

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – slutrapport

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – slutrapport

Detta är den sjätte och avslutande rapporten inom det projektarbete som Försäkringskassan i samverkan och samråd med Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen och hälso- och sjukvården, under drygt två år bedrivit utifrån regeringsuppdrag att utveckla metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen. Mot bakgrund av hur bedömningsverktyget och dess delar utvecklats, förankrats och implementerats presenteras Försäkringskassans förslag till fortsatt utveckling och vetenskaplig utvärdering. Förslaget innebär bl.a att försöksverksamheten med det nya bedömningsverktyget aktivitetsförmågeutredning (AFU), vidgas till att omfatta fler landsting/regioner och ett större antal fördjupade utredningar, att det sker med det grundformat som tidigare redovisats samt att det kunskapsunderlag avseende krav på medicinskt relaterade aktivitetsförmågor som tagits fram ska ingå i bedömningsverktyget som ett kunskapsunderlag att relatera individens bedömda förmåga gentemot.

Försäkringskassan överlämnar härmed rapporten.

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektör Dan Eliasson i närvaro av försäkringsdirektör Birgitta Målsäter, försäkringsdirektör Laura Hartman, försäkringsdirektör Svante Borg, verksamhetsområdeschef Kjell Skoglund och projektledare Jan Larsson, den senare som föredragande.

Dan Eliasson

Jan Larsson

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	3
1. Sammanfattning	4
2. Inledning	6
2.1 Rapportens syfte	7
3. Metoden – grunder och utveckling	8
3.1 Tidigare rapporter	8
3.2 Modellen.....	9
3.3 Erfarenheter	10
3.4. Undersökningsformat.....	10
3.5 Utvidgad undersökning	10
3.6 Utvidgat arbetsterapeutiskt test	11
3.7 Sjukgymnastiskt test	11
3.8 Testbatteri för utvidgad neuropsykologisk utredning	12
3.9 Förmågeprofil, deskriptorer,	12
3.10 ICF	12
3.11 Krav på medicinskt relaterade förmågor i olika yrkesområden.	13
3.12 Reliabilitet i beslut utifrån de nya underlagen.....	15
3.13 Särskilda skäl	16
3.14 Val av ärenden	16
4. Införande och implementering av AFU	18
4.1 Prognoser/volymer.....	19
4.2 Utbildning	20
4.3 Västra Götaland och Region Skåne hösten 2012.....	21
4.4 Vidgad försöksverksamhet 2013	22
5. Utvärdering av införandet av nya metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen.....	23
5.1 Erfarenheter från Västra Götalandsregionen och Region Skåne	23
5.2 Försäkringskassans linjeorganisation efter januari 2013	24
5.3 Planering för vetenskaplig utvärdering av AFU.....	24
5.4 Implementering och försäkringsadministration.....	25
5.5 Försäkringsutfall.....	26
5.6 Underlagens kvalitet	27
5.7 Reliabilitet.....	27
5.8 Överklaganden och rättelser.....	27
5.9 Långsiktiga effekter.....	28
5.10 Utförare och finansiering.....	28
6. Kontinuerlig utveckling	29
6.1 Försäkringskassans samarbetspartners.....	30
6.2 Legitimitet och förankring	30
6.3 Mål och kvalitetssäkring	31
9. Referenser	32
10. Experter i arbetsgrupper, referensgrupp, styrgrupp	35
Bilaga 1. Medicinska förutsättningar för arbete.....	37
Bilaga 2. Självrapporterad förmåga	43
11. Slutnoter.....	47

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

1. Sammanfattning

Detta är den sjätte och avslutande rapporten inom det projektarbete som Försäkringskassan under drygt två år bedrivit utifrån regeringsuppdrag att utveckla metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen. Mot bakgrund av hur bedömningsverktyget och dess delar utvecklats, förankrats och implementerats under 2012, presenteras här Försäkringskassans förslag till fortsatt utveckling och vetenskaplig utvärdering. Förslaget innebär:

- Att försöksverksamheten med det nya bedömningsverktyget aktivitetsförmågeutredning (AFU), etappvis och enligt plan, vidgas till att omfatta fler landsting/regioner och ett större antal fördjupade utredningar.
- Att det vidgade försöket med AFU sker med det grundformat som tidigare redovisats. Erfarenheter från uppföljningar har inte gett anledning att frånga modellens grundläggande struktur. Den bedöms motsvara projektets kvalitetsanspråk och att leva upp till regeringsuppdragets krav. Dock finns ett behov både av fortsatta justeringar och uppföljning, samt att via utbildning och kompetenshöjande åtgärder säkra ett bra användande av bedömningsverktyget.
- Att det kunskapsunderlag avseende krav på medicinskt relaterade aktivitetsförmågor som tagits fram ska ingå i bedömningsverktyget som ett underlag att relatera individers bedömda förmåga gentemot. Detta bygger på att materialet kontinuerligt valideras och uppdateras, bl.a. med stöd från Arbetsförmedlingen

Rapporten baseras bl.a. på två pilotförsök med den nya metoden, hösten 2011 och hösten 2012. Erfarenheterna från den andra försöksomgången 2012 i Region Skåne och i Västra Götalandsregionen (med fokus bl.a. på logistik- och utbildningsfrågor) har bara delvis kunna beaktas i denna rapport. Ytterligare justeringar kan bli aktuella när uppföljningen slutförts. Planer för en fortsatt utbyggnad har diskuterats med landstingen i Östergötland, Norrbotten, Västerbotten och Stockholm. Försäkringskassans ambition är att vidga försöket med det uttalade syftet att på sikt få till stånd en regional struktur för AFU. Planerna förutsätter att det finns intresse från landstingens sida att engagera sig i att bygga upp och utveckla den försäkringsmedicinska kompetens som krävs.

Detaljer i bedömningsverktyget har justerats under 2012 vilket sannolik också kommer att ske inför planerad utvidgning 2013. Metodens grundstruktur

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

bedöms dock motsvara de krav som ställs och kvarstår med momenten: individens självrapporterade förmåga, en standardiserad undersökning av speciellt utbildad läkare, samt möjlighet till utvidgad undersökning med stöd av speciellt framtagna sjukgymnastiska, arbetsterapeutiska, och neuropsykologiska testmetoder. Det nya medicinska underlaget, som bl.a. innehåller profiler över individens medicinskt relaterade aktivitetsförmågor, är också i stort oförändrad. Erfarenheter (se avsnitt 3.12) talar bl.a. för att AFU ger bra förutsättningar för att göra välmotiverade bedömningar, men att utbildningsinsatser och kompetensutveckling är viktigt för att detta ska resultera i beslut med avsedd kvalitet och enhetlighet. Detta är ett viktigt skäl till att inte bygga ut AFU i en snabbare takt än sådan att kompetens kan säkras.

Försäkringskassan har utvecklat AFU tillsammans med Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen och hälso- och sjukvården. Att i praktiken genomföra fördjupade medicinska utredningar ställer stora krav både på ett bra *innehåll* och på en väl fungerande *struktur*. Det breda samarbete mellan nämnda aktörer som ligger bakom AFU var och är en viktig förutsättning för att detta ska uppnås. Speciellt viktigt är detta i perspektivet att bedömningsverktyget förväntas kunna användas i andra sammanhang än vid prövning av rätt till sjukpenning dag 181.

Ett konkret exempel på resultat av samarbetet är det kunskapsunderlag som beskriver vad olika yrkesområden ställer för krav på medicinskt relaterade förmågor som tagits fram inom ramen för projektet. Kraven gäller för ett normalt på arbetsmarknaden förekommande arbete och är tänkt att utgöra underlag vid bedömning av i vilken utsträckning individens aktivitetsförmåga kan anses medföra arbetsförmåga. Beskrivningarna har utvecklats 2012, bl.a. med övergripande klargöranden av hur materialet ska användas, samt information om anpassningsmöjligheter, arbetshjälpmedel och kända arbetsskaderisker. Tillsammans med Arbetsförmedlingen har ett arbete för att kvalitetssäkra kravnivåerna påbörjats. Materialet har på olika sätt förankrats med arbetsmarknadens parter, och det finns en plan för hur en fortsatt förvaltning i samarbete med Arbetsförmedlingen ska ske. Den går i korthet ut på att Arbetsförmedlingen förvaltar och publicerar materialet i samarbete med Försäkringskassan; utöver att det ska vara ett kunskapsunderlag vid Försäkringskassans bedömningar av arbetsförmåga är materialet är det tänkt att materialet även ska bidra till utvecklingen av Arbetsförmedlingens matchnings- och vägledningsstöd. En första officiell och gemensam version beräknas föreligga sommaren 2013. Planen innehåller bl.a. tankar på att knyta en partssammansatt rådgivande kommitté till den fortsatta förvaltningen av materialet.

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

2. Inledning

Sommaren 2010 fick Försäkringskassan i uppdrag att i samarbete med Socialstyrelsen och i samråd med Arbetsförmedlingen vidareutveckla metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga (1). Metoderna skulle i första hand användas vid prövning gentemot reguljär arbetsmarknad (sedan 2011 görs bedömningen mot normalt förekommande arbete), från och med 180 dagars sjukskrivning. Ambitioner med de nya metoderna var bl.a. ökad enhetlighet, ökad rättsäkerhet och ökad delaktighet bland de försäkrade. Uppdragets ambitioner kan bl.a. förstås mot bakgrund av att rehabiliteringskedjans tydliga tidsgränser innebär krav på ändrat *arbetsätt*, att regeln om prövning mot andra arbeten än det egna fr.o.m. dag 181 är omdiskuterad och det finns anledning att anta att redan tillgängliga bedömningsmetoder inte fullt ut motsvarat de behov som en sådan prövning väcker.

Försäkringskassans arbete med regeringsuppdraget, och myndighetens förväntningar på resultatet av införande av nya metoder, måste ses i ett *sammanhang*. Specifika metoder och instrument som Försäkringskassan utvecklar och använder måste ses som *delar* i en helhet. Sjukförsäkringens generella ramar, de logistiska och administrativa förutsättningar som organisation och resurser anger, samt de reella möjligheter som finns att (t.ex. i form av effektiva rehabiliteringsmetoder) hjälpa människor att stanna i, eller att återvända till, arbete, är exempel på andra delar i den helheten. Förhoppningen är att nya metoder ska *samspela* väl med helheten och på så sätt bidra till ett positivt resultat. Detta inbegriper nu i högre grad än tidigare samarbete och samverkan med andra myndigheter och aktörer. Ett utvecklat samarbete med Arbetsförmedlingen (2,3) med bl.a. tidig och gemensam kartläggning, är ett av flera exempel. En väsentlig tanke med det bedömningsverktyg som tagits fram är bl.a. att det, efter introduktion och eventuell vidareutveckling, även ska kunna användas i andra sammanhang än vid prövning av arbetsförmåga inför dag 180. Gärna tidigt i sjukskrivningsprocessen och gärna i tidig dialog med arbetsgivare.¹

Ambitionen att utveckla metoder som bidrar till en effektiv och rättsäker administration, som minskar de negativa konsekvenserna (bl.a. av ekonomisk natur) av sjukdom/skada, och som skapar förtroende för försäkringen och för myndigheten innehåller olika typer av utmaningar. En viktig aspekt är hur väl valet av ärenden att göra sådana utredningar i fungerar. Resurserna måste användas där de verkligen bidrar till ökad rättsäkerhet. Ärendepopulationen (ärenden som blir 180 dagar) är heterogen och uppvisar överlag en bild som i stort liknar den som gäller för ärendesammansättningen² även tidigare i sjukskrivningsprocessen (4). Det är svårt att utifrån generella ärendekarakteristika på individnivå selektera ärenden som kan antas bli extra komplicerade eller långa. En utmaning av helt annat slag är det ”arv”, i form av

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

ett stort antal människor som länge varit borta från arbete, (5,6) som finns i sjukförsäkringen. Vissa positiva signaler som talar visserligen för att även de som varit sjukskrivna mycket länge kan öka sin försörjningsgrad (7) och/eller komma i arbete (8) eller utbildning³, men nyligen meddelade domar (9) talar för att *lång tid* med nedsatt arbetsförmåga och oförändrat hälsotillstånd är en av flera faktorer som kan bidra till att svårvärderade besvär, syndrom tillstånd eller kombinationer av dessa efter en individuell bedömning kan jämföras med kronisk sjukdom eller irreversibel skada. Samtidigt måste man hantera ”alla” nya ärenden som når dag 180 på samma sätt. Alla individer har samma rätt till en utredning med god kvalitet.

Sjukförsäkringens regler anger ramar för försäkringens *åtagande*. Åtagandet balanserar ambitioner om att ge ekonomisk trygghet, att stärka arbetslinjen, och att säkra försäkringens långsiktiga finansiella hållbarhet. Försäkringskassan har dock det *dubbla ansvaret*, både att bidra till en positiv utveckling i det individuella fallet *och* att fatta beslut som överensstämmer med reglerna och som är tydliga och rättsäkra⁴. En bärande tanke bakom Försäkringskassans arbete med AFU är att tydliga och väl förankrade metoder *tillsammans* med *kontinuerlig kompetenshöjning* bidrar till den tydlighet, trygghet och kvalitet i handläggningen som det tudelade uppdraget kräver. Det har tidigare konstaterats (73) att en utvecklad handlägningsprocess, som bl.a. inkluderar *bedömningskompetens*, måste gå hand i hand med de nya metoder som tas fram. Med detta ökar förutsättningarna för en tidig och ärlig dialog mellan Försäkringskassan och individen. Detta bör gagna *förutsägbarheten*. Realistiska och välinformerade förväntningar, baserad på tydlig information, kan förväntas minska risker för, och/eller omfattning av, att individers energi ödas på annat än på att söka bli frisk. En ärlig och transparent försäkringshantering bidrar på så sätt *både* till att förutsättningarna för att stödja, i vissa fall omorienterande, insatser, når framgång, *samtidigt* som en mer aktiv, systematisk och enhetlig regeltillämpning, kan bidra till att ge berörda aktörer incitament till ett tidigt och aktivt engagemang.

2.1 Rapportens syfte

Rapporten syftar till att ge en sammanfattande, men bred, beskrivning av metoden med dess delar, samt de överväganden och erfarenheter som ligger bakom utformningen. Syftet är vidare att ge bakgrund och argument till de förslag för fortsatta försök som ställs, samt att peka på frågeställningar som kan vara värdefulla att beakta inför kommande utvidgade införanden och användande av AFU i större skala.

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diarienum
088713-2010

3. Metoden – grunder och utveckling

Försäkringskassan har under tiden för regeringsuppdraget utarbetat en ny modell för bedömning av arbetsförmåga. Olika inslag i metoden har efterhand reviderats, men grundmodellen kvarstår. Erfarenheterna från begränsad prövning av de nya metoderna är överlag positiva. Bra utbildning och kontinuerlig kompetenshöjning av de medicinska bedömarna (både läkare och andra professioner) samt Försäkringskassans handläggare är dock en viktig förutsättning. Som en del av bedömningsverktyget, har ett referensmaterial med beskrivningar av krav på medicinskt relaterade förmågor för stora yrkesområden på arbetsmarknaden utvecklats. Materialet har visat sig kunna fungera väl som kunskapsunderlag vid värdering av individers aktivitetsförmåga i relation till normalt förekommande arbeten. Materialet föreslås att ytterligare valideras och därefter kontinuerligt uppdateras inom ramen för en förvaltning tillsammans med Arbetsförmedlingen. AFU-metoden, dess implementering och användande bör följas upp, utvärderas och gradvis justeras. Innehåll och nivåer i deskriptorerna för de olika förmågekategorierna, samt kopplingen till, och användande av, ICF-koder, är några av de aspekter som bör följas.

3.1 Tidigare rapporter

Utvecklingsarbetet har redovisats i tre (11,12,13) av fem tidigare rapporter. (De två andra rapporterna handlar om arbetsmarknadsbegreppet och om Försäkringskassans implementering av de nya metoderna). Projektet tog bl.a. avstamp i ambitionen att det nya verktyget, trots utvecklad kvalitet, var tvunget att vara relativt enkelt för att kunna användas i större skala. Samtidigt måste det vara flerdimensionellt för att kunna svara på olika slags frågor. Uppfattningen var vidare att verktyget tydligare måste ge underlag för beslut än vad tidigare utredningsformer uppfattats göra. En målsättning var också att den nya utredningsformen skulle medföra större delaktighet och förståelse för regler och beslut bland de försäkrade.

