

# FÖRSÄKRINGSMEDICINSK UTREDNING, BEDÖMNING OCH DOKUMENTATION

*Försäkringsöverläkare  
Sven-Olof Krafft m fl*



FÖRSÄKRINGSKASSEFÖRBUNDET

© 1998 Försäkringskassförbundet (FKF)  
Förlag: FKFs förlag, Box 1224, 111 82 Stockholm  
Grafisk produktion: Informationsenheten, FKF  
Tryck: Sjuhäradsbygdens Tryckeri AB  
FKF 103-26 98.12  
ISBN 91-7500-265-5

# Innehåll

Förord .....	4
Debattskriftens författare .....	5
Inledning .....	6
Problembeskrivning.....	8
<i>Av Curt Nyström och Orvar Nyström</i>	
Modell för försäkringsmedicinsk utredning och bedömning ..	12
<i>Av Sven-Olof Krafft och Leif Dellmo</i>	
Försäkringsmedicinsk dokumentation .....	19
<i>Av Jan Zachrisson</i>	
STRUT – en modell för försäkringsmedicinsk utredning.....	26
<i>Av Curt Nyström och Orvar Nyström</i>	
Är STRUT ett effektivt utredningsinstrument? .....	31
<i>Av Elisabeth Österberg och Sven-Olof Krafft</i>	
Pågående utvecklingsarbete i Tranås och Nynäshamn .....	39
<i>Av Jan-Eric Nilsson</i>	
Referenslista .....	41
Bilaga .....	42
FKFs skriftserie .....	52

# Förord

Under de senaste åren har sjukförsäkringen renodlats till rent medicinska villkor. Det har påverkat försäkringskassornas arbetssätt och ställt större krav på beslutsunderlagen. Under samma tid har villkoren på arbetsmarknaden hårdnat. För människor med begränsad arbetsförmåga har svårigheterna att ta sig tillbaka i arbete ökat. Försäkringskassans utredningar och bedömningar har fått en allt viktigare roll.

Mot den bakgrunden ser vi det som ytterst viktigt med initiativ av det slag som presenteras i den här skriften. Genom att arbeta efter bra modeller kan försäkringskassan visa hur olika fall utreds och bedöms samt skapa trovärdighet kring sitt arbetssätt. En enhetlig modell och struktur för försäkringsmedicinska utredningar och bedömningar förenklar arbetet inom försäkringskassan samtidigt som arbetssättet blir mer enhetligt över landet. Det medverkar till rättvisa och likformighet. Riksförsäkringsverkets båda sjukhus kan ge försäkringskassorna ett viktigt stöd genom att utveckla kvalitetssäkrade metoder för försäkringsmedicinska utredningar och bedömningar.

Stockholm i december 1998

Jan-Åke Brorsson

# Debattskriftens författare

## *Sven-Olof Krafft*

Försäkringsöverläkare, specialist i rehabiliteringsmedicin, Älvsborgs läns allmänna försäkringskassa och från och med 1999-01 vid Västra Götalands allmänna försäkringskassa. Sven-Olof Krafft har fungerat som samordnare och ansvarig för sammanställandet av denna skrift.

## *Leif Dellmo*

Försäkringschef vid Kronobergs läns allmänna försäkringskassa.

## *Jan Zachrisson*

Försäkringsöverläkare, specialist i allmänmedicin och företagshälsövård, Älvsborgs läns allmänna försäkringskassa och från och med 1999-01 samordnande försäkringsläkare vid Västra Götalands allmänna försäkringskassa.

## *Curt Nyström*

Med dr, överläkare, specialist i allmän psykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Psykiatriska kliniken, Mölndal. Försäkringsläkare i psykiatri vid Göteborgs allmänna försäkringskassa och från och med 1999-01 vid Västra Götalands allmänna försäkringskassa.

## *Orvar Nyström*

Överläkare, specialist i allmän internmedicin och reumatologi, RFVs sjukhus i Tranås.

## *Elisabeth Österberg*

Ansvarig för utveckling och utvärdering av rehabilitering vid Älvsborgs läns allmänna försäkringskassa, från och med 1999-01 utvecklingsansvarig för rehabilitering vid Västra Götalands allmänna försäkringskassa.

## *Jan-Eric Nilsson*

Verkställande direktör vid RFVsjukhusen i Nynäshamn och Tranås.

# Inledning

*Av författarna*

Riksdagen beslutade 1996 att renodla sjukförsäkringen. Försäkringskassan ska vid bedömning om rätt till ersättning enbart se till den nedsättning av arbetsförmågan som orsakats av sjukdom. Sociala, arbetsmarknadsmässiga eller ekonomiska förhållanden får inte vägas in i bedömningen. Vid en ytlig betraktelse förefaller beslutet logiskt och relativt lätt att förstå.

Tillämpningen av lagen är dock inte lika enkel. De medicinska underlag – som de försäkringsmedicinska bedömningarna bygger på – är vanligtvis kortfattade. Sjukskrivande läkare anser ofta att arbetet med att utfärda utlåtanden tar onödiga resurser från det egentliga patientarbetet. Komplettering av intyg och utlåtanden tar tid, den enskilde försäkrade får vänta på sin ersättning och irritation kan uppstå. Den försäkrade upplever ibland försäkringskassans kompletterande utredningar som frustrerande och som ett ifrågasättande av sjukskrivande läkares kompetens. Arbetsbelastningen på försäkringskassans tjänstemän är stor och Riksförsäkringsverket har påtalat brister i försäkringskassornas ärendehandläggning, bland annat den som rör metodik och dokumentation. Speciellt försäkringsläkares dokumentation har uppmärksammats.

Vi som skrivit den här debattskriften har lång erfarenhet av försäkringsmedicin – utredning, bedömning och dokumentation – och försäkringstillämpning. Det är utifrån våra samlade erfarenheter som innehållet har utformats.

