skall kunna återvända till det arbete individen hade vid sjukskrivningstillfället ser ut. Syftet med frågorna är också att de ska vara utgångspunkt för en dialog med undersökande läkare om hur den försäkrades *generella syn* på fortsatt arbete ser ut. Utgångspunkten är att detta är komplexa mekanismer²⁵, som gradvis utvecklats i respons till aktuell kontext²⁶, och som kan antas ha stor betydelse för hur individer *presenterar* och beskriver sina besvär²⁷. Ett uppmärksammande av detta bidrar till öppenhet och transparens. Om frågan adresseras på ett balanserat sätt kan det utgöra en bra referens gällande

²² Som bl.a. uppmärksammas inom ramen för arbetet med SLU/TMU-utredningar

²³ Problemet med detta är att konkretionen antingen ersätts av en annan lika otydlig bestämning av typen "har *ibland* svårt att..." , eller att man i deskriptorerna använder mått av typen "behöver *dubbelt* så lång tid jämfört med vanligt..." som i praktiken är lika svårsmåttade och svårbestämbara som den faktor de avser att vara en bestämning för. Deskriptorn blir i praktiken ofta inte så mycket mer konkret än den faktor man vill uttala sig om.

²⁴ Ambitionen har här varit att använda redan validerade frågor (39-40)

²⁵ Självförtroende, motivation, internaliserade förhållningssätt till den egna sjukdomen/skadan och dess konsekvenser är exempel på dimensioner som antas ingå.

²⁶ Hit hör naturligt själva sjukdomen med det lidande, den rädsla för risker etc. som ofta följer, men innefattar också andra kraftfulla inslag som framväxten av en ny identitet i en vardag utan lönearbete, sjunkande självförtroende, etc. (14,15). Ett sätt att förklara mänskligt beteende som väl speglar komplexiteten i den här typen av fenomen är *The Theory of Planned Behavior, TPB*, (16-18) som bygger på att mänskligt beteende styrs av *attityder* (tänkt resultat av ett visst beteende), *normer* (förväntningar från signifikanta andra) och upplevd *kontroll* (individens bild av sina möjligheter att nå sina mål). Ett bra exempel på den komplexiteten uppvisar ofta patienter med långvarig smärta (51, 52). De behandlingar som idag utvecklas omfattar samtidig behandling i flera olika dimensioner (fysisk aktivitet, beteendeterapi etc.) och bygger på idén om att det är viktigt att tidigt bryta negativa och förstärkande mönster (tex rörelserädsla och katastroftänkande).

²⁷ som visats ha stor prediktiv betydelse (35,36) och för hur man *presterar* i olika typer av tester RFV (45)

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2011-08-16

Diariennr
088713-2010

bedömningens validitet. Ytterligare ett skäl att söka fånga information gällande förmåga till omställning och prestation är att sådan information kan vara till nytta för Arbetsförmedlingen²⁸. Information gällande förutsättningar för omställning och prestation bör innehålla en bedömning av hur *adekvat* inställningen är baserat på en *medicinsk rimlighetsprövning* av de aktivitetsbegränsningar som framkommit

5.4 Konklusion av medicinska förutsättningar för arbete

Bedömningen av medicinska förutsättningar för arbete är tänkt att sammanfattas i en *konklusion* som ska vara lätt för handläggare på Försäkringskassan att ha som underlag för bra beslut. Konklusionen är tänkt att vara ett *koncentrat* av det väsentliga innehållet i självrapport, medicinsk underlag, verifierande undersökning, och, i vissa fall, fördjupade undersökningar. Kraven på en sådan sammanfattning är att den på ett koncentrerat sätt beskriver de medicinska förutsättningarna för arbete så att den går att relatera till krav på reguljär arbetsmarknad, samt att den kan begripas och helst accepteras av den försäkrade.

5.5 Reguljär arbetsmarknad

Begreppet ”reguljär arbetsmarknad” är centralt inom sjukförsäkringen. Trots dess betydelse har – vilket flera kritiker (21-23) framhållit - begreppet reguljär arbetsmarknad aldrig definierats eller klargjorts. Inom arbetet med regeringsuppdraget har därför en beskrivning av vilka krav den reguljära arbetsmarknaden ställer tagits fram. Verktöget bygger på att de försäkrades förmågeprofil ska kunna jämföras med dessa krav.²⁹ Bedömningarna tar sikte på vilken betydelse kognitiv-, psykomotorisk-, fysisk- respektive sensorisk förmåga har för att arbetsuppgifterna inom varje yrke³⁰.