Mot bakgrund av internationell och nationell erfarenhet av olika modeller för bedömning av arbetsförmåga (14), och med medverkan av ett stort antal experter, togs våren 2011 en första version av ett nytt bedömningsverktyg fram. Metoden utvecklades bl.a. utifrån förutsättningarna att den skulle gå att använda vid ett stort antal undersökningar, ge god vägledning för beslut, och på ett bra sätt fånga individens uppfattning och inställning till den egna arbetsförmågan. Detta ledde till ett bedömningsverktyg byggt på: en bedömare vid ett bedömningsstillfälle, individens självrapporterade förmåga, samt en förmågeprofil som sammanfattar individens förmågor på ett sätt som kan relateras till krav på medicinskt relaterade förmågor som arbetsmarknaden ställer. De sedan tidigare existerande formerna av fördjupad medicinsk utredning - *Särskilt läkarutlåtande (SLU)* och *teambaserad medicinsk*

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diarienum
088713-2010

utredning (TMU) – bygger bl.a. på bedömning (15) enligt 14 aktivitetsförmågor ("att stå", "att gå" etc.). Förmågeprofilen i AFU är ett försök att sammanfatta individens förmågor på ett mer samlat och mer lättolkat sätt ("förmågor relaterade till fysisk styrka och rörlighet" etc.). Profilen är också delvis tänkt att kompensera för den sammanfattande bedömning av utredningen i sin helhet av läkaren som togs bort i och med införandet av SLU/TMU⁵.

3.2 Modellen

Den modell för bedömning av arbetsförmåga som utvecklades under projektets första år bedöms i redovisade försök har visat sig motsvara de ambitioner som regeringsuppdraget uttrycker. Erfarenheterna från två olika försök 2011 och 2012 ger vid handen att grundmodellen i stort fungerar som avsett, men att justeringar vad gäller delmoment har varit, och kommer sannolikt framöver även att vara, önskvärda och nödvändiga. Modellen omfattar bl.a. följande nya moment:

- 1. Självrapporterad förmåga**

Frågor om hälsa, förmåga och syn på den egna arbetsförmågan som individen själv fyller i innan en AFU. Syftet med momentet är att stärka individens delaktighet, effektivisera undersökningen, samt tydliggöra att det är förmåga snarare än oförmåga som AFU avser att fånga (se bilaga 2).
- 2. Standardiserat Undersökningsformat**

Vägledning för bedömarens intervju, standardiserad kroppsundersökning, psykiatrisk intervju samt kriterier och format för utvidgad undersökning (sjukgymnastiska, arbetsterapeutiska och psykologiska test).
- 3. Nytt underlag – Bedömning av medicinska förutsättningar för arbete samt den försäkrades syn på möjligheter till arbete**

Ett nytt flerdimensionellt intyg, som samtidigt som det mer tydligt än tidigare ska sammanfatta vad den försäkrade kan respektive inte kan, även ska förmedla ett ärendes komplexitet, nivån på underlagets logiska konsistens, samt klargöra individens syn på sin egen förmåga (se bilaga 3).
- 4. Förmågeprofil**

Värdering av individens nivå avseende aktivitetsförmåga längs de åtta förmågekategorierna: 1) fysisk styrka och rörlighet, 2) fysisk uthållighet, 3) balans, koordination och finmotorisk kvalitet, 4) syn-, hörsel-, och tal, 5) minne, inläring och koncentration, 6) exekutiv funktion, 7) affektiv funktion, 8) psykisk uthållighet.

Värdena uttrycks längs en femgradig skala: från "ingen/obefintlig begränsning" till "mycket stor/total begränsning".
- 5. Referensmaterial gällande krav på medicinskt relaterade förmågor i normalt förekommande arbeten**

Ett kunskapsunderlag som omfattar mer än 40 beskrivningar av de största yrkesområdena i Sverige. För de åtta förmågekategorierna: fysisk styrka och rörlighet, fysisk uthållighet, etc. uttrycks värden för hur stor tolerans mot begränsningar som finns. Beskrivningarna är uttryckta så att individers förmågeprofiler ska kunna relateras till dem.

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

3.3 Erfarenheter

Erfarenheterna från det första införandet, hösten 2011, är överlag goda (13). Bedömningsläkarna⁶ uppfattar metoden som stabil och välfungerande, Försäkringskassans handläggare anser att det leder till ett bra och användbart underlag, och de försäkrade uttrycker sig ha blivit bemötta med kvalitet och respekt. En majoritet av de försäkrade uppger också att undersökningen lett till en adekvat beskrivning av deras tillstånd och deras förmågor. Mindre positiva erfarenheter är att vissa bedömningsläkare inte fullt ut följt manualen, att det i underlagen inte alltid varit tydligt vad som är läkarens bedömning och vad som är den försäkrades uppfattning, samt att de försäkrade i flera fall inte fullt ut begripit vad undersökningen gått ut på. Detta är en erfarenhet som gjorts även i andra länder (16) och som i en fortsatt implementering tydligt måste adresseras. Inför införandesteg två, hösten 2012, vidtogs olika åtgärder för att minimera angivna svagheter. Ett stort antal detaljer av mer teknisk karaktär har också reviderats utifrån synpunkter från det första införandet⁷. I manualen för AFU (17) och utbildning av bedömare och handläggare betonas bl.a. att undersökning ska genomföras i enlighet med metoden, att särskild möda ska läggas vid att säkra att den försäkrade fullt ut har undersökningens syfte klart för sig, samt att det är bedömarens uppfattning som skall uttryckas i beslutsunderlaget.

3.4. Undersökningsformat

Detaljer⁸ i den standardiserade undersökningen har modifierats men grundstrukturen kvarstår som tidigare: fokus på fördjupande intervju, kombinerad med *basal kroppsundersökning* och psykiatrisk intervju (18), samt möjlighet till utvidgad undersökning. Erfarenheter från införandet 2011 visade på ett behov av att betona att momenten är obligatoriska. Detta i första hand utifrån argument om enhetlighet och rättsäkerhet, samt att undersökningen primärt avser att klargöra vilken aktivitetsförmåga som finns trots sjukdom/skada. Tidiga signaler från försöken under 2012 i Västra Götalandsregionen och Region Skåne talar dock för att en viss grad av flexibilitet och möjlighet att anpassa formen till ärendets karaktär uppfattats som önskvärd. En speciell faktor som uppmärksammats i Region Skåne och som måste hanteras inför kommande utvidgning är svårigheter förknippade med försäkrade som inte talar svenska och svårigheter i samband med användande av tolk.

3.5 Utvidgad undersökning

Teambaserad medicinsk undersökning (TMU) är en variant av fördjupad medicinsk utredning som fanns på plats när arbetet med AFU påbörjades. TMU har på flera sätt varit inspiration för AFU. TMU bygger på idén att andra professioner utöver den medicinska kan lämna viktiga bidrag till bedömningar av vad människor har för förmågor. Arbetsterapeuter, sjukgymnaster och psykologer har olika specialkunskaper och olika perspektiv som kan fördjupa en traditionellt medicinsk bedömning. I arbetet med AFU har Försäkringskassan tagit fasta på, och försökt att vidareutveckla, detta synsätt.

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diarienum
088713-2010

Försäkringskassan har utgått ifrån överväganden baserade i att de olika test som de olika professionerna normalt använder: a) ofta har en terapeutisk inriktning, b) inte är utvecklade för användning i det här sammanhanget, samt, inte minst, c) att olika bedömare har lämnats stort utrymme att använda olika – ofta individuellt kombinerade – instrument (19). Inom ramen för arbetet med AFU har projektet låtit utveckla speciella test, dels låtit expertgrupper välja bland befintliga test (20). I de utlåtande som testerna resulterar i ska en tydligt uttalad bedömning ingå. Den utvidgade undersökningen ska initieras via en explicit fråga från bedömningsläkaren. I det första begränsade införandet förväntades bara ett begränsat antal fördjupade utredningar ske. Utveckling och prövning av metoder/test har skett parallellt som särskilda utvecklings- och valideringsprojekt. Tidiga signaler från försöken under 2012 i Västra Götalandsregionen och Region Skåne talar för att det finns synpunkter som bör beaktas inför en utvidgning 2013. De handlar bl.a. om önskan om en ökad grad av flexibilitet vid val av test eller kombinationer av tester.

3.6 Utvidgat arbetsterapeutiskt test

Med utgångspunkt i ett antal rekommenderade instrument för arbetsterapeuter (21) valdes *Assessment of Work Performance (AWP)* utifrån att det är ofta använt, täcker väsentliga aktivitetsdimensioner, baseras på observation och bygger på ett profiltänkande som harmonierar med tankarna bakom AFU (22-25). *Worker Role Interview, (WRI)*, som också är vanligt förekommande, valdes bort på grund av att det – liksom AFU i sin helhet - bygger på intervjuer (27) och därför i mindre utsträckning kan förväntas tillföra kompletterade dimensioner⁹. En expertgrupp har utifrån grundverktyget AWP, utvecklat den speciella applikationen AWP-FK. Arbetsterapeuter som använt AWP-FK uppger i en kvalitativ intervjustudie (28) att instrumentet är relevant för både målgruppen och bedömning i förhållande till den reguljära arbetsmarknaden¹⁰. Preliminära iakttagelser från ett vetenskapligt test av hur väl instrumentet identifierar människor med begränsningar från en normalpopulation ger uppmuntrande indikationer (resultaten publiceras under 2013). Utifrån erfarenheter från försöken under 2012 i Västra Götalandsregionen och Region Skåne kan det finnas skäl att söka vägar att med bibehållen kvalitet vidga antalet möjliga test att välja bland.

3.7 Sjukgymnastiskt test

Det vanligast använda sjukgymnastiska testet vid TMU är *The Test Instrument for Profile of Physical Ability (TIPPA)* (29). Det används dock regelmässigt i kombination med olika varierande tillägg. Inom ramen för AFU har ett instrument som inte ska behöva kompletteras därför tagits fram. Ett annat skäl att söka utveckla ett speciellt test för ändamålet är att TIPPA i första hand använts i rehabiliteringssammanhang. Det innebär bl.a. att vikt läggs vid testpersonernas självbild och självförtroende (30). Det nya testet, som är en sammansättning av existerande väl validerade, deltest, har utvärderats och befunnits täcka fler moment och mer specifikt beskriva adekvata begränsningar och förmågor (10). Tidiga signaler från försöken under 2012 i Västra Götalandsregionen och Region Skåne talar för att det finns synpunkter som går ut på att testet bl.a. uppfattats som för omfattande och praktiskt otympligt.

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diarienum
088713-2010

3.8 Testbatteri för utvidgad neuropsykologisk utredning

Det testbatteri som ingick i försöken 2012 var omfattande. Bl.a. ingår de tio ordinarie deltesten ur *Wechsler Adult Intelligence Scale IV (WAIS-IV)*,⁽³¹⁾ ¹¹ *Rey Complex Figure Test (RCFT)*,⁽³²⁾ tre deltest ur *Wechsler Memory Scale III (WMS-III)* (33), samt ett frågeformulär, *Dysexecutive Questionnaire (DEX)*, hämtat från *Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome* (34).

Testerna avser att ge en bild av den testades allmänna begåvning, av inlärnings- och minnesfunktioner, samt i vilken utsträckning personen kan anpassa sitt beteende efter skiftande förutsättningar. De har bedömts ha god reliabilitet (35) och har visats ge likartade resultat vid olika tillfällen¹². Även vad gäller validitet hävdar vidtalade experter att testerna har goda egenskaper. Detta dock under förutsättning att användare har adekvata kunskaper i kognitiv psykologi, neuropsykologi och träning i att använda metoderna (36). Riktlinjer för hur innehållet i utlåtandet ska utformas bör finnas. (37). Tidiga signaler från försöken under 2012 i Västra Götalandsregionen och Region Skåne talar för att testbatteriet kan uppfattas vara för omfattande och inte omfattat vissa väsentliga aspekter och att det är mycket svårt att hantera språkbaserade test med stöd av tolk. Konsekvenser av detta kan bli att en något ”nedbantad” version, som också innehåller test som inte är språkbaserade, tas fram inför en fortsatt utvidgning.

3.9 Förmågeprofil och deskriptorer

En nyhet i AFU är ambitionen att beskriva en individs förmågor i sammanfattande profiler. Profilerna anger bl.a. värden längs en femgradig skala från ingen/betydlig nedsättning till mycket stor/total nedsättning för åtta olika förmågekategorier. Pilotprojektet hösten 2011 visade att *faktorerna fysisk uthållighet* och *psykisk uthållighet* var de faktorer där flest försäkrade hade stora nedsättningar. Nedsättningar av psykisk uthållighet var vanliga i de ärenden där beslutet blev rätt till sjukpenning. Till stöd för bedömningsläkaren vid bestämning av nivå på förmåga har *deskriptorer* utarbetats. Deskriptorerna är viktiga bl.a för reliabiliteten. Om de ger bra vägledning ökar sannolikheten att olika bedömare kommer fram till samma värde. Eftersom förmågekategorierna är ”breda” är deskriptorerna ”breda”. Detta har fördelen att de täcker en större variation av det som undersöks och att en ”falsk exakthet” (av typen ”kan gå 40 meter”, ”kan gå 45 meter”, etc.) undviks, nackdelen är att deskriptorerna genom detta initialt kan vara något svåra att använda. Efterhand bör finjusteringar och kalibreringar kunna minimera detta. Det finns anledning att noga följa upp hur användandet av deskriptorerna upplevts, och hur enhetligheten i bedömningarna fallit ut.

3.10 ICF

International Classification of Function (ICF) är ett internationellt system för bestämning och kategorisering av funktion och funktionsnedsättning (38). Det finns en tendens till att i ökande utsträckning använda systemet i samband med bedömning av arbetsförmåga framförallt i rehabiliteringssammanhang (74). I Sverige introducerades 18 ICF-kategorier i en ny blankett vid bedömning enligt SLU/TMU som också ingår i det ”core set” som tagits fram inom ramen för EUMASS verksamhet (39). En av flera utmaningar i Sverige, liksom i andra

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diarienum
088713-2010

länder, handlar om hur informationen skall *värderas* vid beslut om rätt till förmåner. Särskilt uttalat är detta när prövningen ska ske mot mer subtila begrepp; som exempelvis när prövningen sker mot normalt förekommande arbete.

Lösningen på AFU-arbeten detta har blivit att ta fram bredare förmågekategorier. Dessa kan ses som hopslagna ICF-kategorier. AFU-kategorin ”Fysisk styrka och rörlighet” omfattar exempelvis ICF-kategorier som ”Att gå” och ”Att böja sig” m.fl. Studier av SLU/TMU-utredningar visar på att nedsättningar i dessa ”smalare” ICF-kategorier ofta uppträder samtidigt i kluster som väl motsvarar de bredare AFU-kategorierna. Vinsten med de bredare AFU-kategorierna är bl.a. att de kan relateras till beskrivningar av krav på aktivitetsförmåga som olika yrkesområden ställer. Det är dock angeläget att säkra en koppling till ICF. Både på individuell ärendenivå och på en mer övergripande vetenskaplig nivå. En förändring från det tidiga pilotinförandet 2011 är bl.a. att aktuell bedömningsläkare nu ska ange vilka ICF-kategorier som bedöms vara centrala för en viss förmågebestämning¹³.

3.11 Krav på medicinskt relaterade förmågor i olika yrkesområden.

Inom ramen för arbetet med AFU har ett kunskapsmaterial gällande vilka *krav* på medicinskt relaterade *förmågor* som vanliga arbeten på arbetsmarknaden ställer (40) utvecklats. Detta bl.a. med utgångspunkt i omfattande data från amerikanska arbetsmarknadsdepartementet (41, 42) och i samarbete med bl.a. Arbetsförmedlingen, landets arbets- och miljömedicinska institutioner och ett stort antal företagsläkare. Nivåer för krav har formulerats för samma åtta förmågekategorier som ingår i de profiler som de försäkrades förmågor beskrivs med. Individens värden kan på så sätt relateras till de krav som normalt förekommande arbeten ställer.

Försäkringskassan har under 2012 fortsatt att utveckla materialet. Bl.a. har skrivningar om möjligheter till anpassning utvecklats. Materialet har i förankringssyfte vid olika tillfällen presenterats och diskuterats: bl.a. med representanter för arbetsmarknadens parter och patientföreträdarorganisationer. Tillsammans med Arbetsförmedlingen har en plan för fortsatt validering och förvaltning av kunskapsunderlaget (45) tagits fram.