Skriften vänder sig i första hand till handläggare och försäkringsläkare inom försäkringskassan. Vi hoppas att den kan användas som en idégivare för försäkringsmedicinskt tillämpnings-, utvecklings- och utvärderingsarbete. Vi vill också skapa debatt kring ämnet men även i frågan hur och på vilket sätt man i framtiden vill ha stöd från Riksförsäkringsverkets båda sjukhus.

Vi inleder skriften med att beskriva problemområdet och ger förslag på en enhetlig modell och struktur för försäkringsmedicinska utredningar och bedömningar. Modellen utgår från den lagstiftning som gäller, generella utredningsprinciper och den aktuella kunskap som finns om orsaker till sjukskrivning. Med utgångspunkt i model-

len lämnar vi förslag på försäkringsmedicinska dokumentationsprinciper och på ett utvärderingsinstrument av dokumentationen i olika ärendeslag. Som ett exempel på tillämpning av modellen beskrivs den försäkringsmedicinska grundutredningen vid Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås och ett gemensamt utvecklingsarbete som pågår vid sjukhusen i Tranås och Nynäshamn. Vi redovisar som ett särskilt avsnitt en uppföljning av 100 konsekutiva försäkringsmedicinska utredningar i Tranås.

Ett stort tack framförs till alla personer inom och utom försäkringskassan som lämnat värdefulla synpunkter på skriftens innehåll och utformning.

Ett särskilt tack till Jan-Åke Brorsson, Göran Geiryd och Ewa Westman vid Försäkringskassaförbundet, Leif Westerlind vid Riksförsäkringsverket, Bill Nilsson vid Kronobergs läns allmänna försäkringskassa, Per-Anders Johansson vid Hallands läns allmänna försäkringskassa och Ulf Gabriell vid Göteborgs allmänna försäkringskassa samt Dan Rodahl, Christer Zeybrandt, Håkan Arvidsson, Mona Palmqvist, Bengt Siesing, Margaretha Hellberg och försäkringsläkarna vid Älvsborgs läns allmänna försäkringskassa.

# Problembeskrivning

Av Curt Nyström och Orvar Nyström

Den samlade kunskapen hos personal inom sjukvård, rehabilitering och försäkringskassa är mycket stor både när det gäller faktakunskap och erfarenheter. Verksamhetsområdena är dock skilda från varandra. Personalen har olika kunskap och arbetar efter olika regelverk (lagar och förordningar). Dessutom finns alltid skillnader i vad och hur mycket varje person kan inom sitt arbetsområde samt den vardagspraxis som efterhand utvecklas till kultur och tradition inom respektive område. Det förekommer också facktermer inom varje område som försvarar kommunikationen mellan olika verksamheter. Det saknas med andra ord ett övergripande och entydigt språkbruk. Allt detta innebär att det i varje ärende kan finnas en osäkerhet i handläggningen som beror på *vem* som handlägger ärendet.

Ett exempel på en sådan situation är när en person som känner sig sjuk besöker en läkare. Läkarens uppgift är att identifiera och namnge patientens sjukdom (grundat på vetenskap och beprövad erfarenhet) och efter förmåga även trösta, lindra och bota. I läkarens roll ingår också att han "till samhället" (enligt Lagen om allmän försäkring, AFL) ska ge medicinskt underlag för försäkringsmedicinsk bedömning och ange hur mycket han anser att sjukdomen minskar patientens arbetsförmåga.

## Internationell utblick – USA

Svårigheter förknippade med bedömningar som ska ligga till grund för beslut inom samhällets trygghetssystem är kända och uppmärksammade. Förhållandena i USA beskrivs i följande artikel: "The disability determination dilemma: toward a multiaxial solution" (Turk, Rudy, Stieg 1988). I artikeln framgår:

- att i 65 procent (1 500 000) av alla ansökningar (claims for disability) under ett år fanns *smärta* bland angivna besvär
- att cirka 10 procent (150 000) av dessa (jfr punkten ovan) hade som främsta skäl "*smärta utan kliniska fynd*" som enda angivna symptom (IOM Committee on Pain, Disability, and Chronic Illness Behavior)



- att domstolsutslag har lagt fast att vid handläggningen av påstådd "impairment due primarily to pain" måste – utöver fysiska fynd – även andra faktorer beaktas när "grad av disability" övervägs. Framför allt är det faktorer som psykosociala, beteendemässiga och funktionsmässiga inskränkningar som ska beaktas. Det sker enligt kriterier av COEP – Commission on the Evaluation of Pain.
- COEP anser att enigheten bland dem som arbetar inom smärtområdet är dålig beträffande *hur* smärta ska klassificeras respektive kvantifieras. Det saknas också enighet om strategi för att integrera den information som är nödvändig. Dessutom saknas normativa data för den population som lämnar in ansökan till Social Security.

Bedömningen av ansökningar om "disability due to pain" i USA sker inom ett system där det medicinska underlagets kvalitet kan variera kraftigt från plats till plats. Bedömningarna görs på det medicinska underlag som finns till hands. Det är stora skillnader mellan olika staters SSA-kontor (Social Security Act). Både omfattningen och kvaliteten på det medicinska underlag som begärs in från de sökande och läkare varierar kraftigt.

Det saknas också i en del fall samstämmighet inom läkarkåren om vilka undersökningar och diagnostiska procedurer som krävs för beslut om diagnos. Ännu mindre samstämmighet finns när det gäller beslut om diagnosers nedsättning av arbetsförmåga. Därtill kommer att överensstämmelsen vid upprepade bedömningar av såväl en och samma läkare som mellan olika läkare inte är självklar när det gäller att tolka medicinsk information. Inom området "low back pain" indikerade IOM-rapporten att klinisk undersökning och diagnostiska test i endast 5-10 procent av fallen ledde till en diagnos som tillfredsställande förklarade aktuell begränsning av individens förmågor inkluderat arbetsförmåga.