6. Prövning av modellen

Ett avgörande inslag i arbetet med att ta fram ett verktyg av det slag det handlar om är att det på ett bra sätt testas, utvärderas och revideras. Förberedelser för en första sådan prövning under hösten 2011 har genomförts. Prövningen sker i samarbete med det största kontoret i vart och ett av de fyra

²⁸ Om individen bedöms ha arbetsförmåga på den reguljära arbetsmarknaden kan Arbetsförmedlingen få ansvar för att på ett individanpassat sätt stötta individer att ta steget ut i arbetslivet.

²⁹ Som utgångspunkt för arbetet har O*Net (24) som administreras av det amerikanska arbetsmarknadsdepartementet använts. O*Net, som är en vidareutveckling (25) av *Dictionary of Occupational Titles* (DOT), klassificerar 974 yrkesområden längs en rad olika dimensioner (26), bl.a. vad det gäller betydelsen av 52 förmågor som har grundläggande betydelse för förutsättningarna att klara arbetsuppgifter som ingår i en viss yrkeskategori. Förmågorna sorterar under fyra övergripande kategorier; *kognitiv-, psykomotorisk-, fysisk- respektive sensorisk förmåga*.

³⁰ Värderingen av respektive arbetsrelaterad förmåga har gjorts utifrån de två dimensionerna *betydelse* och *nivå*. Betydelse graderas utifrån en femgradig skala, från är ”inte viktigt ”1” till att det är ”extremt viktigt ”5”. Förmågor som bedömts vara åtminstone ”till viss del viktigt ”2” är även värderade utifrån vilken nivå som gäller för förmågan.

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2011-08-16

Diariennr
088713-2010

verksamhetsområdena³¹. Under våren 2011 har informations- och utbildningsdagar för valda bedömare och handläggare genomförts.

6.1 Ärenden

Hur stor andel av det totala antalet 180-dagarsärenden som det är optimalt att i full drift pröva med det nya verktyget är mycket svårt att ange.³² Gränser och kriterier för vilka ärenden som bör inkluderas i en första pilot blir därför också tentativa. Några kriterier kan vara: försäkrade som saknar arbete, försäkrade med en tydlig diagnos som talar emot återgång i ordinarie arbete, försäkrade med diffusa diagnoser och/eller oklara prognoser.

6.2 Uppföljning/ utvärdering

Uppföljning och utvärdering föreslås ske i två steg. Initialt görs bl.a. en direkt uppföljning av metodens kvalitativa egenskaper³³. När ett tillräckligt stort antal ärenden föreligger görs kvantitativa statistiska analyser där ärenden bedömda med den nya metoden jämförs med ärenden bedömda på sedvanligt sätt.³⁴

Utöver uppföljning som syftar till kalibrering och revidering bör en rad åtgärder som har ett mer långsiktigt utvärderings- och kunskapsbyggande syfte genomföras. En viktig sådan är att se till att relevanta avidentifierade data rörande de ärenden som bedöms enligt den nya metoden med automatik samlas i en databas.

6.3 Beslut

Idag sker de flesta beslut på grundval av ”vanliga” medicinska underlag. Ibland efter komplettering av läkare – ibland inte. Det betyder att beslut enligt den nya modellen överlag kommer att fattas på ett bättre underlag än tidigare.

Utgångspunkten är att detta inte erbjuder några problem vare sig rättsligt eller i rättsakerhetshänseende³⁵. Ambitionen med införandet av en enhetlig och

³¹ Lycksele/Umeå, Uppsala, Malmö, och Göteborg/Hisingen ingår. Minst tjugofem ärenden per kontor ska under tiden september – november 2011 prövas enligt den nya modellen.

³² Utgångspunkten är att det bör vara betydande antal. Var gränserna bör dras och vilka kriterier som bör användas är en del i utvärderingen. Ärenden som bör exkluderas är bl.a. sådana där en process med att dra in sjukpenning inletts, ärenden där den försäkrade deltar i samverkansprogram (FK och AF), ärenden med ett explicit läkarutlåtande om att allvarlig sjukdom/skada föreligger, ärenden med pågående tumörbehandling, samt ärenden där det samtidigt finns: a) ett arbete, och b) en tydligt dokumenterad och tidsatt plan för återgång, och c) en väldefinierad och klar diagnos med en väldefinierad och klar prognos.