I övergripande skrivningarna klargörs (bl.a. med beaktande av att företrädare för arbetsmarknadens parter har framfört farhågor om att materialet ska få en för ”fyrkantig” och styrande (75) effekt) att materialet *inte* har någon *självständig juridisk status* och att det ska användas som underlag för bedömning om vad som kan anses vara rimligt och vad som kan anses vara mindre rimligt. Det klargörs bl.a. mycket tydligt att en *individuell bedömning* alltid ska göras. Detta exemplifieras bl.a. med att individer ska ses som försäkrade i ”*befintligt skick*”, exempelvis så att kvarstående begränsningar från tidigare sjukdom/skada i många fall kan spela roll vid en senare bedömning med annan huvudorsak. I skrivningarna klargörs att sjukförsäkringens grund är att bistå med ekonomisk *grundtrygghet* vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller skada och det är därför rimligt att iakttä ett *försiktighetsbaserat* förhållningssätt. De individer som har

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

nedsättningar av ett slag som gör att de inte klarar de *grundläggande krav*¹⁴ som *alla* normalt förekommande arbeten ställer, förutsätts ha så väl dokumenterade begränsningar att de inte blir föremål för AFU. För övriga kan ett *försiktighetsbaserat förhållningssätt* komma till uttryck på flera olika sätt, bl.a:

- Om det när individens förmågeprofil relateras till referensmaterialet visar sig att det i referensmaterialet *inte finns något yrkesområde där mönstret för tolerans överstiger de nedsättningar individens förmågeprofil innehåller* (individens nedsättningar som är större än toleransen) så måste detta beaktas och i *normalfallet* leda till bedömningen att *individens nedsatt arbetsförmåga* i ett normalt på arbetsmarknaden förekommande arbete. Om bedömningen trots detta blir en annan bör detta motiveras.
- När förmågeprofiler faller ut så att det i referensmaterialet endast finns något *enstaka*, eller *ett fåtal yrkesområden*, som individen med *betydande tveksamhet*, och med värden som *systematiskt ligger på maximal tolerans nivå* ("på gränsen"), motsvarar måste detta beaktas och öppet värderas. Vid en "mycket stor", eller *flera "stora"* nedsättningar, i individens förmåga, måste matchningen gentemot referensmaterialet ske med extra försiktighet. Förhållandet måste beaktas och kommenteras.
- Om värdering/analys av sjukdomsbilden ger anledning att anta att förmågeprofilen inte fullt ut lyckas fånga alla nyanser i individens nedsättningar (att profilen därmed uttrycker en förmåga som värderas ligga något i "överkant" snarare än tvärtom) måste detta beaktas.

Initialt var ambitionen att beskriva krav som arbeten på *reguljär arbetsmarknad* ställer. Riksdagen har sedan dess beslutat byta arbetsmarknadsbegrepp till *sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden* (43). Inom ramen för uppdraget har Försäkringskassan också redogjort för vilken betydelse olika arbetsmarknadsbegrepp har i sammanhanget (44). Försäkringskassans bedömning av arbetsförmåga sker längs en glidande skala av anpassning. Bedömning gentemot *ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete* innebär bedömning gentemot arbeten "som innebär krav på normal prestation där ringa eller ingen anpassning kan väntas förekomma". Ett arbete som är "fysiskt lättare, icke ryggbelastande halvtidsarbete med begränsad stressexposition" (76) kräver, enligt en dom i högsta förvaltningsdomstolen, en för hög grad av anpassning för att kunna sägas vara ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Försäkringskassan har sedan begreppet infördes säkerställt att kunskapsunderlaget är förenligt med rättspraxis. Kravnivåerna i materialet bedöms *inte* beskriva anpassade arbeten. Försäkringskassans bedömning är exempelvis att det inte finns några beskrivningar som *samtidigt* uttrycker stor tolerans för förmågor relaterade till fysiska nedsättningar och stor tolerans för förmågor relaterade till mentala funktioner i form av minne, inläring, koncentration, exekutiva funktioner och psykisk uthållighet. Försäkringskassan konstaterar att det referensmaterial som tagits fram väl motsvarar det återinförda arbetsmarknadsbegreppet "normalt på arbetsmarknaden förekommande arbete". Försäkringskassans uppfattning är

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

att det är en begränsad skillnad mellan de två begreppen och att kunskapsunderlagets beskrivningar av krav på medicinskt relaterade förmågor uttrycker de som gäller för ett normalt på arbetsmarknaden förekommande arbete.

3.12 Reliabilitet i beslut utifrån de nya underlagen.

En central ambition med regeringsuppdraget är att öka rättsäkerheten och enhetligheten vid prövning av arbetsförmåga. De uppföljningar som Försäkringskassan gjort talar för att beslutsunderlagens kvalitet ökar avsevärt med AFU jämfört med underlag utan AFU. I en studie där erfarna Försäkringsmedicinska rådgivare bedömt samtliga AFU-ärenden från hösten 2011 med AFU respektive utan AFU var andelen underlag som bedömdes ha "Hög kvalitet" mellan 30 och 40 procent högre med AFU än motsvarande ärende utan AFU (46). Det samma gäller för jämförelser med en framlottad kontrollgrupp.

Underlagens kvalitet är en mycket viktig förutsättning för att Försäkringskassans handläggare ska kunna fatta väl avvägda beslut som på ett bra sätt kan motiveras och förklaras. En utgångspunkt i projektet är dock att insikter i vilken utbildning, kompetensutveckling och instruktioner som behövs hos Försäkringskassans handläggare, för att underlaget ska kunna användas optimalt, är lika angelägna. Ett bra användande av underlaget bör leda till en högre grad av samstämmighet mellan bedömare¹⁵. Graden av reliabilitet avseende beslut fattade med den nya metoden är en faktor som måste följas.

Under hösten 2012 genomfördes ett test där två handläggare vid landets alla LFC (totalt 100 handläggare) valdes ut för att på grundval av anonymiserade beslutsunderlag från det första införandet av AFU under hösten 2011 bedöma ärendena (47). Varje handläggare fick fatta fiktiva beslut i åtta ärenden. Dessa var valda bl.a. utifrån att de representerade olika typer av ärenden och olika typer av utfall. Utfallet antyder att det finns en betydande variation i bedömningarna även när AFU används. Samstämmigheten i besluten varierar utifrån enskilda ärendens karaktär. Resultaten visar att enhetligheten är större när: a) en majoritet av bedömarna anser att rätt till sjukpenning finns, b) när individen saknar anställning (och särskilda skäl inte kan anföras), c) när det inte finns tveksamheter avseende underlagens kvalitet, d) när bedömarna mer tydligt och uttalat tycks ha relaterat underlaget till referensmaterialet avseende yrkesområdets krav på medicinskt relaterade förmågor.

Försäkringskassans slutsats är att behovet av utbildning och kompetenshöjning avseende bedömning och beslutsfattande generellt (inte bara i AFU-sammanhang) är betydande och att oönskad variation kan minskas. Försäkringskassans uppfattning är att AFU ger goda förutsättningar för detta. Den information som krävs för bedömning av om "särskilda skäl" kan vara aktuella (tidsbestämda prognoser etc.) måste så långt det är möjligt finnas med i underlaget, att användandet av det lagutrymmet (se nedan) måste aktualiseras och tydliggöras, samt att underlag med tveksam kvalitet ska kompletteras snarare än användas som "svårvärderade" beslutsunderlag.

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

Bedömningsverktyget, inklusive kunskapsunderlaget avseende yrkesområdets krav på medicinskt relaterade förmågor måste användas. Om det används i enlighet med den försiktighetsprincip som definieras i materialets övergripande skrivningar (och som redovisas i tidigare avsnitt) bör detta leda till ökad enhetlighet.

3.13 Särskilda skäl

Sjukpenning kan beviljas på grundval av ”särskilda skäl”. För detta krävs dels att arbetsförmågan är nedsatt i det arbete individen har, dels att det är stor sannolikhet att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som innan, senast inom 365 dagar från sjukfallets början. Det ska av det medicinska underlaget framgå att det finns en välgrundad anledning för antagandet och en tidplan för när så kan förväntas ske. Det kan till exempel vara fallet när den försäkrade väntar på, eller nyligen har genomgått en operation som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet med stor sannolikhet leder till att arbetsförmågan återställs. Särskilda skäl bör endast beaktas vid tydliga diagnoser. (Vid mer diffusa diagnoser kan det vara svårt att ha en välgrundad uppfattning om att en viss terapi har önskad effekt eller vilket läkningsförlopp som kan förväntas) (48).

Om användande av AFU leder till att arbetsförmåga lättare kan identifieras, och om det i sin tur leder till fler bedöms ha arbetsförmåga i relation till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, så kommer detta ofrånkomligen att leda till att frågor om användande av ”särskilda skäl”, att öka i antal och betydelse. Reliabilitetstestet antyder att användandet av ”särskilda skäl” är en källa till variation. Ambitionen är att AFU-underlaget ska innehålla relevant information för att ge förutsättningar för enhetlighet i dessa bedömningar. Dimensionen har dock inte varit i direkt fokus i utvecklingen av bedömningsverktyget eller i utbildning och information kring det. Kvalitetsvinsterna vid användning av AFU kan antas vara större vad avser information om aktivitetsförmåga än avseende information rörande förutsättningar att återvända i det egna arbetet. Relevant information – medicinsk prognos, förutsättningar för anpassning av individens arbete, individens egen motivation, prognostiserad tidpunkt för återgång – allt det efterfrågas, men uppgifterna tas, och/eller redovisas, inte i adekvat utsträckning. Försäkringskassan måste bli tydligare i sina instruktioner till bedömningsläkarna på den här punkten och handläggare måste tillbakavisa underlag som inte ger adekvat stöd. Uppenbart är också att den information som finns i underlag värderas olika av olika handläggare. Det finns goda skäl att granska och diskutera hur bevekelsegrunderna för detta ser ut.

3.14 Val av ärenden

En central framtida fråga är vilka, och hur många, ärenden som det är meningsfullt att göra AFU i. Försäkringskassans utredningsskyldighet anger att varje ärende ska utredas som dess beskaffenhet kräver. Vare sig mer eller mindre. Men hur klagas ett ärendes beskaffenhet och hur görs värderingen av när beskaffenheten talar för det ena eller det andra. Intervjuer med specialister vid berörda LFC i Region Skåne och Västra Götalandsregionen antyder att man

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariernr
088713-2010

generellt är ovan vid att reflektera över de ärenden som passerar 180 dagar. Intervjuerna antyder att man ofta inte ser detta som ärenden där besluten kan vinna i kvalitet via en fördjupad utredning. Upplevd tidsbrist och val att prioritera andra uppgifter kan spela in. Tidiga signaler från försöken under 2012 i Västra Götalandsregionen och Region Skåne talar dock för att ett flertal långa komplicerade sjukfall, bättre lämpade för TMU, kommit med i urvalet 2012. Att så inte sker måste säkras inför nästa fas 2013.

Fördjupade utredningar görs idag i ett mycket litet antal ärenden inför dag 181. Antaganden om optimal volym/andel är svåra att göra. Inför försöket 2012 togs initiativ till lokala identifikations-/valprocesser vid berörda LFC för att få fram ärenden för AFU. Detta ledde flera fall ledde till att ärenden där rätt till sjukpenning saknades ”upptäcktes”, vilket talar för att förhållningssättet i vissa fall kan vara mer aktivt och reflekterande. De ärenden som berörda handläggare valt för AFU uppvisar ett brett spektrum. Vanliga sjukdomstillstånd är smärttillstånd, utmattningstillstånd, samt funktionspåverkade knän/axlar (vissa yrken) och samsjuklighet. Vanliga kategorier försäkrade är unga med psykiska problem och människor med lång sjukdomshistoria. Man förefaller att delvis ha gått på vad man betecknar som ”magkänsla”. Man har sökt identifiera ”riskärenden”. De intervjuade specialisterna uppskattade ett behov motsvarande ca tio (10) ärenden per LFC och månad (relativt nära tidigare angivna prognoser). Detta kan vara ett lämpligt antal att ha som initial målsättning. En hypotes är att upplevt behov kan öka om handläggare börjar uppfatta att man i vissa fall fatta andra och mer välgrundade beslut med AFU än vad man skulle gjort utan. Detta kan dock antagligen vara svårt att uppfatta. Det handlar förmodligen delvis om synen på det egna arbetet och på hur framgång definieras. Mätbara mål och möjligheter till kvalitetsjämförelser skulle i detta sammanhang vara av stort värde.

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diarienum
088713-2010

4. Införande och implementering av AFU

Det behov av fördjupade medicinska utredningar som i vissa situationer finns har genom åren hanterats på flera mycket olika sätt. Inget av dem har varit utan brister. Dagens system bygger på att samtliga landsting/regioner ansvarar för att ta fram underlag. Försäkringskassan föreslår en utvecklad variant av detta för AFU. Den utvecklade varianten bygger på att vissa landsting/regioner tar ett regionalt ansvar med utgångspunkt i de sjukvårdsregioner som finns. Erfarenheter från de två pilotförsök som hittills genomförts visar att en gradvis implementering i anpassad takt ger möjligheter till uppföljning och justeringar. Erfarenheterna talar också starkt för att grundlig utbildning och kompetenshöjning av bedömare (läkare och andra yrkesgrupper) och Försäkringskassans handläggare är avgörande för att metoden ska användas rätt.

En grundläggande faktor i sammanhanget är relationen mellan den aktör som står för den medicinska *bedömningen* och den aktör som står för de försäkringsmässiga *besluten*. De två har olika kompetenser, ansvar och roller. Ju mer direkt kontroll försäkringsgivaren har över den medicinska bedömaren, ju mer ”användbara”¹⁶ kan bedömningarna förväntas bli, samtidigt som ”användbarheten” är beroende av att bedömaren gjort en autonom värdering, som han eller hon på professionella grunder kan stå för. Graden av *beroende* bedömaren har gentemot försäkringsgivaren torde kunna beskrivas längs en skala där ett rent anställningsförhållande innebär högst beroende och finansiering via upphandlande tredje part (annan aktör än Försäkringskassan) innebär minst beroende. I andra länder beskriver systemen ofta någon form av balans mellan bedömarens autonomi och beställarens kontroll (49). AFU bygger på en tydlig uppdelning (50).¹⁷ Arbetet med att vidareutveckla metoder att bedöma arbetsförmåga har utgått ifrån förutsättningen att bedömarna *inte* ska vara anställda vid Försäkringskassan (1).

Inom ramen för Försäkringskassans, (och tidigare Riksförsäkringsverkets), arbete med fördjupade medicinska utredningar, har sättet utredningarna genomförts på under ett relativt begränsat antal år genomgått betydande förändringar (51-53). Så sent som 1999 hade Riksförsäkringsverket exempelvis egna sjukhus för detta ändamål. Fr.o.m 2010 ansvarar landstingen¹⁸ för att tillhandahålla samtliga de medicinska underlag som Försäkringskassan behöver antingen via anställda läkare/team eller via upphandlade sådana. Detta inkluderar fördjupade medicinska utredningar i form av *Särskilt läkarutlåtande (SLU)* och *Teambaserad medicinsk utredning (TMU)*¹⁹.

Inget av de olika system som prövats har varit utan svagheter.²⁰ Det gäller även det som nu råder²¹. En av tankarna är att det ska medföra ett generellt högre

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diarienum
088713-2010

ansvarstagande för, och en högre kompetens gällande, sjukförsäkringsfrågor²² inom hälso- och sjukvården. Samtliga landsting tycks på ett rimligt tillfredställande sätt ha klarat av uppdraget,²³ men flera representanter uttalar att man upplever att man i princip bara tagit över en upphandlarroll som endast medfört administrativt merarbete²⁴(54-56).

Det är skillnad på rollen som behandlare och rollen som försäkringsmedicinsk bedömare. Den senare rollen kan upplevas som främmande och obekvämt för människor (och därmed även för organisationer) som normalt formar sitt professionella engagemang kring behandlingsrelationer. Värdet med att lyckas integrera en försäkringsmedicinsk specialistkompetens i ett sådant engagemang kan dock antas vara stort. Ett argument för att fortsätta att bygga på ett landstings/regionansvar är att människor har stort förtroende för hälso- och sjukvården; ett annat är tanken att det kan leda till en långsiktig försäkringsmedicinsk kompetensbyggnad. Om man lyckas hitta konstruktiva sätt att förena behandlar- och bedömarrollen skulle detta kunna medföra hög utredningskvalitet och bedömningar som vinner respekt. Det har vidare ett uppenbart värde att kunna utnyttja, och helst vidga, de resurser och den kompetens²⁵ som landstingen omfattar²⁶. De privata aktörer som tidigare bidrog med utredningar förefaller vara en underutnyttjad resurs.

4.1 Prognoser/volymer

AFU är utvecklat med utgångspunkt i existerande utredningsformer (SLU/TMU). Fokus ligger på sjukfall som blir 181 dagar och handlar i första hand om rätt till sjukpenning.²⁷ TMU och till stor del även SLU har i första hand beställts för långa sjukfall (ofta många år) och ofta vid ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning²⁸. Detta innebär att utredningsformerna initialt har delvis *olika* målgrupper. På kort sikt ersätter inte AFU det behov som TMU tillfredsställer. SLU-utredningar bör dock relativt snart kunna ersättas av AFU. AFU:s *psykiatriska intervju* (57) och möjligheterna att använda *neuropsykologiska test* kan förhoppningsvis begränsa den negativa betydelsen av bristen på psykiatriker.