## Internationell utblick – Europa

Situationen i Europa liknar den i USA. Det beskrivs i artikeln Den förvärvsrelaterade prestationsförmågan – en central kategori i praktisk socialmedicin (Raspe 1994). Svårigheterna att uppnå samstämmighet mellan skilda bedömare, särskilt i mer svårbedömda fall, nämns. Artikelförfattaren ger följande rekommendationer:

1. Arbeta tvärvetenskapligt – i team.
2. Använd skattningsinstrument för skattning av subjektiv hälsa.
3. Använd WHO´s klassifikation för skattning av sjukdomars följder – ”International Classification of Impairment, Disability and Handicap –ICIDH”.
4. Strukturera aktuell information i åtminstone tre dimensioner:
  - somatisk/biologisk dimension med sjukdomsspecifika besvär och fynd
  - emotions-, kognitions-, förhållningspsykologisk dimension
  - funktionsrelaterad dimension som motsvarar nivån disability enligt ICIDH. (Det avser i den svenska översättningen begränsning av förmåga på individnivå.)

För att kunna arbeta effektivt får man prioritera ett interdisciplinärt samarbete framför ett multidisciplinärt samarbete. Det räcker inte med att varje specialist sammanfattar sin bedömning utan istället bör en dialog mellan olika specialister/handläggare föregå sammanfattandet av utredningen. Härigenom uppnår man en ökad konsekvens och kontinuitet i bedömningarna. Kvar står emellertid en grundläggande osäkerhet i och med att det saknas en modell för hur bedömningsunderlaget ska samlas in, sammanställas och värderas.

”I avsaknad av grundmodell ges inte heller någon möjlighet, att skapa normerade referensvärden och inte heller gruppering och kategorisering av avvikelser. Det medför begränsade möjligheter vid bedömningar av följder av sjukdom när det gäller att upprätthålla validitet och därmed också kvalitet och rättssäkerhet” (Raspe 1994).

## Expertbedömning

Lennart Sjöberg, professor i ekonomisk psykologi vid Handelshögskolan i Stockholm tar i artikeln ”Expertord väger lättare än inga ord” (1995) upp skillnaden i kvalitet mellan ett expertutlåtande och en bedömning som gjorts enligt en given metodik – en modell för hur bedömningsunderlaget ska insamlas, sammanställas och värderas. Han refererar till den amerikanske psykologen P. E. Meehl, som för 40 år sedan publicerade en bok som väckte stor uppmärksamhet och förtrytelse: ”Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and review of the evidence” (University of Minnesota 1954). Meehl

redovisade resultat från åtskilliga undersökningar där han påstod sig kunna visa att läkares och psykologers subjektiva sammanvägning av information utföll sämre än om samma information vägdes samman enligt en statistisk formel.

Förklaringen är att när det finns en modell för hur information ska samlas in, dokumenteras och redovisas medför det att modellen fungerar som en entydig regel för vilken slutsats som ska dras av ett visst underlag. Experten, som utarbetat modellen för hur information ska samlas in, är inte själv så konsekvent när han gör en bedömning utan stöd av modellen. Det är risk att han kommer fram till olika resultat vid olika tillfällen. Det förklarar varför det är säkrare att arbeta enligt expertens genomtänkta modell.

Genom att använda en bestämd metodik blir det möjligt att i varje enskilt fall beskriva hur informationen samlats in och hanterats. Det medför också en trygghet för både den som beställer och den som genomför utredningar att alla parter vet att arbetet gjorts enligt en särskild modell och metodik.

# Modell för försäkrings- medicinsk utredning och bedömning

*Av Sven-Olof Krafft och Leif Dellmo*

## Försäkringskassans roll och ansvar

Försäkringskassan ska bland annat administrera och verka för en allmän socialförsäkring som ger ekonomisk trygghet vid sjukdom som minskat den försäkrades arbetsförmåga. Försäkringskassan ska även förebygga och minska ohälsa samt samordna rehabilitering för att ge sjuka och funktionshindrade möjlighet att åter kunna försörja sig.

Försäkringskassan ansvarar för att dels betala ut rätt ersättning vid sjukdom, dels samordna rehabiliteringsverksamheten för den försäkrade. Uppgiften är då att bevaka den enskildes behov av rehabilitering och förhindra långa sjukskrivningsperioder. Det finns också ett ansvar för att följa upp och utvärdera den egna rehabiliteringsverksamheten.

## Olika typer av utredningar

För att kunna samordna rehabiliteringsverksamheten, bevaka den enskildes behov av rehabilitering och betala ut rätt ersättning behöver försäkringskassan ha ett beslutsunderlag av god kvalitet och som präglas av en helhetssyn på den försäkrades situation.

I NYTRA-utredningens betänkande "Försäkringsmedicinskt Centrum" (SOU 1997:169) diskuteras tre olika typer av utredningar:

1. Medicinsk utredning
2. Försäkringsmedicinsk utredning
3. Arbetslivsriktad rehabiliteringsutredning.

De tre utredningarna är tillsammans ett viktigt underlag för att försäkringskassans beslut ska kunna präglas av en helhetssyn på individens situation. Samtidigt ger de möjligheter att klara ut behovet av rehabilitering.

### **Medicinsk utredning**

Med medicinsk utredning avses en medicinsk undersökning och utredning för att fastställa en medicinsk diagnos. Diagnosen ger möjlighet att sätta in adekvat behandling för att bota eller lindra patientens besvär.

### **Försäkringsmedicinsk utredning**

Med en försäkringsmedicinsk utredning avses en medicinsk utredning som är kopplad till socialförsäkringens regler. Kopplingen sker för att till exempel bedöma om en försäkrads nedsatta arbetsförmåga ger rätt till ersättning – sjukpenning, sjukbidrag eller förtidspension.