³³ I den kvalitativa uppföljningen görs intervjuer med bedömarna, med de försäkrade, och med handläggarna. Intervjuerna syftar till att fånga brister och styrkor i metoden. Tidigt bör också metodens diskrimineringsförmåga testas. Det samma gäller interbedömarreliabiliteten vid handläggarnas beslutsfattande (testas med att fler handläggare får bedöma samma underlag).

³⁴ I det kvantitativa testet jämförs ”testärendena” med ”kontrollärenden” avseende andel i olika beslutskategorier (bifall/avslag, särskilda skäl, bedömd arbetsförmåga gentemot reguljär arbetsmarknad etc.), andel ärenden där FMR bedömer att underlaget har bra kvalitet, andel ärenden där FMR bedömer att beslutet har god begriplighet, andel ärenden som i ett senare skede överklagas.

³⁵ Beskrivningarna är tänkta att fungera som enkla referenspunkter möjliga att relatera beslut till. De exemplifierar snarare än definierar den reguljära arbetsmarknadens krav och kan användas även i en första ofullständig version (liksom försäkringsmedicinskt beslutsstöd).

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2011-08-16

Diariennr
088713-2010

standardiserad metod för bedömning av arbetsförmåga är inte att åstadkomma vare sig en ”hårdare” eller en mer ”generös” bedömning. Avsikten är att höja kvaliteten - enhetlighet, begriplighet, rimlighet - i bedömningsunderlag och beslutsprocess.

7. Tidplan

Period	Aktiviteter	Fokus/mål
Juni, juli Augusti 2011	<ul style="list-style-type: none">• Slutföra arbetet med att ta fram beskrivningar av krav på reguljär arbetsmarknad	Säkra att ett användbart verktyg finns före september
	<ul style="list-style-type: none">• Slutföra arbetet med detaljer i verktyget (deskriptorer etc.)	Säkra att prövningen av verktyget kan ske med avsedd kvalitet
	<ul style="list-style-type: none">• Förbereda pilotförsök	Säkra att uppföljning och utvärdering av pilotförsök kan ske med avsedd kvalitet
	<ul style="list-style-type: none">• Förbereda uppföljning och utvärdering av pilotförsök	Säkra att någon viktig aspekt eller nyans missas inför det fortsatta arbetet
	<ul style="list-style-type: none">• Delrapport II till regeringen• Studiebesök i Storbritannien	
September Oktober 2011	<ul style="list-style-type: none">• En första prövning av bedömningsmetod och undersökningsprocedurer (Ca 100 – 150 ärenden)	Få en konkret och direkt uppfattning om verktygets styrkor och svagheter
	<ul style="list-style-type: none">• Uppföljning, utvärdering och kalibrering av bedömningsmetod och undersökningsprocedurer med fokus på validitet och reliabilitet i de bedömningar som görs	Få kunskap om hur kriterierna för vilka ärenden som skall prövas bör formuleras
	<ul style="list-style-type: none">• Uppföljning och utvärdering av Försäkringskassans beslut med fokus på beslutens enhetlighet och tydlighet, samt underlagens vägledande förmåga.	Få kunskap om hur förutsättningarna att integrera metoden i ordinarie försäkringsprocess ser ut
<ul style="list-style-type: none">• Studiebesök i Nederländerna		
November	<ul style="list-style-type: none">• Kalibrering och revidering av	Finjustera verktyget

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2011-08-16

Diariernr
088713-2010

December 2011	verktyget	och administrationen av det
	<ul style="list-style-type: none">Förberedelser för en andra prövning av bedömningsmetod och undersökningsprocedurer	Säkra att prövningen av verktyget kan ske med avsedd kvalitet
	<ul style="list-style-type: none">Förberedelser för uppföljning och utvärdering av en andra prövning av bedömningsmetod och undersökningsprocedurer	Säkra att uppföljning och utvärdering av kan ske med avsedd kvalitet
Januari - April 2012	<ul style="list-style-type: none">En andra mer omfattning och prövning av bedömningsmetod och undersökningsprocedurer	Eliminera återstående svagheter
	<ul style="list-style-type: none">Uppföljning, utvärdering och kalibrering av bedömningsmetod och undersökningsprocedurer med fokus på validitet och reliabilitet i de bedömningar som görs	Få en bild av utfall vid fullskaligt införandet
	<ul style="list-style-type: none">Uppföljning och utvärdering av Försäkringskassans beslut med extra intresse gällande beslutens utfall	
	<ul style="list-style-type: none">Delrapport III till regeringen	
Maj -aug 2012	<ul style="list-style-type: none">Kalibrering och verifiering av verktyget	
	<ul style="list-style-type: none">Olika typer av insatser för att klargöra förutsättningarna för, och förbereda organisationen på införandet av, verktyget och de processer det kommer att förutsätta	Säkra god kvalitet i ett fullskaligt införande
Sept -dec 2012	<ul style="list-style-type: none">Insatser gentemot organisationen och bedömare i termer av information, utbildning, avtal etc.	Säkra god kvalitet i ett fullskaligt införande