På medellång sikt bör en betydande del av de idag sena bedömningarna ersättas av AFU:s tidigare bedömningar²⁹ och på längre sikt bör utvecklingen gå emot att det bara finnas en utredningsform. Förutsättningar för detta är dock att bedömningsverktyget på olika sätt kompletteras samt att landstingen i god tid involveras i dialog kring de omställningar som kan bli nödvändiga.

Prognoser avseende volymer är mycket osäkra.³⁰ Utvecklingen av sjukpenningfall som blir längre än 180 dagar (62 000 år 2011) har under några år ökat, men förväntas börja sjunka och för kommande år hamna under 60 000 (58). Försäkringskassan har tidigare uppskattat att ca 20 procent av underlagen inför dag 181 inte håller fullgod kvalitet (59). I det första begränsade införande av AFU som gjorts under hösten valde berörda handläggare ut i snitt ca 40 procent av ärendestocken med aktuell tidslängd.³¹ Det skulle tala för ett behov på över 20 000 utredningar. Tidigare erfarenheter visar dock att efterfrågan överskattats³². I den utveckling som skissas nedan når antalet fördjupade

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

utredningar en topp 2015³³ för att därefter börja minska. Uppskattningarna utgår ifrån att ett fullt utbyggt AFU (om och när AFU kan ersätta SLU och TMU) antas ligga på ca 13 - 16 000 utredningar. Beroende bl.a. på upplevd kvalitet hos verktyget, och tidpunkt när AFU är utvecklad för att användas vid exempelvis bedömning av sjukersättning, kan förflyttningen från TMU/SLU gå fortare eller långsammare. En osäkerhet som tydligare måste analyseras är vilka krav de större volymerna skulle ställa på Försäkringskassans kundmötesorganisation.

Tabell 1. Uppskattning av volymer TMU, SLU, AFU

	2013	2014	2015	2016
TMU/SLU	7 000	5 500	4 000	2 000
AFU	1 500	6 000	10 000	12 000
Totalt	8 500	11 500	14 000	14 000

4.2 Utbildning

Försäkringskassan bedriver sedan 2003³⁴ utbildning av SLU-läkare (60). Under åren 2003 till 2008 hölls ca tio femdagarskurser per år och ca 800 läkare utbildades (61). Dåvarande SLU-läkares roll var väsentligt annorlunda än dagens. Även sjukförsäkringens regler var annorlunda. (Ofta handlade det exempelvis om förmåga att utföra arbete hos ordinarie arbetsgivare). Detta avspeglades i utbildningen som bl.a. bestod av utbildning i mötet med patienten. År 2008 tog Försäkringskassan ett mer samlat grepp om utbildningarna (61). Den nya inriktningen hade fokus att försöka bidra till mer standardiserade, mer lika, bedömningar. Antalet kurser (3 till 6 per år) har varit avhängigt efterfrågan. Alla SLU/TMU-behöriga läkare erbjuds nu också en årlig uppföljningsutbildning och från och med 2010 anordnar Försäkringskassan också grundläggande utbildning i försäkringsmedicin för sjukgymnaster, psykologer och arbetsterapeuter.

Hösten 2012 genomfördes fyra två-dagars utbildningar i AFU för SLU/TMU behöriga läkare, arbetsterapeuter, psykologer och sjukgymnaster i Region Skåne och Västra Götalandsregionen. En nyhet mot tidigare var att alla berörda professioner fanns med i samma utbildningsgrupper. Utvärderingar visar att det finns mycket att förbättra både vad gäller utbildningens uppläggning och innehåll, men kursledningens uppfattning är att innovationen med professionsblandade utbildningsgrupper har förutsättningar att falla mycket väl ut.

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

Under ett uppbyggnadsskede kan möjlighet att välja alternativa utbildningsformer för AFU ha ett värde. Försäkringskassan kan se tre alternativ: en påbyggnadsutbildning för redan SLU/TMU-kompetenta (två dagar), en ”grund-AFU-utbildning” (för icke-SLU/TMU-kompetenta) som omfattar tre dagar och består av försäkringsmedicinsk grund³⁵ halva tiden och AFU-utbildning andra hälften, samt en integrerad utbildning där AFU introduceras som en del av de existerande SLU/TMU-utbildningar som genomförs.

Idag finns ca 250 ”behöriga” SLU/TMU-läkare (innebär bl.a. att man fullföljt Försäkringskassans fördjupningsutbildningar) och ca 430 ”behöriga” sjukgymnaster/psykologer/arbetsterapeuter. Hur många som används för utredningar är oklart.³⁶ Den relativa ärendebelastningen samt vad som är optimala nivåer är också oklart. Med ett antagande om att dagens bedömarkår är rimligt väl anpassad för den belastning som finns (ca 6 - 7000 ärenden), och att den befintliga kåren långt ifrån nyttjas fullt ut³⁷ (uppskattningsvis kanske drygt hälften, dvs. ca 130) får vi en ärendebelastning om 30 - 50 ärenden per bedömningsläkare. Med samma belastning skulle 16 000 ärenden (SLU, TMU och AFU) kräva totalt ca 400 aktiva bedömningsläkare. Till detta kommer behov av 100 – 150 vardera av yrkeskategorierna psykolog, arbetsterapeut och sjukgymnast. Hur många av dessa som i praktiken existerar som outnyttjad resurs är oklart.

Ett införande av AFU förutsätter interna utbildningsinsatser för Försäkringskassans handläggare.³⁸ Stor vikt kommer därför att läggas vid utbildning inför implementeringen av AFU³⁹ och utbildningsinsatserna kommer bl.a. att ta sikte på att skapa förståelse för skälen till varför AFU bör beställas i ett ärende, vid vilken typ av ärenden där en AFU bör beställas, hur underlaget ska tolkas, hur en bedömning av arbetsförmåga ska göras och hur underlaget kan användas i den fortsatta handläggningen.

Ett begränsat antal (åtta stycken) *Lokala Försäkringscenter (LFC)* berördes av införandesteg två under hösten 2012. Utbildningsinsatsen riktades i huvudsak till specialister och handläggare (ett trettiotal individer) speciellt utsedda att ansvara för implementeringen inom respektive LFC. De utbildade personerna hade i uppdrag att förmedla informationen vidare på respektive kontor. Under 2013 kommer metoden att implementeras på samtliga LFC, dvs. på ytterligare ca 50 kontor, och de utbildningar som ska genomföras inför ett fullskaligt införande kommer också att involvera ett 70-tal särskilt utsedda handläggare.

4.3 Västra Götaland och Region Skåne hösten 2012

Under våren 2012 gjordes överenskommelser med två regioner – Region Skåne och Västra Götalandsregionen – om att under senhösten 2012 genomföra ett begränsat antal (100 + 100, total 200) aktivitetsförmågeutredningar (62). Det finns flera syften/motiv med försöken 2012. Där syftet med det första införandet i stort sett uteslutande var att säkra kvaliteten i själva metoden och

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariernr
088713-2010

dess användande så ligger fokus i detta andra implementeringssteg lika mycket på administrativa, logistiska och finansiella aspekter⁴⁰. I detta ingår utvecklandet av utbildningsinstatser riktade till bedömare (läkare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, och psykologer) och handläggare, samt att i villkor och system utveckla ett samarbetsklimat som skulle kunna utvecklas i riktning mot en hållbar plattform för en regionalisering av verksamheten.

4.4 Vidgad försöksverksamhet 2013

Försäkringskassans ambition är att försöken med AFU vidgas under 2013. En förutsättning för detta är dels att Region Skåne och Västra Götalandsregionen är villiga att fortsätta försöken i större omfattning under 2013, dels att nya landsting/regioner är villiga att gå in i den utvidgade försöksverksamheten. En utvidgad försöksverksamhet förväntas utgå ifrån överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementet i vilken ersättningsnivåer och finansiering regleras. Medel kan sedan administreras (uppföljning, beräkning och utbetalning) av Försäkringskassan enligt en modell som i stort följer den som gäller för SLU/TMU utifrån de kvalitets- och leveransvillkor som Försäkringskassan och berörda landsting/regioner är överens om. På längre sikt är ambitionen att det ska finnas tillräckligt med landsting/regioner, med tillräckligt stort upptagningsområde och tillräcklig samlad kapacitet, för att motsvara det nationella behovet av fördjupade utredningar. En ambition är de ska sammanfalla med de sjukvårdsregioner som etablerats. Volymen bör anpassas med följsamhet till det individuella landstingets möjligheter till en välbalanserad kapacitetsuppbyggnad. Fortfarande gäller att bedömningar bara kan göras för landstingets/regionens egna invånare. (Först 2014 kan det bli aktuellt med en lagändring som gör att upptagningsområdet kan vidgas).

En av flera kritiska faktorer är vilken belastning som landstingen/regionerna klarar av utan att det inverkar negativt på ordinarie kärnverksamhet. (Ambitionerna i riktning mot en vidgat och fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens är ju det motsatta: att kärnverksamheten ska vinna på en generellt sett effektivare sjukskrivningsprocess). Försäkringskassan ser flera olika tänkbara möjligheter att skapa hållbara strukturer och villkor som klarar förväntade volymer. En sådan möjlighet är att inventera och i nätverk knyta upp de resurser, i form av exempelvis företagsläkare (eller annan kompetens med tidigare erfarenhet av fördjupade utredning som inte är direkt anställd i landstinget/regionen) som finns. Försäkringskassan har tidigare visat att bara en begränsad del av de läkare som genomgått Försäkringskassans tidigare utbildningar använts för SLU/TMU.

Ytterligare en faktor som en utvidgad försöksverksamhet måste adressera är behovet av en effektiv kvalitetssäkring. Försäkringskassan har uppfattningen att kriterier och riktlinjer kring beställningar, leveranstider och liknande bör diskuteras med iakttagande av de praktiska och logistiska förutsättningar som råder. Om det finns rimliga villkor som kan underlätta landstingen/regionernas möjligheter att klara stora volymer och minska de negativa effekterna av

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diarienumr
088713-2010

variationer bör dessa övervägas. Ett område där flexibilitet och tolerans från Försäkringskassans sida däremot inte ska öka, utan snarare minska, är kraven på hög kvalitet i genomförande av AFU och utfärdande av intyg. Metoder och system för att garantera detta måste utvecklas och implementeras. En del av detta kan vara ett "faddersystem" där en bedömares fem första AFU-underlag granskas av en tilldelad försäkringsmedicinsk rådgivare med stor erfarenhet och som ger tydlig och direkt återkoppling.

5. Utvärdering av införandet av nya metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen

Försäkringskassans ambition är att grundligt följa upp, utvärdera och vid behov revidera de nya metoderna och det sätt de används på. Initialt handlar det om att fånga erfarenheter från den försöksverksamhet som startats 2012 och som förväntas utvidgas under 2013. En gradvis utbyggnad, delvis styrd av höga utbildnings- och kompetenskrav på metodens användare, medför att implementeringen antar formen av ett naturligt experiment. Med ökade volymer av AFU kommer analyser av både metodteknisk och försäkringsutfallsmässig karaktär, som i dagsläget inte är möjliga, att kunna göras.

Storskaligt användande av nya metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen kräver mycket resurser och kan få stor betydelse för sjukförsäkringen och för de försäkrade. Ambitionerna är också långtgående. I uppdraget från regeringen talas bl.a. om ökad enhetlighet, ökad rättsäkerhet, och ökad delaktighet bland de försäkrade (1). Det är lätt att argumentera för att detta måste utvärderas brett och med hög vetenskaplig kvalitet. I det följande beskrivs några tankar om vad en sådan utvärdering skulle kunna omfatta: från basala administrativa frågeställningar som hur väl metoderna implementerats, och om hur de rent praktiskt och logistiskt fungerat, till mer svårfångade frågor som handlar om effekter för de försäkrade och för förtroendet för sjukförsäkringen.

5.1 Erfarenheter från Västra Götalandsregionen och Region Skåne

Under hösten 2011 genomfördes ett hundratal AFU:n i de fyra regioner Försäkringskassans verksamhet är indelad i. Uppföljningen av införandet var i första hand orienterad mot att få en bild av hur själva *innehållet* i det nya bedömningsverktyget togs emot och vad det gav för utfall i termer av beslutsunderlagets kvalitet, bedömningsläkarnas förutsättningar för ett effektivt möte, samt de försäkrades upplevelse av bemötandet och beskrivningar av de försäkrades förmågor. Försöket genomfördes styrt och monitorerat från projektledningen vid Försäkringskassans huvudkontor. Själva administrerandet av AFU fick därmed en något artificiell prägel.

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

Hösten 2012 genomfördes ett andra försök i Västra Götaland och Region Skåne. Detta försök var tänkt att mer spegla *de verkliga logistiska förutsättningar* som AFU måste fungera i. Det betyder att intresse ägnades frågor, som enkelt uttryckt, handlade om vad som fungerar bra och vad som fungerar mindre bra när bedömningsverktyget användes i en administrativt komplicerad verklighet. Några av dem är:

- Vilka ärenden har valts för AFU? På vilka grunder? I vilken typ av urvalsprocess? Vilka förändringar av urval och urvalsprocess skulle vara önskvärda?
- Hur har beställningar och beställningsrutiner (tidsramar, information till de försäkrade, språk- och tolkfrågor, avbokningar etc.) fungerat? Hur har kommunikation och dialog mellan Försäkringskassan och bedömare/regionföreträdare fungerat?
- Hur har de olika delmomenten i den grundläggande utredningen fungerat? Har något upplevts ha övervikt respektive undervikt? Har den relativa tidsåtgången varit rimlig?
- Hur har användandet av utvidgad utredning fungerat? På vilka grunder har man valt att använda eller inte använda utvidgad utredning? Hur har de olika ”testpaketen” fungerat praktiskt? Har de haft rätt omfattning? Har de gett tillfredställande information?
- Hur ser man på underlagens kvalitet och användbarhet vid beslut? Hur har behovet av komplettering varit? Hur har det fungerat? Vad ser man för kompetens och utvecklingsbehov?

Projektledningen har under 2012 tillsammans med avdelning Analys och prognos vid Försäkringskassan tagit fram en plan för hur införandet av AFU ska följas upp och utvärderas. Vad gäller införandet hösten 2012 innehåller utkastet till plan en intervjustudie riktad till berörda handläggare vid LFC, berörda bedömande läkare/representanter för andra kompetenser, samt berörda nyckelpersoner i de båda regionerna.

5.2 Försäkringskassans linjeorganisation efter januari 2013

Försäkringskassans avsikt är att snarast ta fram förslag på hur en stabil, långsiktig förvaltningsorganisation för hantering av AFU kan se ut. Samtidigt som AFU så snabbt som möjligt bör bli en etablerad del i det ordinarie arbete vid enheten för försäkringsprocesser, så är inställningen att en särskild uppmärksamhet bör ägnas utveckling av, och de erfarenheter som kan vinnas via, den praktik kring AFU som växer fram. Ambitionen är att kontinuerligt samla information och vid behov justera metoden och dess användande.

5.3 Planering för vetenskaplig utvärdering av AFU

Försäkringskassans ambitioner med utvärderingen har ett kortsiktigt och ett långsiktigt perspektiv. På kort sikt är utvärderingens syfte att ge information som kan användas till att korrigera och utveckla metoden och dess användande.

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

På lite längre sikt – när det bl.a. kan handla om att belysa effekter i termer av upplevd rättssäkerhet och förtroende för sjukförsäkringen – kan det inte uteslutas att utvärderingens resultat kan ge anledning att väcka frågor om metodens grundidé.

Försäkringskassans ambition är att utvärdera AFU så bra som det är möjligt. Önskvärt vore att kunna göra randomiserade kontrollerade studier (och detta bör inte lättvindigt avfärdas) men mycket talar för att det mest realistiska är att i stället dra fördel av att de nya metoderna förväntas implementeras i ett moderat tempo och i vissa geografiska områden före andra. Införandet tar på så sätt formen av ett ”naturligt experiment” som, åtminstone teoretiskt, anvisar möjligheter att studera effekter av AFU i förhållande till övriga 181-dagarsbedömningar. En nationell implementering kan dock knappast ses som ett ”förbehållslös” test. Försäkringskassans uttalade uppfattning är att metoden har betryggande kvaliteter. Det betyder inte att den är perfekt. När användandet nått lite större volymer kommer det att möjliggöra analyser som innan dess inte är möjliga.