Vid bedömningen behövs bland annat information om diagnos, funktionsbegränsning och begränsning av förmåga. Dessutom behövs uppgift om individens förmåga att helt eller delvis utföra ordinarie arbetsuppgifter. Även den försäkrades möjligheter att utföra andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren eller – om han/hon är arbetslös eller bedöms varaktigt inte kunna utföra något arbete hos nuvarande arbetsgivare – utföra ”ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete”.

### **Arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning**

Arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning innebär att utreda vilken arbetsförmåga som föreligger eller kan åstadkommas, hur arbetsförmågan ska tillvaratas och hur man ska finna ett lämpligt åtgärdsprogram i form av till exempel utbildningar och arbetsinnehåll. Utredningen har inte som syfte att klarlägga den försäkrades rätt till ersättning.

En arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning ska leda fram till en bedömning av den försäkrades möjligheter att – utifrån den försäkrades totala livssituation – kunna använda sina resurser till någon form av förvärsarbete.

En försäkringsmedicinsk och en arbetslivsinriktad utredning innehåller likartade moment som kan vara lämpliga att genomföra vid samma tillfälle för att försäkra sig om att den försäkrade bedöms i ett helhetsperspektiv. I den försäkringsmedicinska utredningen bör

ingå den försäkrades egen uppfattning om sin situation. Även information om individ- och omgivningsfaktorer som kan påverka arbetsförmågan eller möjligheter till rehabilitering bör ingå. Slutligen ska med utredningen som grund göras dels en försäkringsmedicinsk bedömning, dels en bedömning av den försäkrades resurser/tillgångar. för att avgöra om rehabiliterande åtgärder ska sättas in.

### **Vilka krav bör ställas på en försäkringsmedicinsk utredning och bedömning?**

En försäkringsmedicinsk utredning och bedömning bör

- ha en teoribildning som är förankrad inom kunskapsområden som medicin, psykologi/beteendevetenskap och sociologi
- vara rättssäker, det vill säga möjliggöra en rättvis, förutsägbar och enhetlig bedömning
- utgå från en holistisk grundsyn och en humanistisk människosyn
- möjliggöra tillämpning av internationella klassifikationer och skattningssystem.

Arbetsmetodiken ska följa modellen, vara reproducerbar och helst ge möjlighet till en prospektiv validering.

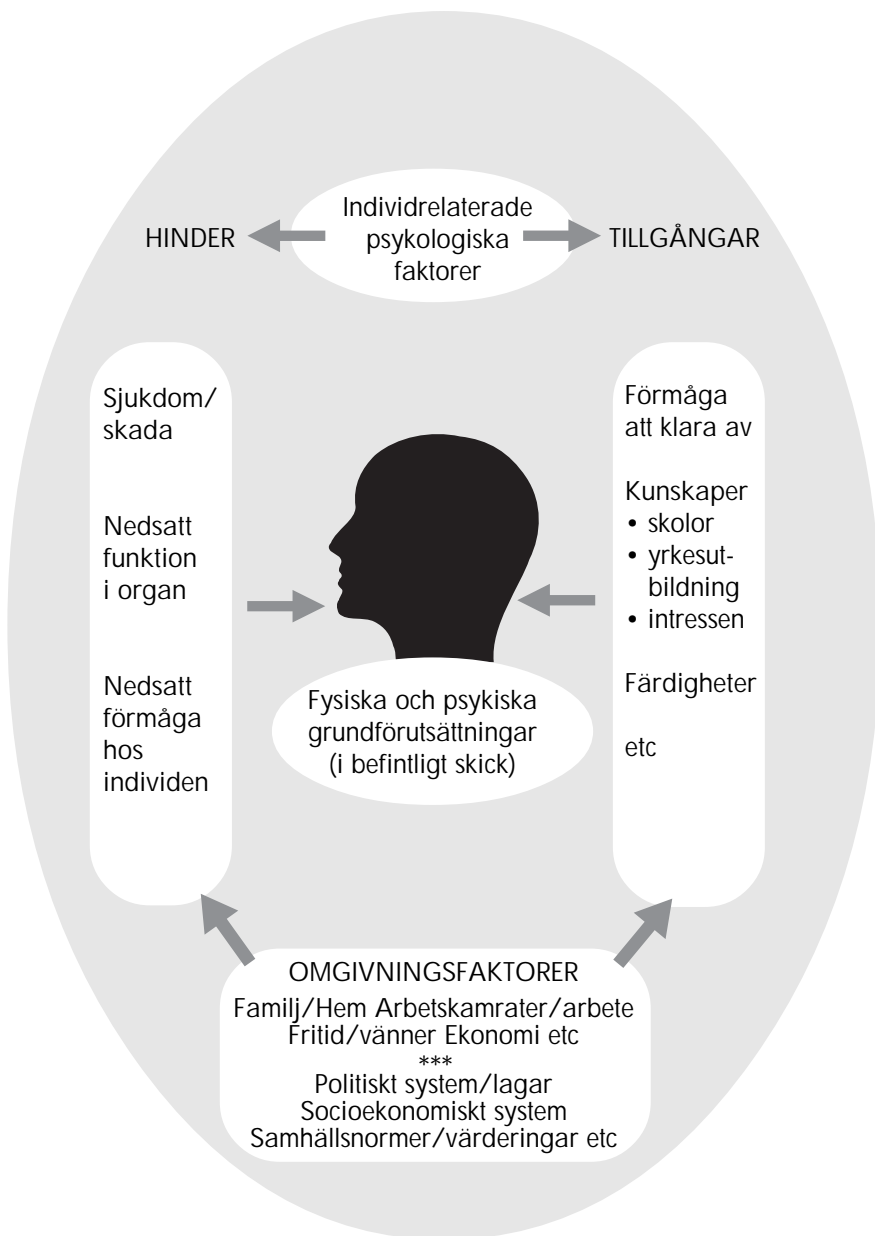
Utredning och bedömning ska utgå från gällande lagstiftning och vara så utformade att den försäkrade själv kan medverka i och ta ansvar för fortsatta åtgärder, exempelvis en arbetslivsinriktad rehabilitering.