8. Referenser

- (1) Socialdepartementet, 2010, *Uppdrag att vidareutveckla metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga*, S2010/5364/SF
- (2) Försäkringskassan, 2010, *Metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – delrapport 1*

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2011-08-16

Diariennr
088713-2010

- (3) Försäkringskassan, 2011, *En utvärdering av sjukskrivningsprocessen efter införandet av de nya sjukförsäkringsreglerna 2008-07-01 – Redovisning av regeringsuppdrag*, Dnr 007927-2011
- (4) Cheng AS, Cheng SW, 2010, *The predictive validity of job-specific functional capacity evaluation on the employment status of patients with nonspecific low back pain*, Journal of Occupational And Environmental Medicine, 2010, Jul;Vol.52 (7) pp.719-24
- (5) ISF, 2011, *Försäkringskassans tillämpning av den nya sjukskrivningsprocessen*, Rapport 2011:4
- (6) Försäkringskassan, 2010, *Utvärdering av instrument för bedömning av arbetsförmåga – Interbedömar-reliabilitet och validitet i särskilt läkarutlåtande*, svar på regeringsuppdrag Dnr 075614-2008
- (7) Försäkringskassan, 2011, *SLU-pilotstudie – arbetsmaterial*
- (8) Gouttebauge V, mfl, 2010, *How to assess physical work-ability with Functional Capacity Evaluation methods in a more specific and efficient way?*, Work 37 (2010) 111-115
- (9) Spanjer J, mfl 2009, *Reliability and Validity of the Disability Assessment Structured Interview (DASI): A Tool for Assessing Functional Limitations in Claimants*, J Occup
- (10) Brage S, mfl, 2004, *Norsk Funksjonsskjema – et nytt instrument ved sykmelding og uførehetsvurdering*, Tidsskr, Nor, Laegeforen nr 19, 2004; 124:2472-4
- (11) Socialstyrelsen, 2010, *Begreppet allvarlig sjukdom/skada i ett försäkrings-medicinskt sammanhang*
- (12) Brage S, mfl, 2008, *Development of ICF core set for disability evaluation in social security*, Disability and Rehabilitation, 2008;30 (18): 1392-1396(8)
- (13) Nuchter E, Freudstein R, 2010, *UEMASS ICF-Core-set for long term incapacity to work: German results of the validating project*.
- (14) Gross DP, mfl, 2005, *Factors Influencing Results of Functional Capacity Evaluations in Workers' Compensation Claimants With Low Back Pain*, Physical Therapy, Vol 85, Number 4, April 2005
- (15) Floderus B mfl, 2005, *Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave*, J Rehabil Med 2005; 37:291-299
- (16) Munro S, mfl 2007, *A review of health behavior theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS?*, BMC Public Health 2007, 7:104
- (17) Bandura A, 1977, *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Psychol. Rev 1977, 84:191-215 Ajzen J, 1991, *The Theory of Planned Behavior*. Organ Behav Hum Decis Process 1991, 50:179-211
- (18) De Vries H, mfl 1988, *Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intention*, Health Edu Res 1988, 3:273-282
- (19) Van Rijssen, mfl, 2009, *A theoretical framework to describe communication processes during medical disability assessment interviews*, BMC Public Health 2009, 9:375
- (20) Van Rijssen H, mfl 2011, *A typology of Sick-listed Claimants to Improve Communication skills for Social Insurance Physicians during Medical Disability Assessment Interviews*,
- (21) Järholm B, mfl 2009, *Arbetsförmåga I sjukförsäkringen – så beskrivs begreppet I lagstiftningen*
- (22) Mannelqvist R, 2010, *Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – lagstiftarens motiv*
- (23) Mannelqvist R, 2010, *Läkarintyg som bevis i förvaltningsprocessen*
- (24) US Department of Labor/O*NET Center, www.onetcenter.org
- (25) Dictionary of Occupational titles, www.oalj.dol.gov/libdot.htm
- (26) Peterson N G, mfl, 2001, *Understanding Work Using the Occupational Information Network: Implications for practice and research*, Personal Psychology, 2001, 54
- (27) OECD, 2010, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A synthesis of findings across OECD Countries*
- (28) Brage S, 2011, *Legers rolle ved tilddelning av uførepensjon I fem europeiske land*, Rapport till Arbeidsdepartementet
- (29) Cheng AS, Cheng SW, 2010, *The predictive validity of job-specific functional capacity evaluation on the employment status of patients with nonspecific low back*