5.4 Implementering och försäkringsadministration

Att införa nya metoder tar tid, kostar mycket resurser och går emellanåt inte helt enligt plan. Forskning visar att möjligheterna till att utvärdera nya metoder ofta hämmas av det faktum att metoderna inte använts i avsedd utsträckning och/eller på avsett sätt. Kompetens hos användaren är ofta en absolut förutsättning för att nya metoder ska nå framgång, men forskningen säger att det är ett missförstånd att utbildning *i sig* leder till ett avsett användande (63-65). Många andra faktorer spelar normalt in; faktorer som har med den praktiska vardagen att göra: Upplevd nytta är en sådan faktor, upplevd praktiskt användbarhet en annan.

De vetenskapliga erfarenheter som finns torde i stor utsträckning vara applicerbara på införandet av AFU. Man kan välja att se det på två sätt: Antingen betraktar man implementeringsvillkoren som ”något vid sidan om metoden”, som ”stör” en renodlad utvärdering av dess effekter, eller så kan man välja att se metodens ”implementerbarhet” som en *egenskap* hos metoden. Oavsett vilket är det uppenbart att implementeringen i sig – själva processen och dess resultat - och det faktiska användandet av de nya metoderna noggrant bör följas och analyseras. Moment som handlar om praktiska förutsättningar för acceptabla/oacceptabla underlag, generell kvalitetssäkring, tidsaspekter som har med försäkringsadministrationen att göra, frågor om förutsättning för komplettering av underlag är några exempel på faktorer som inte kan tänkas bort. Praktiska/administrativa villkor sätter i mycket stor utsträckning gränser för vilken kvalitet i underlagen som i slutändan kan förväntas. De förutsättningar som Försäkringskassan har att fatta *beslut med hög kvalitet* ⁴¹ utifrån underlagen har också med administrativa/organisatoriska förhållanden i termer av utbildning, kompetensutveckling och organisationsfrågor att göra.

Olika statistiska uppföljningar av antal, andelar, och typ av ärenden där AFU beställts bör göras. Information om motivering till ärendeval, hur beställningar

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

fungerat, system för kvalitetssäkring, tidsaspekter, kommunikationskanaler etc. bör samlas. Bland bedömarna bör motsvarande data: om beställningar, tidsaspekter, språkproblem, avbokningar, överväganden i samband med utvidgad utredning etc. fångas. Ett syfte är att identifiera problem och initiera lösningar, ett annat är att identifiera faktorer som bidragit till, eller motverkat, att de nya metoderna använts på ett meningsfullt och framgångsrikt sätt

5.5 Försäkringsutfall

Det finns ett naturligt intresse av att undersöka om nya metoder påverkar försäkringsutfallet. Innebär AFU någon skillnad? Blir det med nya metoder fler eller färre som bedöms ha arbetsförmåga? Fler eller färre med sjukpenning på grund av särskilda skäl, etc.? Frågorna är mer komplexa än vad de kan verka. En oförändrad nivå för en *population* kan exempelvis dölja skillnader på *individnivå*. Samma totalantal kan med två olika metoder bedömas ha, respektive inte ha, arbetsförmåga, även om det i de båda fallen inte är samma individer som faller i den ena eller andra kategorin. Utfall i termer av fler eller färre svarar dessutom inte på om det är mer eller mindre "rätt". Utfallen måste värderas i ett sammanhang som kan uppfattas som logiskt och rimligt. *Underlagens kvalitet* och i vilken utsträckning de stöder reliabilitet är ett centralt inslag i en sådan kontext. Om man kan visa att underlagen har bättre kvalitet än tidigare torde detta tala för att ett förändrat utfall gått i riktning mot bättre underbyggda beslut.

Försäkringsutfallet är inte bara komplicerat att värdera. Det är även i högsta grad komplicerat att *mäta*. Vad ska man jämföra med? Hela populationen "ärenden som når 180 dagar" kan inte förutsättas motsvara en AFU-population. Ärenden som är "enkla" att bestämma är uppenbart inte de som i första hand går, eller ska gå, till AFU. En jämförelse med beslut i SLU/TMU-ärenden vore ett alternativ. Problemen med detta är att de endast beställs i begränsad omfattning och inte för en jämförbar population. SLU/TMU-ärendena är ofta långa och komplicerade sjukfall, ofta med ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning med i bilden. En möjlig lösning är att arbeta med *matchade kontroller*. Med hjälp av ärendekaraktäristika väljs jämförelsepopulationer ut. De beslut som fattats för dessa antas vara beslut som skulle ha fattats i AFU-ärenden om AFU inte gjorts. Metodiken kan appliceras på flera sätt: parallellt i landsting/region där AFU inte implementerats och/eller med "historiska" tvillingpopulationer i ett och samma AFU-landsting/region. Med den första varianten görs jämförelsen för enheter som befinner sig i samma "försäkringsmedicinska tidsfas", med den andra varianten kan man kontrollera för eventuella lokala beslutskulturer. Ett annat sätt att närma sig försäkringsutfall i termer av de beslut som fattas är att göra analyser av beslutsmotiveringar och av skrivningar i ärendejournaler. Sådana analyser skulle exempelvis kunna ta fasta på hur olika faktorer i ärendet, och/eller moment i underlaget, värderats, samt om detta förefaller ha påverkats, eller förändrats av det nya verktyget.

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

5.6 Underlagens kvalitet

Uppföljningar av beslutsunderlagens kvalitet är en viktig faktor. Det handlar bl.a. om underlagens rimlighet, trovärdighet, och i vilken utsträckning informationen ger svar på de frågor som är relevanta. Det första införandet, hösten 2011, gav klara indikationer på att kvaliteten var hög och underlagen relativt lättolkade och användbara. De analyser som då gjordes bör upprepas för ett material med större volym. Innehållet i underlagen kan exempelvis kategoriseras utifrån i vilken utsträckning olika moment i underlagen är tydligt uttrycka, väl specificerade, logiskt konsistenta etc. Även mer systematiska jämförelse med TMU/SLU-underlag kan då genomföras.

5.7 Reliabilitet

Interbedömarreliabilitet kan bestämmas dels vad gäller *bedömningsläkarnas bestämning* av de försäkrades värden avseende förmågekategorier utifrån bedömningsmetod, bedömningskategorier, deskriptorer etc., dels vad gäller Försäkringskassans handläggares *beslut*.

I det första fallet – vilken enhetlighet i underlagens innehåll som metoden ger – ligger svårigheten i att en given undersökningssituation är unik. Situationen ”existerar” bara då den sker och det finns normalt ingen möjlighet för någon annan än den aktuella bedömaren att göra bedömningar vars enhetlighet kan testas. Inom ramen för regeringsuppdraget har ett antal av det första införandets undersökningar spelats in på band (efter samtycke av den försäkrade). Dessa inspelningar har transkriberats med förhoppningen att de efter att ha bearbetats vidare kan förhoppningsvis användas för att testa vad olika bedömningsläkare gör för bedömning.

En central ambition med projektet är att öka rätts säkerheten och enhetligheten i Försäkringskassans prövning. En viktig aspekt av detta är att säkerställa god interbedömarreliabilitet vad gäller de *beslut* Försäkringskassan fattar. Ett givet underlag bör i hög utsträckning leda till att olika handläggare kommer fram till samma beslut. (Det finns dock en del metodologiska svårigheter med att testa detta)⁴². Under hösten 2012 genomfördes ett test där två handläggare vid landets samtliga LFC (total 100 handläggare) valts att fatta beslut på grundval av anonymiserade beslutsunderlag från det första införandet av AFU under hösten 2011. Varje handläggare fick i uppdrag att fatta fiktiva beslut i åtta ärenden. Samstämmigheten bland bedömarna (som inte fått utbildning i användandet av AFU) varierade beroende på ärendets karaktär. En sak som ofta skilde bedömarna åt var om prövningen mot ett normalt förekommande arbete borde skjutas upp med hänvisning till särskilda skäl eller inte. Liknande – helst mer omfattande – försök, bör upprepas med handläggare som fått utbildning i AFU.

5.8 Överklaganden och rättelser

Med införande av nya, förhoppningsvis mer transparenta metoder, och med mer välmotiverade beslut, samt (och kanske främst) med en ärligare, öppnare och tydligare dialog i sjukskrivningsprocessens alla led, finns det förutsättningar (åtminstone på sikt) för att andelen försäkrade som uppfattar sig

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diarienum
088713-2010

som orimligt eller orättvist bedömda kan minska. Utvecklingen avseende begäran om omprövning samt överklaganden till förvaltningsrätt och kammarrätt bör därför följas upp och analyseras. Det samma gäller de domar som fattas i ärenden som överklagas. Pekar utvecklingen av ändringar på att Försäkringskassans nya metoder i högre utsträckning leder till beslut som står sig vid en rättslig prövning eller inte? Som vetenskapligt mått kan antal överklaganden vara besvärliga. En högre aktivitetsnivå i termer av en mer *aktiv* prövning kan leda till förändrade försäkringsutfall. Om den mer aktiva prövningen exempelvis går i riktning mot fler indragningar kan detta i sin tur förväntas leda till fler omprövningar och överklaganden. Om detta sker på en solid grund, som kommuniceras på ett bra sätt, kan dock det sambandet försvagas så att den relativa ökningen inte är direkt parallell till ökningen i indragningar.

5.9 Långsiktiga effekter

De långsiktiga effekterna för de människor som kommer i kontakt med sjukförsäkringen tillsammans med det generella förtroendet för sjukförsäkringen och för de aktörer som hanterar den, är det verkligen viktigt med att införa nya metoder. Lyckas man med de nya metoderna bättre bedöma arbetsförmåga. Leder detta i sin tur till att fler människor uppfattar sjukförsäkringen som rimligt, ärligt och begripligt? Bidrar detta till en bättre dialog och i förlängningen till att fler människor lyckas behålla eller återvända i arbete. Lyckas man med de nya metoderna bidra till högre förtroende för sjukförsäkringen och för Försäkringskassan⁴³? Nämnade exempel på frågeställningar är vetenskapligt intressanta, samtidigt som de metodologiska utmaningarna knappast kan överdrivas.

5.10 Utförare och finansiering

Försäkringskassan har inlett planering och förberedelse av kommande uppföljningar och vetenskapliga utvärderingar. I förberedelserna ingår bl.a. åtgärder för att alla AFU-ärenden lätt ska kunna identifieras i Försäkringskassans ärendeflöde. I övrigt inbegriper planen en lång rad aktiviteter: från enkla och kontinuerliga uppföljningar, till mer avancerade vetenskapliga studier som kan förutsätta särskild finansiering. För delar av detta kan det (i första hand av trovärdighetskäl) vara lämpligt att involvera aktörer utanför organisationen. (Ett exempel är att systematiskt fånga de försäkrades upplevelse via ett speciellt utvecklat instrument som samlas av extern oberoende utvärderare).

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diarienum
088713-2010

6. Kontinuerlig utveckling

Försäkringsmedicinsk metodik är bl.a. kopplad till aktuellt regelverk, till relation med partners och till rådande kunskapsnivå. Detta innebär bl.a. att de faktorer metodiken skall harmoniera med ständigt förändras. AFU kan och ska inte ses "färdigt" i och med denna rapport. Uppföljningar av de försäkrades upplevelser och erfarenheter, landstingens erfarenheter av praktisk storskalig användning samt legitimitet och acceptans bland berörda externa intressenter är några exempel på källor som kan föranleda justering och fortsatt utveckling. Av särskild betydelse är intern kvalitetsdiskussion och kvalitetsutveckling.

Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde under utveckling⁴⁴ både internationellt och nationellt. En generell iakttagelse är att ambitioner som har med vetenskaplighet, kvalitet och utfall att göra, kontinuerligt höjs. Detta gäller simultant, och i lika hög grad, både för *metoder* att mäta förmåga och för den försäkringsadministrativa *användningen* av underlag i form av beslut och åtgärder. Frågor om rationalitet när det exempelvis gäller professionell kompetens, administrativ strategi, kundanpassning, och optimala prövningsvolym, utvecklas hand i hand med frågor om mätmetodernas reliabilitet, validitet och legitimitet. Försäkringskassans uppfattning är att de erfarenheter som görs – inom arbetet med AFU och inom andra motsvarande initiativ – bör ses som led i en *pågående* kvalitets- och kunskapsutveckling. Fokus bör ligga på att identifiera svagheter i tidigare och kommande processer. Exempel på till stora delar utvecklade kunskapsområden är: kriterier för val av ärenden, strategier för effektiv dialog med de försäkrade, användning av, och referens till, olika kunskapsunderlag.

Handläggares kompetens att använda tillgängliga metoder för arbetsförmågebedömning har, bl.a. i Norge (66) och i andra länder (72), visats ha avgörande betydelse för kvaliteten i handläggningen. Det finns ingen anledning att anta att det inte gäller även i Sverige. Ett utforskat kunskapsområde, som aktualiserats inom ramen för arbetet med AFU, är hur själva *beslutsprocessen*, det sätt – med vilka resonemang och överväganden – som individuella handläggare kommer fram till beslut. De tankar som väckts handlar om att man tidigare kanske för ensidigt betonat betydelsen av beslutsunderlagets kvalitet och delvis därför kanske inte i tillräcklig utsträckning uppmärksammat betydelsen av att definiera och diskutera hur man på bästa sätt utnyttjar det bedömningsutrymme som finns.

En hypotes är att det finns en viss legitim variation, och att det därför kan begränsa tanken fel att uteslutande utgå ifrån föreställningar om "korrekta beslut". Det kan finnas ett värde i att dessutom tala om beslut med *hög kvalitet*. En intern process skulle kunna omfatta frågor som exempelvis: vad är underlag med acceptabel kvalitet, hur bör tydliga resonemang baserade på rimlighet, logisk konsistens, och påvisbara referenser se ut, vilka hänsyn till ärendens individuella prägel kan vara aktuella, samt hur kan man säkra att bedömningen går att förklara och motivera på ett tydligt och begripligt sätt. Det tredje momentet – det som handlar om att varje bedömning skall göras på individuell

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diarienum
088713-2010

basis - förefaller vara det som det i dagsläget finns minst vägledning eller stöd för. Detta kan ses som "naturligt". Hur man med receptivitet för nyanser värderar olika helt unika situationer låter sig svårligen formuleras i generella vägledningar. En uppföljning (47) av hur AFU-underlag kan användas för beslut visade att variationen i besluten inte är obetydlig och att en stor del av den variation som finns handlar om användandet av "särskilda skäl" som grund för att skjuta upp prövning gentemot ett normalt förekommande arbete. Överväganden av det slaget omfattar värdering av anpassningsmöjligheter på individens arbetsplats, prognos för det aktuella tillståndet, samt individen motivation att ta sig tillbaka till sitt arbete. Det förefaller i vissa fall handla om överväganden, inte om arbetsförmåga i ett normalt förekommande arbete finns, utan när *lämplig tidpunkt* för detta ställningstagande föreligger. Det tycks i vissa fall finnas en förhoppning om att kunna undvika ett mer definitivt ställningstagande.

Ett första steg i riktning mot att definiera och bringa reda i eventuella oklarheter, borde vara att fånga och beskriva den faktiska handläggningen; att på lämpligt sätt ta reda på hur handläggare värderar olika situationer. Syftet med en sådan inventering skulle vara att fram en bild av de mer eller mindre explicita, tankemönster som finns; att identifiera välfungerande sådana, men också att identifiera och motverka eventuella svagheter. Detta är dock inget statistiskt. Arbetsätt anpassas till nya förutsättningar. Det kommer att ta tid innan alla handläggare lärt sig utnyttja AUF:s möjligheter optimalt. Det finns därför anledning att följa och dra lärdom av hur praktiken utvecklas över tid.

6.1 Försäkringskassans samarbetspartners

Metoder för bedömning av arbetsförmåga är delar av en komplex process; en process som innehåller allt ifrån en omfattande administration av ett mycket stort antal ärenden med tillfällig kompensation för inkomstbortfall, till omfattande prövningar av arbetsförmåga. I den processen finns olika former av rehabiliterings- och samverkansinsatser. En speciellt viktig partner är Arbetsförmedlingen. Tidig gemensam kartläggning är ett exempel där arbetsätt kommer att etableras och utvecklas framöver. Detta betyder bl.a. att AFU och referensmaterialet rörande krav på medicinskt relaterade förmågor kan komma att användas på fler och nya sätt. Försäkringskassan är inställd på att de erfarenheter som då dras på att detta kan leda till behov av ytterligare utveckling av metoden.

6.2 Legitimitet och förankring

Införandet av nya metoder för bedömning av arbetsförmåga är en viktig förändring: både för individer och för sjukförsäkringen. För att nå önskat resultat gäller en rad förutsättningar. Centralt är att det finns bred acceptans för metoderna bland berörda aktörer och intressenter. Antagandet utgår bl.a. ifrån tanken att en bred legitimitet bidrar till tryggare användande av tillgängliga metoder hos Försäkringskassans handläggare. Detta kan förväntas motverka både byråkratisk "fyrkantighet" och omedvetna eller medvetna val att undvika att fatta svåra, och för enskilda individer, potentiellt obekväma eller oroande beslut.