Dokumentationen av utredning och bedömning ska vara så tydlig och detaljerad att läsaren ska kunna förstå hur utredningen har gjorts, på vilket underlag bedömningen grundar sig, vilken analys som gjorts och resultatet av analysen, det vill säga själva bedömningen.

### **Förslag på modell för försäkringsmedicinsk utredning och bedömning**

En försäkringsmedicinsk utredning och bedömning som uppfyller de krav som nämnts ovan bör innehålla följande moment och ge svar på följande frågeställningar (se bild på nästa sida):

Figur. Pedagogisk modell för försäkringsmedicinsk utredning i ett  
helhetsperspektiv.



1. *Vilka är den försäkrades fysiska och psykiska grundförutsättningar?*

Lagen om allmän försäkring tar hänsyn till den försäkrades fysiska och psykiska grundförutsättning, det vill säga man är försäkrad "i befintligt skick". Det innebär att bedömningen ska göras utifrån de konsekvenser som en sjukdom eller skada ger för just den drabbade individen.

2. *Vilken sjukdom eller skada har drabbat den försäkrade?*

Den behandlande läkaren ska till försäkringskassan ange den/de medicinska diagnoser som läkaren anser orsakar den nedsatta arbetsförmågan. Diagnosen anges enligt ICD-10 (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems) alternativt vid psykiska sjukdomar enligt DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Framgår det av intyg/utlåtande om de diagnostiska kriterierna är uppfyllda? Om inte – behövs en kompletterande information eller är diagnosangivelsen tillräcklig för att försäkringskassan ska kunna göra sin bedömning? Hur allvarlig är sjukdomen, det vill säga hur stor är den medicinska manifestationen?

3. *Föreligger funktionsbegränsning på "organnivå"?*

Funktionsbegränsningen i ett eller flera organ bör redovisas – om möjligt utifrån den internationella klassifikationen ICDH-93 (International Classification of Impairment Disability and Handicap).

Funktionsbegränsning (impairment) innebär begränsning av basala funktioner såsom skador/defekter på organnivå. Funktionsbegränsning definieras som varje förlust eller avvikelse i psykologisk, fysiologisk eller anatomisk struktur eller funktion. En funktionsbegränsning på organnivå drabbar individen på olika sätt beroende på dennes fysiska och psykiska grundförutsättningar.

Exempel på somatiska (kroppsliga) funktionsbegränsningar är värk och stelhet i muskulatur och leder eller på psykiska funktionsbegränsningar såsom trötthet, koncentrationsstörningar och minnesstörningar.

Det är utifrån försäkringsmedicinsk synvinkel viktigt att funktionsbegränsningen redovisas, då lagen om allmän försäkring *inte*



kräver att diagnoserna ska vara säkerställda och klassificerade. Ibland uppfylls inte kriterierna för att en medicinsk diagnos ska kunna anges och enbart funktionsbegränsningarna kan då utgöra grund för en försäkringsmedicinsk bedömning, det vill säga funktionsbegränsningen är av en sådan karaktär – har en sådan ”tyngd” – att den i sig är att jämställa med sjukdom enligt lagen om allmän försäkring.

4. *Vilken begränsning av förmåga finns hos den försäkrade (förmågebegränsning på ”individnivå”)?*

På vilket sätt påverkar funktionsbegränsningen den försäkrades förmåga att fungera som en ”självständig individ”, oberoende av yttre belastningar? Hit räknas exempelvis en nedsättning i förmågan att kunna gå, lyfta armar, gripa med händerna, sitta, ligga etc. Hur denna förmågebegränsning drabbar en person beror på hans/hennes psykiska och fysiska grundförutsättningar, det vill säga är relaterad till den försäkrades ”befintliga skick” innan det aktuella sjukdomstillståndet inträffade.

5. *Vilka konsekvenser får förmågebegränsningen för den försäkrade, exempelvis för arbetsförmågan, fysiskt oberoende och förflyttning. (”Handikappdimensioner” enligt ICIDH-93)?*

Exempel på bedömning av ”sysselsättningshandikapp”:

- Föreligger en arbetsförmågenedsättning/påverkan av arbetsförmågan?
- Har den försäkrade ett arbete och kan bedömningen göras utifrån en ”arbetskravsprofil” på just detta arbete.

Den försäkringsmedicinska bedömningen omfattar således en bedömning av den av medicinska orsaker betingade arbetsförmågenedsättningen. Den ska redovisa hur den medicinskt betingade förmågebegränsningen påverkar arbetsförmågan i det egna arbetet eller – om den försäkrade inte har något arbete – till ett ”normalt på arbetsmarknaden förekommande arbete”.

6. *Finns andra individrelaterade faktorer av betydelse?*

Med individrelaterade faktorer menas i allmänhet psykologiska förhållanden som påverkar individens hälsa och möjlighet att

fungera som en självständig individ. Psykologiska faktorer, till exempel krisläsning och försvar, kan ibland vara av sådan dignitet att de är att jämföra med sjukdom enligt lagen om allmän försäkring.

### 7. Finns omgivningsrelaterade faktorer av betydelse?

Omgivningsrelaterade faktorer är familjeförhållanden, boende, ekonomi, arbetsförhållanden, socioekonomiska system etc. De är av stor betydelse vid en rehabiliteringsplanering. Vilka är de omgivningsrelaterade faktorer som är viktiga att ta hänsyn till vid en rehabiliteringsplanering, vilka av dessa utgör ett hinder eller en tillgång i rehabiliteringen?