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2011-08-16

Diariennr
088713-2010

- pain*, Journal of Occupational And Environmental Medicine, 2010, Jul;Vol.52 (7) pp.719-24
- (30) King M, mfl, 1998, *A critical Review of Functional Capacity Evaluations*, Physical Therapy, Volume 78, No 8
 - (31) Wind H, mfl, *The utility of Functional Capacity Evaluation: the opinion of physicians and other experts in the field of return to work and disability claims*, Int Arch Occup Environ Health, 79, 528-534
 - (32) Gouttebauge V, mfl, 2004, *Reliability and validity of Functional Capacity Evaluation methods: a systematic review with reference to Blankenship system, Ergos work simulator, Ergo-Kit and Iserhagen work system*, Int Arch Occup Environ Health (2004) 77:527-537
 - (33) Disability Alliance, 2010, *The Work Capacity Assessment – Independent Review Call for Evidence*.
 - (34) Hunter JE, Schmidt FL, 1998, *The Validity and Utility of Selection Methods in Personnel Psychology: Practical and Theoretical Implications of 85 Years of Research Findings*, Psychological Bulletin, Vol 124, No 2, 262-274
 - (35) Riso H, mfl 2001, *Work ability and duration of certified sickness absence*, Scand J Public Health 29
 - (36) Falkdal Hansen A, 2005, *Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete – viktiga faktorer för tidig bedömning*, Umeå Universitet.
 - (37) Kok R, mfl. 2008, *Evaluation of a Workshop on evidence based medicine for social insurance physicians*, Occupational Medicine, Jan 18, 2008, DOI:10.1093
 - (38) Cutler, RB, mfl, 2003, *Relationships between Functional Capacity Measures and Baseline Psychological Measures in Chronic Pain Patients*, Journal of Occupational Rehabilitation, Volume 13, no 2
 - (39) Ahlström L, mfl, 2010, *The Work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health – a prospective study of women on long-term sick leave*. Scand J Work Environ Health 2010. 36 (5): p 404-12
 - (40) Linton SJ, 1997, *Frågeformulär om smärtproblem*. Yrkes- och miljömedicinska kliniken, Örebro.
 - (41) Engblom M, mfl, 2005, *”Inte doktors bord”: ett vanligt dilemma i sjukskrivningssituationen*, Läkartidningen, 102:48, s 3666-3674.
 - (42) Becker E, mfl 2010, *Pathways to Work: program engagement and work patterns*, DWP.
 - (43) Krohne K & Brage S, 2007, *New rules meet established sickness certification practice: A focus-group study on the introduction of functional assessments in Norwegian primary care*,
 - (44) SBU, 2010, *Rehabilitering vid långvarig smärta*
 - (45) RFV, 2000, *Socialförsäkringsboken 2000*, Stockholm
 - (46) Försäkringskassan, 2011, *Utredning, utredningsstrategier och beslutsunderlag inför dag 180 – sammanställning av intervjuer med personliga handläggare*, opublicerat PM
 - (47) Arbetsförmedlingen, 2010, *Arbetspsykologisk utredning – Manual*, Avdelningen Rehabilitering till arbete
 - (48) Department for Work and Pensions, 2009, *Work Capability Assessment – Internal Review*, Report of the working group
 - (49) Socialstyrelsen/WHO, 2003, *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*,
 - (50) Försäkringskassan, 2011, *Undersökningsinstrument som används vid SLU-/teamutredningar – analys av en enkät*, Opublicerat arbetsmaterial.
 - (51) Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2010, *Rehabilitering vid långvarig smärta – En systematisk litteraturoversikt*.
 - (52) Geisser ME, mfl, 2003, *Psychosocial Factors and Functional Capacity Evaluation Among Persons With Chronic Pain*, Jour of Occupational Rehab, Vol 13 No 4, Dec 2003