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

Tryggheten i användandet av tillgängliga metoder understöds eller motverkas beroende av andra aktörers hållning till metoder och regler. De som omfattas av försäkringen, och som ska ha hjälp och stöd av den vid sjukdom eller skada, är naturligtvis den viktigaste intressentgruppen. Den är dock uppenbart så heterogen att den knappast kan sägas omfatta någon meningsfull konsensus. De specifika erfarenheter, som de försäkrade som redan drabbats av sjukdom eller skada kan bidra med, är tveklöst av stort värde; men de representerar bara ett av flera perspektiv. Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen och svensk hälso- och sjukvård är direkta medaktörer i sjukskrivningsprocessen. De har också aktivt deltagit i själva utvecklingen av AFU. Ett stort inflytande har även olika organisationer med praktisk och/eller vetenskaplig sakkunskap – som SBU, KI, SKL etc. – haft. Arbetsmarknadens parter är också viktiga aktörer. Inte minst gäller det vid prövning av arbetsförmåga från och med dag 181. Den prövningen utgår ifrån en ”vanlig” arbetsmarknad vilket betyder att arbetsmarknadsbegreppet, (dess definition, operationalisering och användande) har stor betydelse. Om det referensmaterial som Försäkringskassan arbetet fram ska bidra till en sjukförsäkring med högre kvalitet, krävs det att det har en hög legitimitet. Det betyder bl.a. att arbetsmarknadens parter uppfattar materialet som rimliga och meningsfulla.

Försäkringskassan har på olika sätt försökt att förankra de nya metoderna. Projektledningen har bl.a. deltagit i en lång rad olika sammankomster där arbetsförmågebedömning varit en del av agendan och projektet har försökt inta en öppen och transparent hållning gentemot media. Mer riktat har Försäkringskassan vid två tillfällen bjudit in företrädare för olika patientorganisationer till seminarium om de nya metoderna. Försäkringskassan har vid två tillfällen också bjudit in fackliga företrädare och projektledningen har deltagit i olika typer av möten anordnade av arbetsgivarorganisation och fackliga organisationer.

Företrädare för arbetsmarknadens parter har visat arbetet stort intresse. Försäkringskassan uppfattar att man är positiv till ambitionen att utveckla nya metoder baserade på bl.a. större tydlighet och individens delaktighet. Försäkringskassans bild är också att man i stort är positiv till tanken bakom, och det konkreta resultatet av, utvecklandet av ett kunskapsunderlag avseende arbetsmarknadens krav. De invändningar eller frågetecken som finns handlar i första hand om hur det är tänkt att materialet ska *användas*: som ett *stöd* eller som en mer *styrande* mekanism som riskerar att urholka principen om individuell bedömning. Inom ramen för arbetet med referensmaterialet har ett antal övergripande skrivningar som tydligt klargör den roll materialet är tänkt att spela i prövning av arbetsförmåga, utvecklats.

6.3 Mål och kvalitetssäkring

Försäkringskassan har en ”låg och jämn nivå” som mål för utveckling på sjukpenningområdet. Ett lättfattligt verksövergripande mål, som ska kunna kommuniceras i många olika sammanhang, kan förmodligen inte vara mer specifikt än så. Arbetet med regeringsuppdraget har dock väckt tankar som

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

säger att en mer kvalitetsfylld hantering av sjukskrivningsprocessen i vissa lägen skulle vara betjänt av andra, mer specifika målbilder. Kvalitetsambitioner uttryckta i operationella och mätbara verksamhetsmål på andra nivåer än det enskilda ärendets eller den enskilda handläggarens skulle kunna ha stort värde. Om enskilda handläggares fokus uteslutande riktas mot det enskilda ärendet, och om ”upplevd kvalitet” tenderar att bli liktydigt med att inte bli ifrågasatt, eller inte få egna beslut omprövade, finns risker för kvalitetsanspråk på en för låg nivå. Det upplevda värdet av att skaffa bättre beslutsunderlag via en fördjupat medicinsk utredning kan då lätt uppfattas som begränsat. Ett förslag för att bryta eventuella tendenser av det slaget är att operationella och mätbara mål på enhets- lokalkontors- eller regionnivå diskuteras och utarbetas. Värdet av att kunna jämföra skillnader i måluppfyllelse mellan olika LFC (och på sikt utvecklandet av nationell standards) skulle antagligen vara betydande. Det ligger utanför ramen för den här utredningen att försöka säga något om vad sådana mål konkret skulle kunna handla om. Uppgiften är grannlaga och kan förutsättas kräva en bred intern analys och beredning.

9. Referenser

- (1) Socialdepartementet 2010, *Uppdrag att vidareutveckla metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga.*
- (2) Arbetsförmedlingen & Försäkringskassan, 2012, *Rehabiliteringsinsatser i samarbete – Plan för uppdragets genomförande*
- (3) Arbetsförmedlingen & Försäkringskassan, 2012, *Sjukskrivnas återgång i arbete. Samverkan mellan AF och FK, 2011.*
- (4) Försäkringskassan, 2011, *Sjukfall om minst 180 dagar – registeranalys och prognostisering av sjukfall som påbörjats under januari – juni 2010.*
- (5) Försäkringskassan, 2011, *Arbetslivsintroduktion – Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens rutiner och samarbete före, under och efter*
- (6) Arbetsförmedlingen, 2012, *Tidiga och aktiva insatser för sjukskrivnas återgång i arbete, Arbetsförmedlingens återrapportering*
- (7) Försäkringskassan, 2012, *Nya fakta om dem som lämnat sjukförsäkringen, Pressmeddelande.*
- (8) Arbetsförmedlingen & Försäkringskassan, 2012, *Sjukskrivnas återgång i arbete. Samverkan mellan AF och FK, 2011.*
- (9) Försäkringskassan, 2012, Domsnytt 2012:090
- (10) Parlamentariska Socialförsäkringsutredningen, 2011, *En socialförsäkring för alla. Handikappförbunden förslag till en hållbar socialförsäkring. (S2010:04)*
- (11) Försäkringskassan, 2010, *Metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – delrapport I.*
- (12) Försäkringskassan, 2011, *Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – delrapport II,*
- (13) Försäkringskassan, 2012, *Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – delrapport III,*
- (14) Arbetsförmågeutredningen, 2008, *Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder, SOU 2008:66*
- (15) Försäkringskassan, 2009, *Historik FAP*, av Jan Franzén, Bilaga i opublicerat PM.
- (16) NAV, 2011, *Egenvärdering og arbeidsevnevurdering – hva mener brukarne?*
- (16 B) Australian Government, 2008, *Job Capacity Assessment Review, Summary Paper.*

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diarienum
088713-2010

- (17) Försäkringskassan, 2012, *Manual för genomförande av aktivitetsförmågeutredningar, AFU*. Version 4.1.
- (18) Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2011, *Om psykiatrisk diagnos och behandling – En sammanställning av systematiska litteraturöversikter*
- (19) Försäkringskassan, 2011, *PM gällande instrument som används inom ramen för TMU*.
- (20) Försäkringskassan, 2012, *Utvidgad undersökning inom ramen för aktivitetsförmågebedömning – Manual för psykologisk, arbetsterapeutisk och sjukgymnastisk undersökning*.
- (21) Haglund L, mfl 2011, *Rekommendationer gällande instrument för arbetsterapeuter vid bedömning av medicinska förutsättningar för arbete inom ramen för Försäkringskassans nya bedömningsverktyg, ISV, Linköpings Universitet*
- (22) Sandqvist J, Edström E, 2011, *Manual för användning av bedömningsinstrumentet Assessment of Work Performance (AWP) vid arbetsterapeutisk kompletterande undersökning av medicinska förutsättningar för arbete: AWP-FK version 1*.
- (23) Johansson E & Hildebrand A-M, 2012, *Initial Evaluation of Content Validity and Utility of the Instrument Assessment of Work Performance - Försäkringskassan (AWP-FK)*
- (24) Sandqvist J, 2007, *Development and Evaluation of Validity and Utility of the Instrument Assessment of Work Performance (AWP)*, Universitetet i Linköping
- (25) Sandqvist J, mfl, 2009, *Construct Validity of the Assessment of Work Performance*, Work, Vol 32, no 2, ppt 211-218
- (26) Hildebrand A-M, & Johansson E, 2012, *Initial prövning av innehållsvaliditet och användbarhet för bedömningsinstrumentet Assessment of Work Performance – Försäkringskassan (AWP-FK)*. Linköpings universitet.
- (27) Ekbladh E, mfl, 2007, *Översättning och bearbetning av: The worker role interview*, Linköpings universitet
- (28) Knutsson C, 2012, *Utvärdering av testinstrumentet "Kompletterande sjukgymnastisk utredning"*
- (29) Misshagi-Wedefalk M, m.fl, 2004, *Test Instrument for Profile of Physical Ability = TIPPA - Ett testbatteri för kartläggning och bedömning av fysisk förmåga avsett för patienter med långvarig muskuloskeletal värk*. Nordisk fysioterapi 2004;8:74-83.
- (30) Missahi-Wedenfalk M, mfl, 2012, *Further metodological development of the Test Instrument for Profile of Physical Ability (TIPPA) designed for patients with long-term musculoskeletal pain*, *Advances In Physiotherapy*, 2012;14:97-106
- (31) Meyers JE, Meyers KR (1995). *Rey Complex Figure Test and Recognition Trial*. Andra svenska upplagan 2012. Hogrefe Psykologiförlaget.
- (32) Wechsler D (2008) *Wechsler Adult Intelligence Scale*, Fourth edition (WAIS-IV). På svenska 2010. Pearson Assessment.
- (33) Wechsler D (2008). *Wechsler Memory Scale – fourth edition*. Pearson Assessment.
- (34) Wilson BA., Alderman N., Burgess PW., Emslie H., Evans JJ. (1996). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome*. På svenska 1999. Pearson Assessment.
- (35) Lezak MD, Howieson DB, Bigler ED, Tranel D (2012). *Neuropsychological Assessment*, 5th ed. Oxford University Press.
- (36) International Test Commission (ITC) (2000). *International Guidelines for Test Use*.
- (37) Selander UB, Nyman H (2011). *Psykologutlåtanden och intyg*. Andra upplagan. Studentlitteratur

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

- (38) Pless M, & Granlund M, (red), 2011, *Handbok i att använda ICF och Icf-CY*, Studentlitteratur, Lund
- (39) Brage S, mfl, 2008, *Development of ICF core set for disability evaluation in social security*, Disability and Rehabilitation, 2008;30 (18): 1392-1396 (8)
- (40) Försäkringskassan, 2011, *Referensmaterial vid bedömning av arbetsförmåga*, Arbetsversion 1
- (41) *Dictionary of Occupational titles*, www.oalj.dol.gov/lidot.htm
- (42) www.onetonline.org/
- (43) Socialdepartementet, 2012, *Ett återinförande av begreppet normalt förekommande arbete*. Prop. 2011/12:113
- (44) Försäkringskassan, 2012, *Arbetsmarknadsbegrepp och arbetsförmågebedömning – redovisning av ett regeringsuppdrag*.
- (45) Arbetsförmedlingen & Försäkringskassan, 2012, *Underlag för överenskommelse mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan om utveckling och förvaltning av referensmaterial gällande krav på medicinskt relaterade förmågor i olika yrkesområden på svensk arbetsmarknad*.
- (46) Försäkringskassan, 2012, *Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – Arbetsmaterial gällande underlag och beslut i det begränsade införandet 2011*.
- (47) Försäkringskassan, 2012, Arbetsmaterial, underlag till slutrapport
- (48) Socialdepartementet, 2007, *En reformerad sjukskrivningsprocess*, (Prop. 2007/08:136, s. 68 och 69) (prop. 2007/08:136, s. 69). (metodstöd i avsnitt 10.9.3.)
- (49) Brage S, 2010, *Legers rolle ved tilddeling av utforepensjon i fem europeiske land*, Rapport till Arbetidsdepartementet
- (50) Försäkringskassan, 2012, *Införande och implementering av nytt verktyg för bedömning av arbetsförmåga – delrapport 4*.
- (51) Socialdepartementet, 1997, *Försäkringsmedicinskt Centrum*, SOU 1997:169
- (52) Socialdepartementet, 2000, *Försäkringsmedicinskt centrum utredningar i socialförsäkringens tjänst*, SOU 2000:5
- (53) Försäkringskassan, 2011, *Försäkringskassan överlåter Försäkringsmedicinskt centrum till Manpower Hälsopartner AB*, Pressmeddelande, 2007-08-17.
- (54) Sveriges Kommuner och Landsting, 2012, *Opublicerad kartläggning av landstingen och SLU/TMU*.
- (55) Sveriges Kommuner och Landsting & Försäkringskassan, 2012, *Sammanställning av enkät om landstingens arbete med fördjupade medicinska utredningar*, PM
- (56) Inspektionen för Socialförsäkringen, 2011, *Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010*.
- (57) Sheehan DV. mfl. 1997, *The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability*, European Psychiatry, Vol. 12, Issue 5, 1997, Pages 232-241
- (58) Försäkringskassan, 2011, *Prognos för ärendevolymen inom socialförsäkringen 2011-2016*, avdelningen för Analys och Prognos ansvarsområde.
- (59) Försäkringskassan, 2012, *Handläggning och bedömning av anställda sjukskrivna som passerar 180 dagars sjukskrivning*. Redovisning av regeringsuppdrag” dnr 002587-2012
- (60) Socialdepartementet 2003, *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet*. Prop 2002/03:89
- (61) Försäkringskassan, 2008, *Förstudie – Försäkringskassans engagemang i extern utbildning i försäkringsmedicin*,
- (62) Försäkringskassan, Västra Götalandsregionen och Region Skåne, 2012, *Överenskommelse mellan Försäkringskassan och VG-region/Region Skåne om utförande av Aktivitetsförmågeutredningar (AFU)*

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

- (63) Durlak, J.A.& DuPre, E.P (2008) *Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation*. Am J Community Psychol. 41, 327-350
- (64) Damschroder, L. mfl (2009), *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*. Implementation science, 4, doi:10.1186/1748-5908-4-
- (65) Fixsen D.L., mfl, (2001). *In search of program implementation: 792 replications of the Teaching-Family Model*. In G.A. Bernfald mfl., (Eds.) *Offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programs* (pp.149-166). London: Wiley
- (66) Proba Samfunnsanalyse, 2011, *Arbeidsevnevurdering i NAV*, Evalueringsrapport utarbeidet for Arbeids- og velferdsdirektoratet
- (67) Engström P, mfl, 2012, *Early interventions and disability insurance: experience from a field experiment*, IFAU, Working Paper 2012:9
- (68) Försäkringskassan, 2012, *Arbetsgivares kunskap om.....*
- (69) Försäkringskassan, 2005, *SLU-Försäkringskassans metodundersökning 2004*, Försäkringskassan analyserar 2005:15
- (70) Försäkringskassan, 2009, *Uppföljning av Pilas verksamhet på riksnivå*. Socialförsäkringsrapport 2009:6
- (71) Socialstyrelsen, 2007, *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning*
- (72) Jackson, W, 2009, *Strategic Review of Job Capacity Assessments program – Report to the Australian Government*
- (73) Försäkringskassan, 2012, *Handläggning och bedömning av anställda sjukskrivna som passerar 180 dagars sjukskrivning*. Redovisning av regeringsuppdrag. Dnr 002587-2012
- (74) Finger ME, mfl, 2012, *ICF Core set for vocational rehabilitation: results of an international conference*, Disability and rehabilitation 2012:34(5) 429-438
- Konradsdottir, ÁD, 2011, *Workability assessment – description and evaluation of a new tool in vocational rehabilitation and disability claims*,
- (75) LO-TCO Rättsskydd AB, 2012, *Ett realistiskt individ- och arbetsmarknadsbegrepp i sjukförsäkringen*.
- (76) RÅ 2008, ref 15

10. Experter i arbetsgrupper, referensgrupp, styrgrupp

Allan Toomingas, docent och läkare, institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet
Anahita Keloushani, läkare, Arbets- och miljömedicinska kliniken Universitetssjukhuset Örebro
Anna Ericsson, utredare, Socialstyrelsen
Anna Sjögren, försäkringsmedicinsk rådgivare, Försäkringskassan
Anna-Karin Lindgren, Arbetsförmedlingen
Anna-Karin Åkesson, hälso- och sjukvårstrateg, leg. Arbetsterapeut, Region Skåne
Annica Knekthage, specialist, Försäkringskassan
Anita Holmgren, försäkringsmedicinsk rådgivare,