### 8. Vilka och "hur stora" är den försäkrades resurser?

Tillgångar/resurser kan exempelvis vara yrkeskunskaper, den försäkrades utbildning etc. I ett rehabiliteringsperspektiv är det viktigt att få klart för sig den försäkrades psykologiska *resurser*. Vilka är och "hur stora" är resurserna *i den försäkrades omgivning?*

Utifrån den *försäkringsmedicinska utredningen*, som bör ge svar på frågorna ovan, görs en *försäkringsmedicinsk bedömning*, det vill säga en analys och tolkning.

Exempelvis görs inför beslut om rätt till sjukpenning en försäkringsmedicinsk bedömning. Då analyseras och bedöms huruvida den försäkrade på grund av sjukdom har en sådan funktions- och förmågebegränsning att den medför nedsättning av arbetsförmågan. Vid behov görs en basal rehabiliteringsbedömning, det vill säga analys och skattning av den försäkrades hinder och tillgångar i ett helhetsperspektiv.

Hur länge kommer arbetsförmågan att vara nedsatt? *Varaktigheten* på medicinsk grund nedsatt arbetsförmåga ska bedömas och *prognos* lämnas över vad man förväntar sig av olika rehabiliteringsåtgärder och/eller den försäkrades förmåga att kunna försörja sig genom arbete.

# Försäkringsmedicinsk dokumentation

*Av Jan Zachrisson*

## Inledning

Med försäkringsmedicinsk dokumentation menas i detta sammanhang de skriftliga frågeställningar som lämnas till försäkringsläkaren i ett ärende och försäkringsläkarens skriftliga sammanställning där han/hon redovisar sin bedömning. Redovisningen här avser endast försäkringsläkarens dokumentation.

För att kunna uppfylla de lagkrav som nämns nedan är det av största vikt att försäkringsläkaren gör en objektiv bedömning. Den ska också göras på samma sätt oavsett var och av vem ärendet handläggs.

Försäkringsläkarens dokumentation ska kunna förstås av handläggare på försäkringskassan, av ledamöterna i socialförsäkringsnämnden och av den försäkrade. Utlåtandet måste med andra ord utformas så att det kan förstås av personer som saknar medicinsk skolning.

Försäkringsläkarens uppgift är att hjälpa och vara rådgivande till handläggaren. Uppgiften går ut på att bedöma den medicinska dokumentation som finns i ett ärende.

Försäkringsläkaren är en tjänsteman som övriga tjänstemän vid försäkringskassan och står under tillsyn av Riksförsäkringsverket och Justitieombudsmannen.

Försäkringsläkarens verksamhet lyder också under Förvaltningslagen (1986:223) som bland annat reglerar frågor som Jävsfrågor och Dokumentationsskyldighet.

De lagliga grunderna för försäkringsläkarens verksamhet regleras också av grundlagsfästa principer. Bland dem kan nämnas Objektivitetsprincipen (Regeringsformen 1:9), som talar om saklighet och opartiskhet och Likhetsprincipen (Regeringsformen 1:9), där det betonas att alla ska betraktas lika inför lagen.

Offentlighetsprincipen reglerar vad som är allmän handling och på vilka grunder en handling kan lämnas ut respektive klassas som

hemlig handling. Slutligen styrs också mycket av försäkringsläkarens verksamhet av Sekretesslagstiftningen.

## Bakgrund

Vid en studie av utlåtanden utfärdade av försäkringsläkare vid lokalkontoren i Försäkringskassan i Älvsborgs län fann man att kvalitet och struktur varierade mycket. Variation fanns inte bara mellan olika läkares bedömningar utan också mellan samma läkares bedömningar men gjorda vid olika tillfällen. Bland annat var det ibland ganska svårt att läsa försäkringsläkarens utlåtanden på grund av bristande överskådlighet.

Som en följd av studien arbetade man fram förslag till struktur och innehåll i försäkringsmedicinska utlåtanden i olika ärendesslag. I arbetet deltog försäkringsläkargruppen och tjänstemän vid försäkringskassans centralkontor och lokalkontor. Riksförsäkringsverkets "Allmänna Råd" i olika ärendeslag användes bland annat som utgångspunkt i arbetet.

## Förslag till struktur av försäkringsmedicinsk dokumentation

Utlåtandet ska alltid vara daterat och tjänstemännens alla frågor måste vara dokumenterade och besvarade.

Försäkringsläkaren ska alltid redovisa på vilket underlag som bedömningen görs. I regel handlar det om olika läkarutlåtanden och intyg, men ibland även om annan skriftlig dokumentation, till exempel utlåtanden från AMI, Samhall eller annan rehabiliteringsaktör.

Nästa uppgift är att bedöma om information finns om diagnos/sjukdom/symptom. Uppfylls diagnostiska kriterier enligt ICD-10 eller DSM IV ?

Därefter ska sjukdomens konsekvenser för den försäkrade redovisas. Den medicinska manifestationen kan variera. Exempelvis kan så allvarliga sjukdomar som multipel scleros (MS) eller cancer mycket väl vara förenliga med en hel arbetsförmåga. Den försäkringsmedicinska dokumentationen ska redovisa försäkringsläkarens bedömning av på vilket sätt förvärvsförmågan är nedsatt till följd av sjukdom.

För att beskriva konsekvenserna av sjukdomar kan man ha stor hjälp av WHO´s klassifikation ICIDH -93 ("International Classifi-

ation of Impairment, Disability and Handicap”). Där redovisas konsekvenser av sjukdom/skada i tre olika nivåer:

- funktionsbegränsning på organnivå
- begränsning av förmåga på personnivå
- handikapp på social nivå.

Konsekvenserna på social nivå är viktiga att beskriva. Det är utifrån dem som man bedömer om stöd från socialförsäkringssystemet kan fås. En handikappdimension är ”sysselsättningshandikapp”, det vill säga bedömning av på medicinsk grund nedsatt arbetsförmåga.