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2011-08-16

Diariennr
088713-2010

Bil 1. Experter, referensgrupp, styrgrupp

Christina Ahlgren, Samhällsmed. o rehab. Umeå	Peter Andréén, jurist, Försäkringskassan
Margareta Brodin, Företagsläkare	Per-Erik Bengtsson, försäkringsanalys, Försäkringskassan
Inger Dahlsköld, verksamhetsutvecklare, Försäkringskassan	Åsa Dufmats, Psykolog
Bo Ekehammar, Psykolog Stockholms Universitet, vetenskapligt råd Socialstyrelsen	Paul Eliasson, Ortopedrehab, Umeå
Katarina Fehir, personlig handläggare, Försäkringskassan	Elin Ekbladh, Leg arbetsteur. Med dr
Lars Gerhardsson, professor arbets- och miljömedicin, Sahlgrenska US.	Anna Ericsson, Socialstyrelsen
Daniel Gunhamre, Försäkringskassan	Jan Franzén, Försäkringskassan
Mats Hagberg, Professor, Sahlgrenska Akademien, Arbets- och miljömedicin	Jenny Gaudio, Jurist, Försäkringskassan
Gunilla Hellberg-Edström, leg. psykolog, Arbetsförmedlingen	Hans Goine, Försäkringskassan Birgitta Gottfries Dahlberg, Företagsläkare
Antonia Jacobaeus, Företagsläkare	Birgitta Grahn, Sjukgymnasternas Riksförbund
Annica Knekthage, personlig handläggare, Försäkringskassan	Ewa Gustafsson, ergonom, arbets o miljömedicin
Carsten Köneke, Företagsläkare	Lena Haglund, Förbundet Sveriges arbetsterapeuter
Therese Ljungqvist, sjukgymn. KI	Blenda Isaksson Mettävainio, arbetsterapeut, Arbetsförmedlingen
Katrin Kraus, Försäkringskassan	Pernilla Keinestam, Jurist, Försäkringskassan
Kerstin Marinko, Företagsläkare	Johnny Johnsson, Företagsläkare
Karin Nord, Ådalshälsan	Erik Jönsson, Överläkare psykiatri
Mattias Lundberg, fil dr Umeå Univ.	Inga-Märta Larsson, Arbetsförmedlingen
Bengt Nordahl, dr, rehabklin. Linköping	Gert Lindenger, FMR. Försäkringskassan
Kerstin Olefalk Palm, Leg arbetsteurap.	Hans-Peter Mofors, Svensk Psykiatriska Förening
Per Sellius, Psykolog	Jenny Nybom, Socialstyrelsen
Catharina Sjödal Hammarlund, universitetslektor sjukgymn. Lund	Johanna Odelmark, enhetschef, LFC, Försäkringskassan
Barbro Sunnefors, Försäkringskassan	Jan Sandqvist, Universitetslektor, Med dr LIU.
Ewa Sylwander, Försäkringskassan	Urban Svensson, Företagsläkare
Artur Tenenbaum, Företagsläkare, enhetschef Hälsa och Arbetsliv	Marie Louise Schult, arb.teurapuet, rehabmed. Danderyd
Margareta Torgén, Överläkare, Akademiska Sjukhuset, Uppsala	Cecilia Udin, Försäkringskassan
Torbjörn Wass, strategienheten, avd Rehabilitering till arbete. Arbetsförmedlingen	Raisa Volotinen, verksamhetsutvecklare, Försäkringskassan
Jan Weibring, Dr Försäkringsmedicin koordinator, Försäkringskassan	Martina Wejdrup, specialist, Försäkringskassan
	Christina Åkerstedt, Försäkringskassan

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2011-08-16

Diariernr
088713-2010

Referensgrupp

Ove Andersson, ordförande
distriktsläkarföreningen,
Sveriges läkarförbund
Kristina Alexanderson, professor
försäkringsmedicin, KI
Susanne Asplund, Sveriges läkarförbund Lars
Englund, dr. Vägverket
Birgitta Grahn, Sjukgymnasternas
Riksförbund
Lena Haglund, Ordf. Förbundet Sveriges
arbetsterapeuter
Annie Hansen Falkdal, SKL
Anders Norlund, SBU
Anna Östbom, SKL

Styrgrupp

Stig Orustfjord, Överdirektör,
Försäkringskassan
Pia Ackmark, Enhetschef,
Arbetsförmedlingen
Svante Borg, Försäkringsdirektör,
Försäkringskassan
Gunnar Johansson, Försäkringsdirektör,
Försäkringskassan
Birgitta Målsäter, Försäkringsdirektör,
Försäkringskassan
Ulrika Persson, Verksamhetsområdeschef
Knut Sundell, Socialråd, Socialstyrelsen