Inga-Märta Larsson, Arbetsförmedlingen
Inger Beilert, Arbetsförmedlingen
Ingrid Ekhammer, Arbetsförmedlingen, Avdelningen Rehabilitering till arbete, Strategienheten
Jan Franzén, försäkringsmedicinsk rådgivare, Försäkringskassan
Jan Holmgren, försäkringsmedicinsk rådgivare, Försäkringskassan
Jan Sandqvist, Universitetslektor, Linköpings universitet
Jan Weibring, Försäkringsmedicinsk koordinator, Försäkringskassan
Jenny Gaudio, rättslig expert, Försäkringskassan
Jenny Gremark-Simonsen, leg. sjukgymnast /belastningsergonom, Arbets- och miljömedicin, Lund

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariernr
088713-2010

Försäkringskassan
Antonia Jacobaeus, företagsläkare
Artur Tenenbaum, företagsläkare, enhetchef, Hälsan och Arbetslivet, Hälsan och stressmedicin, Västra Götaland
Bengt Borssén, försäkringsmedicinsk rådgivare, Försäkringskassan
Berndt Karlsson, överläkare, med dr., forskare/lärare inom försäkringsmedicin, Arbets- och beteendemedicinskt centrum, Norrlands universitetssjukhus
Bo Hallqvist, försäkringsmedicinsk rådgivare, Försäkringskassan
Birgitta Grahn, Sjukgymnasternas Riksförbund
Birgitta Gottfries Dahlberg, företagsläkare
Blenda Isaksson Mettävainio, arbetsterapeut Arbetsförmedlingen
Britt-Marie Trygg, Arbetsförmedlingen
Catharina Boberg, sjukgymnast
Carl Åborg, psykolog, docent, institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet
Carsten Köneke, företagsläkare
Cecilia Udin, Försäkringskassan
Christer Knutsson, agronom/leg. Sjukgymnast, Hälsan och Arbetslivet, Västra Götaland
Christin Hugosson, försäkringsmedicinsk rådgivare, Försäkringskassan
Christina Ahlgren, universitetslektor, samhällsmedicin och rehabilitering, Umeå universitet
Christina Åkerstedt, Försäkringskassan
Elin Ekbladh, universitetslektor, arbetsterapeut, Linköpings universitet
Eva Dahl, Arbetsförmedlingen
Ewa Gustafsson, ergonom, arbets- och miljömedicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
Eva Holm, försäkringsmedicinsk rådgivare, Försäkringskassan
Ewa Sylwander, Försäkringskassan
Gert Lindenger, försäkringsmedicinsk rådgivare, Försäkringskassan
Gunilla Grip, Arbetsförmedlingen
Gunilla Hellberg-Edström, leg. psykolog, Arbetsförmedlingen
Gunilla Edlund, företagsläkare, Previa
Hans Goine, Försäkringskassan
Hans- Christian Östgaard, överläkare, docent, Ortopediska kliniken, Mölndal
Håkan Nyman, neuropsykolog
Ingemar Peterson, professor, director Epi-centrum, Skånes Universitetssjukhus, Lund

Jenny Nybom, fil dr, expert bedömningsinstrument, Socialstyrelsen
Johanna Odelmark, Försäkringskassan
Katarina Kjellberg, läkare och ergonom, arbets- och miljömedicin, Karolinska institutet
Katharina Stibrant Sunnerhagen, professor, läkare, institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Sahlgrenska
Katrín Kraus, Försäkringskassan
Kerstin Mattsson, försäkringsmedicinsk rådgivare, Försäkringskassan
Kerstin Marinko, företagsläkare
Kristina Haara, distriktsläkare, Vårdcentralen Linero/Östra Torn
Lena Haglund, ordförande Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
Lars Backlund, distriktsläkare
Lars Gerhardsson, universitetssjukhusöverläkare, professor, institutionen för medicin, Sahlgrenska Akademien
Malin Victorin, företagsläkare, Previa Lund
Margareta Brodin, företagsläkare
Margareta Torgén, överläkare, Akademiska Sjukhuset, Uppsala
Margaretha Voss, Analys och Prognos, Försäkringskassan
Marie Åsberg, professor emerita, överläkare vid psykiatriska kliniken, Karolinska sjukhuset
Martina Wejdrup, specialist, Försäkringskassan
Mats Hagberg, professor, överläkare Arbets- och miljömedicin, Sahlgrenska Akademien
Mats Haglund, försäkringsmedicinsk rådgivare, Försäkringskassan
Michael McKeogh, företagsläkare, medicinskt ledningsansvarig, Feelgood
Monica Lindholm, MD, specialist i allmänmedicin
Paul Eliasson, ortoped
Per Sellius, psykolog
Per-Erik Bengtsson, försäkringsanalys, Försäkringskassan
Per-Åke Andersson, försäkringsmedicinsk rådgivare, Försäkringskassan
Pernilla Keinestam, jurist, Försäkringskassan
Peter Andrén, verksamhetsområdeschef, Försäkringskassan
Peter J.M. Westerholm, professor emeritus, Arbets- och miljömedicin, Akademiska sjukhuset Uppsala
Rikard Viberg, distriktsläkare, Hässelby vårdcentral
Roland Morgell, läkare, Jordbro vårdcentral
Samy Hellerstedt, försäkringsmedicinsk rådgivare, Försäkringskassan
Therese Ljungqvist, med dr, leg. sjukgymnast, Karolinska Institutet
Tom Grape, distriktsläkare, Norrtälje Södra vårdcentral/StressRehab
Tommy Elfstrand, försäkringsmedicinsk rådgivare, Försäkringskassan
Torbjörn Wass, Avdelningen Rehabilitering till arbete, Strategienheten, Arbetsförmedlingen
Urban Svensson, företagsläkare, medicinskt ledningsansvarig, Previa
Åsa Nilsson försäkringsmedicinsk rådgivare, Försäkringskassan

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariernr
088713-2010

Referensgrupp

Annie Hansen Falkdal, SKL – Sveriges Kommuner och Landsting
Birgitta Grahn, Sjukgymnasternas Riksförbund
Charlotte Hall, SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering
Kristina Alexanderson, professor sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet
Lars Englund, chefsläkare, sjukskrivningsforskare, utsedd av Svenska läkaresällskapet
Lena Haglund, ordförande Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
Ove Andersson, ordförande Svenska distriktsläkarföreningen, andre vice ordförande Sveriges läkarförbund
Susanne Asplund Johansson, Sveriges läkarförbund
Anders Wahlberg, förste vice ordförande Sveriges Psykologförbund

Styrgrupp

Birgitta Målsäter, Försäkringsdirektör, Försäkringskassan
Anna Östbom, SKL – Sveriges Kommuner och Landsting
Knut Sundell, Socialråd, Socialstyrelsen
Pia Ackmark, Enhetschef, Arbetsförmedlingen
Svante Borg, Försäkringsdirektör, Försäkringskassan
Ulrika Persson, Verksamhetsområdeschef, Försäkringskassan
Therese Karlberg, Verksamhetsområdeschef, Försäkringskassan

Projektledning

Jan Larsson, projektledare
Sofie Östling
Andreas Larsson
Torgny Andersen
Daniel Nilsson

Bilaga 1. Medicinska förutsättningar för arbete

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariernr
088713-2010

0771-17 90 00
www.forsakringskassan.se

Medicinska förutsättningar för arbete
Den försäkrades syn på möjligheter till arbete

Personnummer

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Den försäkrade

Den försäkrade ska styrka sin identitet genom
legitimation med foto (SOSFS 2000:29)

Förmann och efternamn	Personnummer (12 siffror)
-----------------------	---------------------------

2. Dokumentation eller utredningar som ligger till grund för bedömningen

Dokumentation som ligger till grund för bedömningen

Utvidgad undersökning har genomförts

Ange typ av utvidgad undersökning samt namn och profession på den som genomfört undersökningen

3. Sjukdomsbild
3.1. Diagnos, observerat status, funktionsnedsättningar, medicinsk prognos för funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar samt behandling/rehabilitering

Diagnoser enligt befintliga intyg	Diagnoskod enligt ICD-10 (Huvuddiagnos först) Minst tre positioner
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnoser utifrån nu utförd undersökning	Diagnoskod enligt ICD-10 (Huvuddiagnos först) Minst tre positioner
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>
Kommentar	<input type="text"/>
Observerat status	<input type="text"/>

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariernr
088713-2010

Funktionsnedsättningar

Medicinsk prognos för funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsningar

Pågående behandling och rehabilitering

3.2. Referens till Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

Överensstämmer funktionsnedsättning och prognos för huvuddiagnosen med angivelseerna i Försäkringsmedicinskt beslutsstöd?

Ja Nej

Kommentar

3.3. Förmåga till aktiviteter i dagligt liv

Bedömning av den försäkrades förmåga till aktiviteter i sitt dagliga liv

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

4. Aktivitetsförmågeprofil

4.1. Förmågor relaterade till fysisk funktion

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till styrka och rörlighet
<input type="checkbox"/> (0) ingen/obetydlig <input type="checkbox"/> (1) lätt <input type="checkbox"/> (2) måttlig <input type="checkbox"/> (3) stor <input type="checkbox"/> (4) mycket stor/total begränsning
Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till fysisk uthållighet
<input type="checkbox"/> (0) ingen/obetydlig <input type="checkbox"/> (1) lätt <input type="checkbox"/> (2) måttlig <input type="checkbox"/> (3) stor <input type="checkbox"/> (4) mycket stor/total begränsning
Beskriv i detalj den försäkrades begränsningar enligt ifyllnadsanvisning
ICF-kod enligt ifyllnadsanvisning

4.2. Förmågor relaterade till syn, hörsel och tal

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till syn, hörsel och tal
<input type="checkbox"/> (0) ingen/obetydlig <input type="checkbox"/> (1) lätt <input type="checkbox"/> (2) måttlig <input type="checkbox"/> (3) stor <input type="checkbox"/> (4) mycket stor/total begränsning
Beskriv i detalj den försäkrades begränsningar enligt ifyllnadsanvisning
ICF-kod enligt ifyllnadsanvisning

/DB/1301/

4.3. Förmågor relaterade till balans, koordination och finmotorisk kvalitet

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till balans, koordination och finmotorisk kvalitet
<input type="checkbox"/> (0) ingen/obetydlig <input type="checkbox"/> (1) lätt <input type="checkbox"/> (2) måttlig <input type="checkbox"/> (3) stor <input type="checkbox"/> (4) mycket stor/total begränsning
Beskriv i detalj den försäkrades begränsningar enligt ifyllnadsanvisning

Försäkringskassan

HK (4100)
Jan Larsson,Datum
2013-01-14Diariernr
088713-2010**4.4. Förmågor relaterade till psykiska funktioner**

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till minne, inläring och koncentration
<input type="checkbox"/> (0) ingen/obetydlig <input type="checkbox"/> (1) lätt <input type="checkbox"/> (2) måttlig <input type="checkbox"/> (3) stor <input type="checkbox"/> (4) mycket stor/total begränsning
Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till exekutiv funktion
<input type="checkbox"/> (0) ingen/obetydlig <input type="checkbox"/> (1) lätt <input type="checkbox"/> (2) måttlig <input type="checkbox"/> (3) stor <input type="checkbox"/> (4) mycket stor/total begränsning
Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till affektiv funktion
<input type="checkbox"/> (0) ingen/obetydlig <input type="checkbox"/> (1) lätt <input type="checkbox"/> (2) måttlig <input type="checkbox"/> (3) stor <input type="checkbox"/> (4) mycket stor/total begränsning
Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till psykisk uthållighet
<input type="checkbox"/> (0) ingen/obetydlig <input type="checkbox"/> (1) lätt <input type="checkbox"/> (2) måttlig <input type="checkbox"/> (3) stor <input type="checkbox"/> (4) mycket stor/total begränsning

Beskriv i detalj den försäkrades begränsningar enligt ifyllnadsanvisning

HK (4100)
Jan Larsson,Datum
2013-01-14Diariennr
088713-2010**5. Koppling diagnos, funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning**

Återspeglas sjukdomsbilden och dess funktionsnedsättningar på ett förväntat sätt i förmågeprofilen?	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nej	Beskriv på vilket sätt den inte gör det
<div style="background-color: #e0e0ff; height: 100px;"></div>	

6. Den försäkrades syn på möjligheter till arbete

Redogör för den försäkrades syn på möjligheter till arbete och omställning utifrån information i självrapporterad förmåga och fördjupande intervjufrågor	
a) Om den försäkrade har en anställning, tror han eller hon sig kunna återvända till den?	
<input type="checkbox"/> Inte relevant, den försäkrade saknar anställning	
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ungefärlig tidpunkt: <input type="text"/>
b) Den försäkrades tankar kring framtida arbete:	
<div style="background-color: #e0e0ff; height: 100px;"></div>	
c) Självskattad arbetsförmåga vid undersökningstillfället uttryckt med ett tal (0-10)	<input type="text"/>
d) Självskattad arbetsförmåga om sex månader från undersökningstillfället uttryckt med ett tal (0-10)	<input type="text"/>

7. Den försäkrades uppfattning

Instämmer den försäkrade kring sjukdomsbild och de bedömda värdena för respektive förmågekategori?	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nej	Beskriv i vilka avseenden den försäkrades uppfattning skiljer sig
<div style="background-color: #e0e0ff; height: 100px;"></div>	

8. Underskrift av behörig läkare

Datum	Underskrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Skicka svaret till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

Bilaga 2. Självrapporterad förmåga

Frågor om din hälsa, dina förmågor och din syn på möjligheten att arbeta

Du har varit sjukskriven en längre tid. För att Försäkringskassan ska kunna bedöma din arbetsförmåga ska du genomgå en fördjupad medicinsk utredning. Det finns mer information om utredningens syfte i det bifogade brevet.

I utredningen ingår följande moment:

1. Detta formulär med frågor om dina förmågor och din syn på dina möjligheter att arbeta. Syftet är att klargöra vilka förmågor du har, trots din sjukdom. Det är viktigt att du svarar så uppriktigt som möjligt. Du får senare möjlighet att förklara dina svar för en läkare.
2. Du träffar en läkare som i förväg läst dina svar i detta formulär. Läkaren har också tagit del av andra medicinska underlag som finns om din sjukdom eller skada. Läkaren bedömer dina medicinska förutsättningar för arbete. Vid behov kan ytterligare undersökningar bli aktuella.
3. Försäkringskassan bedömer din arbetsförmåga och beslutar sedan om din fortsatta rätt till sjukpenning. Om du bedöms ha arbetsförmåga, men inte kan återgå i ditt tidigare arbete, erbjuds du stöd från Arbetsförmedlingen.

HK (4100)
Jan Larsson,Datum
2013-01-14Diariernr
088713-2010

Din hälsa

1. Vilken diagnos eller vilka diagnoser är du sjukskriven för?

Svar:

 Vet ej

2 a. Vilket eller vilka besvär har du? (du kan kryssa i fler rutor)

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Smärta | <input type="checkbox"/> Oro, ångest och nedstämdhet | <input type="checkbox"/> Nedsatt rörlighet |
| <input type="checkbox"/> Kraftlöshet och trötthet | <input type="checkbox"/> Nedsatt uthållighet | <input type="checkbox"/> Sömsvårigheter |
| <input type="checkbox"/> Rädsla för att sjukdomen eller skadan ska förvärras | | |
| <input type="checkbox"/> Annat: _____ | | |

2 b. Har dina besvär minskat eller ökat under tiden du varit sjukskriven?

- | | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Minskat kraftigt | <input type="checkbox"/> Minskat något | <input type="checkbox"/> I stor sett oförändrad |
| <input type="checkbox"/> Ökar något | <input type="checkbox"/> Ökat kraftigt | |

3 a. Vilka av följande aktiviteter genomför du oftast varje vecka?

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lagar mat | <input type="checkbox"/> Städar | <input type="checkbox"/> Promenerar |
| <input type="checkbox"/> Läser tidning | <input type="checkbox"/> Handlar dagligvaror | <input type="checkbox"/> Använder dator |
| <input type="checkbox"/> Sköter personlig vård och hygien, klär mig o.s.v. | | |
| <input type="checkbox"/> Umgås med människor utanför familjen | | |
| <input type="checkbox"/> Använder olika förmedel, t.ex. buss och bil | | |
| <input type="checkbox"/> Andra aktiviteter: _____ | | |

3 b. Hur utför du aktiviteterna?

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> I ungefär samma takt eller med ungefär samma ansträngning som innan jag blev sjukskriven |
| <input type="checkbox"/> I långsammare takt eller med större ansträngning än innan jag blev sjukskriven |

Kommentera gärna dina svar

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

Dina förmågor

Beskriv här hur din sjukdom eller skada påverkar dina förmågor. Försök att kryssa i det alternativ som beskriver dig bäst. Du får senare möjlighet att förklara dina svar för en läkare.