Utifrån dimensionen ”sysselsättningshandikapp” ska en försäkringsmässig bedömning sedan göras av tjänstemannen eller socialförsäkringsnämnden om rätt till exempelvis sjukpenning/rehabiliteringsersättning respektive sjukbidrag eller förtidspension.

Inskränkningar i förmågan att klara sig själv i det dagliga livet (utan annans hjälp) kan kopplas till förmånerna vårdbidrag, handikappersättning eller assistansersättning.

Dimensionen ”förflyttningshandikapp” med oförmåga att färdas med allmänna kommunikationsmedel kan kopplas till förmånen bilstöd.

Andra ersättningslag som kan bli aktuella på grund av medicinskt betingad funktionsbegränsning och begränsning av förmåga är arbetshjälpmiddel eller kostnadsersättningar av olika slag.

Varaktigheten av funktionsbegränsning, begränsning av förmåga och handikappdimensioner måste bedömas. Normalt handlar det om att bedöma hur länge en viss nedsättning kommer att finnas. Försäkringsmässigt ska man bedöma om den kommer att bestå i veckor eller månader, om den kommer att föreligga för avsevärd tid, det vill säga ett eller två år, om den kommer att bli bestående, livslångt eller fram till ålderspensionen.

Behov av rehabilitering ska bedömas av försäkringsläkaren tillsammans med handläggaren, det vill säga de insatser utöver de rent medicinska som måste vidtas för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete eller stå till arbetsmarknadens förfogande.

Ytterligare frågor som kan behöva belysas av försäkringsläkaren är om funktionsbegränsningen helt eller delvis kan hänföras till en eventuell arbetsskada/arbetsjukdom.

Som stöd för försäkringsläkarens skriftliga utlåtande har Älvsborgskassan tagit fram olika ”mallar” för försäkringsmedicinsk doku-

mentation. Där finns de rubriker angivna som bör belysas i olika typärenden.

De strukturerade utlåtandena har under cirka två år använts och prövats med vissa mindre förändringar under resans gång. Erfarenheterna är goda. Farhågan, som tidigt framfördes att dokumentationen skulle ta för mycket tid, har visat sig vara obefogad. Mallarna ska ses som grundmallar och kan ibland behöva kompletteras med tilläggsrubriker i enskilda ärenden.

Mallarna har gett en sidoeffekt av betydelse; introduktionen av nya försäkringsläkare har underlättats. Försäkringsläkaren måste inför varje rubrik värdera innehållet i handlingarna och upptäcker då lättare om till exempel kompletterande information behövs. Med andra ord får man ett bättre beslutsunderlag för den försäkringsmedicinska bedömning som sedan ligger till grund för handläggarens och socialförsäkringsnämndens bedömning och beslut om rätt till ersättning eller annat stöd från socialförsäkringen.

På nästa sida presenteras *ett* exempel på strukturerad mall. Andra exempel på mallar för olika ärendeslag finns i bilaga.

---

Mall för försäkringsmedicinsk bedömning vid  
prövning för sjukbidrag/förtidspension

---

- Vem avser bedömningen:* Ange namn och personnummer. Utlåtandet skrivs på separat formulär/journalblad.
- Underlag:* På vilka handlingar grundas bedömningen?
- Diagnos:* Föreligger sjukdom? Är diagnosen klarlagd enligt ICD-10 eller DSM IV? Endast symptombeskrivning? Behövs ytterligare information?
- Funktions- och förmågebegränsning:* Kan man med ledning av underlaget beskriva
- funktionsbegränsningen på organnivå såsom exempelvis svullnad eller rörelseinskränkning
  - förmågebegränsning på individnivå, såsom exempelvis svårigheter att kamma håret eller att klä sig själv, kan inte arbeta med armarna uppåt, men klarar att arbeta med armarna framför sig.
- Arbetsförmågenedsättning:* Kan man med stöd av underlaget bedöma om den försäkrade till följd av sjukdom inte längre helt eller delvis kan klara
- sitt eget arbete
  - annat normalt förekommande arbete
  - skyddad verksamhet.
- Varaktighet:* Kan man med ledning av underlaget avgöra om nedsättningen av arbetsförmågan kommer att föreligga under viss tid (upp till några månader), för avsevärd tid (ett till två år) eller kommer att bli bestående?

- Rehabilitering:* Kan man förvänta sig någon effekt av rehabiliteringsinsatser? Avser såväl medicinsk som arbetsinriktad rehabilitering. Är alla resurser uttömda?
- Övrigt:* Under denna rubrik kan man till exempel redovisa om man anser det meningsfullt med efterkontroll om socialförsäkringsnämnden skulle besluta om en förtidspension. Vidare kan man här ta upp frågor som samband med tidigare godkänd arbetsskada.
- Underskrift med angivande av specialistkompetensområde:* Om bedömningen innehåller yttrande om arbetsskada eller livränta ska man alltid ange specialitet. (I övriga ärendeslag kan det vara av värde, inte minst för ledamöterna i Socialförsäkringsnämnden, att redovisa försäkringsläkarens specialitet).

## Kvalitetsutvärderingsinstrument

Förslag till kvalitetskontrollinstrument har tagits fram. De är tänkta att användas på samma sätt som de som används vid kontroll av ärenden (*Qben, Qfen* med flera).

Meningen med instrumentet är att man ska kunna följa upp, utvärdera och vid behov förändra försäkringsläkarens utlåtanden. Försäkringsöverläkaren kan förslagsvis ha den uppgiften.

På nästa sida finns ett exempel på kvalitetsutvärderingsinstrument för försäkringsläkares utlåtande inför en eventuell prövning i Socialförsäkringsnämnd. Förslag på instrument för andra ärendeslag finns i bilaga.