4 a. Kan du	Ja, utan svårighet	Ja, med viss svårighet	Ja, med stora svårigheter	Nej, inte alls
använda kroppen för att röra dig och för att vid behov vara stilla, stå, sitta, gå och böja dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lyfta eller bära föremål som väger fem kilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se, höra och tala – vid behov med hjälp av glasögon, hörapparat eller annat hjälpmedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
använda dina händer stadigt och precist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
komma ihåg sådant du bestämt dig för att göra senare, t.ex. att ringa ett viktigt telefonsamtal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lära dig nya saker, t.ex. att använda en ny telefon eller ett nytt sätt att utföra en uppgift?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vara uppmärksam och koncentrerad, t.ex. under ett längre samtal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läsa, förstå och använda komplicerad information, t.ex. en bruksanvisning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ta initiativ till aktiviteter och genomföra dem, t.ex. att planera, boka in och vara aktiv vid ett möte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
snabbt anpassa dig till nya krav, t.ex. om du ombeds utföra en ansvarsfull uppgift som är ny för dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hantera relationer till andra människor, t.ex. samarbeta och reda ut konflikter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vara uppmärksam och aktiv under större delen av en dag – vara psykiskt uthållig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 b. Om du har skrivit att du har svårigheter, är de stabila eller varierar de över tid?

De är stabila
 De varierar något
 De varierar mycket

4 c. Har du någon annan svårighet som du tycker det är viktig att informera om?

Nej
 Ja, _____

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

10. Finns det något du vill tillägga när det gäller din hälsa och dina möjligheter att arbeta?

Ja Nej

Kommentera ditt svar

Datum när du fyllde i formuläret

Datum	Ditt namn
-------	-----------

11. Slutnoter

¹ Värdet av tidiga interventioner har med visst vetenskapligt stöd ifrågasatts (67).

Utgångspunkten här är att tidiga interventioner, som i en otydlig kontext riskerar att fungera negativt (t.ex. förstärka sjukroller), kan vara effektiva om de är en del av ett sammanhang som tydligt syftar till återvändande i arbete. Förutsättningarna för detta borde öka om ett väl informerat och aktivt engagemang från berörda arbetsgivare är tydligt uttalat. Idag är kunskapsnivån på området begränsad (68) och representanter för arbetsgivare uttalar att det finns en valhänthet och att man utestängs från väsentlig information.

² En majoritet är anställda, kvinnor, och medelålder ligger runt 40 år.

³ Arbetsförmedlingen redovisar att trots att de individer man arbetat med inom ALI varit borta mycket länge så är 17 procent av dem i arbete eller utbildning

⁴ Handikappförbundens önskan (10) om en ökad tydlighet i överklagansmöjligheter är ett exempel på ett rimligt och legitimt krav som bör mötas via robusta och tydliga metoder och verktyg vilket arbetet med AFU förhoppningsvis tagit steg i riktning mot.

⁵ Tidigare fördjupade utlåtanden innehöll en sammanfattande bedömning av läkaren som på ibland felaktiga grunder var styrande. När denna togs bort upplevdes underlagen ofta svårtolkade

⁶ Begreppet bedömningsläkare har introducerats för att tydliggöra skillnad till behandlande läkare och till försäkringsmedicinska rådgivare

⁷ Basal kroppsundersökning har kompletterats och rensats, psykiatrisk intervju har kompletterats och rensats, deskriptorerna har granskats och reviderats, blanketten har gjorts om och ger bl.a. mer utrymme åt observerad status, vissa kategoribeteckningar i profilen har omformulerats

⁸ Bl.a. har frågor om utmattningssyndrom lagts till.

⁹ WRI bygger på dialog/intervju och handlar i stor utsträckning om dimensioner som inte är direkt relevanta i sammanhanget.

¹⁰ Några förslag på förändringar föreslogs, t.ex. att förtydliga vissa instruktioner i manualen till AWP-FK.

¹¹ *Wechslerskalan* för vuxna är ett begåvnings- eller intelligenstag, ursprungligen avsett att mäta skillnader i begåvningsnivå och -profil mellan individer i normalbefolkningen. WAIS-IV är en självklar grund för de flesta typer av psykologiska bedömningar i alla kliniska sammanhang, såväl inom psykiatri som inom rehabilitering, geriatrik, neurologi, missbruks-

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diarienum
088713-2010

och beroendevård. *Rey Complex Figure Test*. ger underlag för bedömning av inlärnings- och minnesfunktioner kan beskrivas var för sig och ger då information om personens förutsättningar att lära in och återge information av olika slag, och under olika betingelser. WMS-III. Ur detta mer omfattande test har tre deltest valts, som belyser flera olika aspekter av inläring och återgivning av antingen verbalt eller visuellt presenterat material. Frågeformuläret hämtat från *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (DEX)*. För bedömning av exekutiva funktioner hos vuxna. Frågeformuläret kommer från och med 2013 att bytas ut mot ett motsvarande frågeformulär: Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF). Det senare har större spridning och det finns fel i översättningen av DEX.

¹² Resultaten är således pålitliga i den meningen att resultaten inte förändras om det inte har inträffat någon förändring i personens förmågor.

¹³ Ett exempel:

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Fysisk styrka och rörlighet | d 410 Att ändra grundläggande kroppsställning
d 415 Att bibehålla en kroppsställning
d 430 Att lyfta och bära föremål
d 445 Användning av hand och arm
d 450 Att gå
d 470 Att använda transportmedel |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

¹⁴ Grundläggande för arbetsmarknaden i sin helhet är exempelvis att det finns mycket liten tolerans mot begränsningar exempelvis avseende förmåga att kunna sköta grundläggande hygien, förmåga att kunna följa basala sociala koder, förmåga att kunna transportera sig till och från arbetet, samt förmåga att vara grundläggande kognitivt orienterad. Uppräkningen ger inte anspråk på att vara absolut heltäckande, men förutsätts ge en tillräckligt tydlig bild av rimliga och realistiska grundkrav som gäller för de flesta arbeten.

¹⁵ Det finns dock en del metodologiska svårigheter med att testa detta. Ett av dem är exempelvis att om reell prövning i praktiken är ovanlig, d.v.s. om de försäkrades ansökan i en viss situation i praktiken vanemässigt beviljas, leder detta till en, i någon mening, "falsk" hög reliabilitet.

¹⁶ Med användbarhet avses här bl.a. att intyget innehåller de informationsbitar som behövs och att informationen är uttryckt på ett sammanfattande men tydligt sätt. Att åstadkomma detta kan ses som ett "hantverk" som kräver utbildning, träning och feedback. Detta kan förväntas vara lättare att åstadkommas för bedömare som är direkt anställda av försäkringsgivaren.

¹⁷ Detta handlar om legitimitet Försäkringskassan tolkar skrivningarna på den här punkten i det uppdrag som ligger till grund för arbetet med de nya metoderna som att förutsättningarna är givna: de medicinska bedömningarna ska ske *utanför* Försäkringskassan.

¹⁸ Inom ramen för den s.k. sjukskrivningsmiljarden. För att få del av de statliga medel som reserverats för detta anges i avtal mellan SKL och Socialdepartementet olika aktiviteter och insatser för att höja kvaliteten i landstingens arbete med sjukskrivningar.

¹⁹ 2011 levererade landstingen ca 4 700 fördjupade utredningar. En dryg tredjedel (ca 37 %) av dessa var SLU.

²⁰ Sedan ombildningen av Riksförsäkringsverkets sjukhus 1999 har Försäkringskassan haft särskilda medel för köp av försäkringsmedicinska utredningar (FMU). Detta bl.a. från Försäkringsmedicinskt centrum (FMC) i Göteborg, Tranås, Norrköping, Västerås och Nynäshamn. De nya centren byggdes upp kring team med en total kapacitet av ca 2 700 utredningar per år. När Försäkringskassan överlät verksamheten till Manpower Hälsopartner AB år 2007 sysselsatte verksamheten ca 140 personer och hade en omsättning på ca 100 miljoner kronor årligen. År 2006 genomförde Försäkringskassan samlade upphandlingar för Försäkringsmedicinska utredningar (FMU), arbetslivsinriktade utredningar (ARU), och s.k. kombinerade utredningar. Utifrån krav på bl.a. tillgång till förutbestämd kompetens slöts ramavtal med ett drygt hundratal leverantörer. FMC var fortfarande en stor leverantör. Man var garanterade vissa volymer och skulle tillfrågas innan beställning från företag på avropslistan gjordes. År 2004 gavs Försäkringskassan möjlighet att (utöver tidigare nämnda utredningsformer) inhämta särskilt läkarutlåtande (SLU) från läkare som gått Försäkringskassans fördjupningsutbildning. Utvecklingen av beställningsvolymerna gick trögt (69). Försäkringskassan konstaterade i en analys att endast 10 procent av tillfrågade

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010

handläggare beställt något SLU. År 2008 köpte Försäkringskassan ca 19 000 utredningstjänster och ersatte knappt 4000 (SLU). Det höga antalet sammanhänger med extraordinära utredningsinsatser i samband med det s.k. *Pila-projektet* (70). Under några få år granskades närmare 140 000 gamla ärenden och i över 50 000 av dessa gjordes någon form av fördjupad medicinsk utredning (ofta i form av s.k. kombiutredningar).

²¹ Uppstarten har inte varit gnisselfri. Kritiska röster från landstingen har bl.a. pekat på att arbetet konkurrerar med andra åtaganden, att man i vissa fall haft svårt att få enheter att vilja ta uppdraget då det inte upplevts som bekvämt att ena dagen bedöma och den andra dagen behandla en patient, att upphandlingen tagit tid, att prognoser avseende volymer varit felaktiga, att man haft svårt att uppbåda rätt kompetens etc. Från Försäkringskassans sida har man upplevt svårigheter att ställa krav och att följa upp kvalitet.

²² Detta kan ses som ett led i gradvis ökade anspråk gällande kvalitet i landstingens arbete med sjukskrivningar. Socialstyrelsens har uttalat att sjukskrivning ska ses som en del av vård och behandling (71) och det kan i det perspektivet ses som logiskt att den som ansvarar för kvalitet i tidiga intyg även ansvarar för arbetet med senare intyg. Behovet av sådana senare intyg kan i någon mån anses vara avhängig kvaliteten i de tidiga intygen

²³ Av uppföljning av landstingens arbete med TMU och SLU framgår att de flesta landsting levererat de utredningar och underlag som efterfrågats och att det hela till stor del fungerat som tänkt.

²⁴ I de fall landstingen endast fungerat som ”mäklare” eller ”mellanhand” mellan Försäkringskassan och upphandlade privata aktörer eller enskilda läkare är det lätt att förstå att uppdraget inte uppfattas ha medfört några vinster

²⁵ Ett antal landsting har inom ramen för sjukskrivningsmiljarden påbörjat en uppbyggnad av kompetens inom det försäkringsmedicinska området vid egna, landstingsdriva enheter. Två intervjuade läkare med ledningsansvar vid två offentligt drivna rehabiliteringskliniker anser sig ha goda erfarenheter av arbetet med SLU och TMU, och man ser att man har betydande ”egna” vinster med sitt deltagande. Man har breddat kompetensen, fått förutsättningar för att differentiera arbetsuppgifter, och utvecklat förståelsen för Försäkringskassans uppdrag. Man uppfattar att man kan representera en större stabilitet än vad mindre privata aktörer kan.

²⁶ En kartläggning (enkät) som SKL och Försäkringskassan samarbetat kring visar bl.a. att tidigare prognostiserat antal TMU/SLU för 2012 (ca 7000) utifrån beställningar de två första månaderna förefaller stämma rimligt väl (ca 6000). Kartläggningen visar vidare att relationen SLU – TMU varierar mellan landstingen.

²⁷ AFU är en utredning som kretsar kring den försäkrades självrapporterade förmåga. Den är utgångspunkt för bedömningsläkarens klargörande undersökning, en undersökning som ofta sker med stöd av tester utförda av psykologer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster (3). Utan sådana tester ligger AFU utredningsmässigt och resursmässigt relativt nära SLU. När det behövs stöd av fler kompetenser liknar AFU mer TMU.

²⁸ I en aktstudie som Försäkringskassan genomfört ingår 1000 ärenden som passerat dag 180. I inget av dessa hade någon form av fördjupad utredning genomförts i anslutning till 180-dagarstidpunkten. Under 2011 har en särskild granskning av särskilda läkarutlåtanden (SLU) och TMU-utlåtanden gjorts.

²⁹ Ett exempel är det utökade samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen som inleddes i januari 2012. Det arbetet som bedrivs med att höja kvaliteten på ”vanliga” läkarintyg (bl.a. i form av elektroniska intyg och snabbare kommunikation mellan läkare och Försäkringskassan) borde också kunna resultera i att många ärenden kan avslutas tidigare.

³⁰ Varje försök till prognos blir försök att väga samman osäkra och delvis motstridiga tendenser.

³¹ Sju handläggare anser att det ”egentliga” behovet var större, tre handläggare uppger att antalet motsvarade behovet, och sex handläggare att behovet var mindre.

³² I en rapport år bedömde Försäkringskassan behovet 2010 till 20 000 fördjupade medicinska underlag, de flesta (15 000) i form av teamutredningar, och en fjärdedel i form av SLU. Utfallet blev som redovisats betydligt mindre.

³³ SLU och TMU har i första hand beställts i längre sjukpenningärenden (mer än sex månader – ofta längre) samt för sjuk- och aktivitetsersättning. Ärenden som blir 350 dagar uppnår en

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariernr
088713-2010

topp år 2011 med 34 000 för att därefter börja sjunka. Ansökningar om sjukersättning nådde en topp 2010 med 53 000 för att 2011 sjunka till 33 000, 2012 till 25 000, för att därefter under åren 2013-2015 prognostiseras ligga på ca 22 000.

³⁴ Från början var utbildningarna 3 eller 5 dagar långa beroende på förkunskaper. Initialt erbjöd man alla företagsläkare (600) och ett antal distriktsläkare (300) att vara med. Från januari till oktober 2004 utbildades totalt 132 läkare

³⁵ rollen som försäkringsmedicinsk utredare

³⁶ För att få en bild av om behöriga läkare utfärdar SLU och/eller TMU fick 41 slumpmässigt utvalda läkare ett mail i vilket de ombads besvara några frågor. Av 41 tillfrågade har 30 svarat. Av dessa utför 12 – mindre än en tredjedel - SLU och/ eller TMU på uppdrag av landstingen.

³⁷ Ett tiotal företrädare för privata leverantörer av fördjupade medicinska underlag har intervjuats. I stort sett alla enheter har läkare som nyligen blivit av med sin behörighet att utfärda SLU, då de inte deltagit i Försäkringskassans uppföljningsutbildningar - det är inte värt kostnaden att upprätthålla läkarnas behörighet då de aldrig eller sällan får uppdrag.

³⁸ Utbildningsinsatserna gällande SLU och TMU har i första hand riktats till bedömande läkare och andra professioner. Interna utbildningsinsatser riktade till handläggare inom Försäkringskassan kom igång först under sista kvartalet 2011. Detta har lett till att många handläggare upplevt svårigheter med att förstå och använda informationen som finns i underlagen

³⁹ Den stora utbildningsinsats som nu genomförs inom Försäkringskassan kring SLU/ TMU skapar goda grundkunskaper inför AFU- utbildningen.

⁴¹ Eventuella idéer om absolut rätta beslut riskerar att stå i vägen för en ärlig och utvecklande diskussion om hur bedömningar och beslutsfattande vid Försäkringskassan görs och borde göras.

⁴² Ett av dem är exempelvis att om någon reell prövning inte förekommer, d.v.s. om de försäkrades ansökan i praktiken vanemässigt beviljas, leder detta till en, i någon mening, ”falsk” hög reliabilitet.

⁴³ En möjlighet att närma sig delar av detta skulle kunna ligga i det arbete med att ta fram attityder hos olika kundsegment som är pågående inom Försäkringskassan. Attityder som segmentet ”långtidssjukskrivna” uttrycker skulle t.ex. över tid kunna beskriva förändringar av det slag som eftersträvas.

⁴⁴ Nya bedömningsmetoder utvecklas, introduceras och revideras i många olika länder. Alla med ett nytt fokus: från fokus på vad de bedömda inte kan till fokus på vad de bedömda trots sjukdom/skada ändå klarar av. Metodmässigt är ambitionen att öka reliabilitet och validitet. Användande av ICF är ett exempel.

HK (4100)
Jan Larsson,

Datum
2013-01-14

Diariennr
088713-2010