## Kvalitetsbedömning av FL-utlåtande vid prövning av FÖRTIDSPENSION/SJUKBIDRAG

	Ja		Nej	
1. Framgår vilket underlag FL tagit del av av?				
2. Är FLs yttrande överskådligt				
	Ja		Nej	
	Till- räckligt	Otill- räckligt	Behövs	Behövs ej
1. Finns uppgift om diagnos/ symptom?				
2. Finns uppgift om funktions-/ förmågebegränsning?				
3. Finns uppgift om på medicinsk grund nedsatt arbetsförmåga och bedömning av restarbetsförmåga?				
4. Är varaktigheten i arbetsförmåge- nedsättningen bedömd?				
5. Finns bedömning av behov om medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering?				
6. Finns en sammanfattning i ärendet?				

Granskningen utförd av

Datum

-----

# STRUT – en modell för försäkringsmedicinsk utredning

Av Curt Nyström och Orvar Nyström

Strukturerad Rehabiliterings Utredning – Medendus STRUT® – är en modell, en metodik och ett arbetsredskap för att underlätta för den som ska utreda och bedöma personer med nedsatt funktion och förmåga.

Enligt STRUT ska i strukturerad följd totalt 23 faktorer beaktas och bedömas. Det är faktorer som är av betydelse vid bedömning av en individs funktioner och förmågor – även arbetsförmåga.

Arbetsredskapet består av ett arbetsblad disponerat i tre skilda avsnitt. Där finns upptaget faktorer och förhållanden som är viktiga i rehabiliteringsutredningen. De har ställts samman på ett sätt som ska förtydliga gynnsamma och ogynnsamma aspekter på individens rehabiliteringspotential. Vid själva bedömningen skattas varje faktor till ett tal – mellan 0 och 4 – beroende på den enskilda faktorns tyngd.

I delarna SJUKDOM och HINDER innebär ett *högre tal* en större vikt som *ogynnsam* omständighet vid rehabilitering till arbete. Omvänt gäller, att ett lågt skattningstal vid sjukdom och hinder innebär gynnsamma förutsättningar för återgång i arbete.

I delarna RESURS och PROGNOSES innebär ett *högre tal* större vikt som *gynnsam* faktor.

## Sjukdom och dess följder

Arbetsbladets första del – rubricerad SJUKDOM – utgör en redovisning av medicinska faktorer enligt metodik som rekommenderas i International Classification of Impairment, Disability and Handicap, (WHO-ICIDH, Genève 1980). Sjukdomars kliniska manifestation dokumenteras enligt ICD-10 och tyngden i den kliniska manifestationen skattas.

De medicinska konsekvenserna av aktuella sjukdomar beskrivs enligt första och andra steget i ICIDH. Det första steget avser be-

gränsning av funktion på organnivå. I det andra steget sammanfattas sjukdomarnas sammantagna konsekvenser för begränsning av förmåga på individ-/personnivå ställt i relation till dagliga aktiviteter, sysselsättning och arbete. Konsekvenserna av sjukdom på dessa två nivåer kan med rimlig säkerhet bedömas utifrån en medicinsk kunskapsgrund.

## Hinder

Den andra delen av arbetsbladet har rubriken HINDER. Här ingår individrelaterade och omgivningsrelaterade faktorer av betydelse. De har ställts upp i en bestämd ordning för att spegla samband mellan tidigare historik, nuläge och framtid. Exempel på individrelaterade faktorer är belastande livshändelser, resurs för krishantering, psykiska försvar och språklig kompetens. Omgivningsrelaterade faktor kan exemplifieras med familjehinder, arbetsrelaterade hinder och sjuktid.

Genom att dokumentera hinder som en särskild del på arbetsbladet blir de individ- och samhällsrelaterade omständigheternas närvaro och betydelse tydlig. Samtidigt behåller man strukturen genom att de primärt förs till en annan kategori än den strikt medicinska.

Genom att redovisa medicinska faktorer och icke medicinska faktorer som olika delar blir det möjligt att tydligare se gränsdragningen mellan medicinskt betingade problem och icke medicinska omständigheter. Det kan vara motiverat av såväl medikolegala som terapeutiska skäl. Gentemot AFL (Lagen om allmän försäkring) kan rekvisitet (grundkravet) sjukdom tydligare beaktas. Samtidigt framhävs problemområden där det kan vara motiverat med helt andra resursinsatser än dem som medicin och sjukvård kan erbjuda.

## Resurs

Under rubriken RESURS sammanställs och skattas personens tillgängliga resurser. Skattningen görs utifrån den arbetsmarknad som finns och där personen ifråga konkurrerar om ett arbete för att klara sin försörjning. Exempel på dessa aspekter är medicinsk restarbetsförmåga, social kompetens, teoretisk och praktisk yrkeskompetens.

## Handikapp

I en försäkringsmedicinsk utredning ingår även att dokumentera hur samhället förhållit sig mot den försäkrade fram till bedömningstillfället. STRUT lyfter därför fram inte bara individens utan även samhällets roll som en väsentlig aspekt under rubriken HANDIKAPP. Under vilken tid och i vilken form har personen i fråga fått sin begränsade förmåga accepterad som ett stödberättigat handikapp. Härigenom har individen fått samhällets bekräftelse på att hans/hennes begränsade förmåga varit accepterad och även inneburit rätt till samhällets stöd. Samhället och dess representanter kan ses som delansvariga i den aktuella situationen.

## Prognos

Slutligen skattas under rubriken PROGROS personens framtida möjligheter att förvärvsarbeta.

## Skattning

Skattningen av varje enskild faktor görs med stöd av Manual STRUT och de referenser till skattningsskalor och resultat från skattningsskattningsskalor som finns där. Genom att arbeta på ett sådant sätt – i varje enskilt fall – kan samma faktorer beaktas och skattas på samma sätt. Att processen fram till bedömning dokumenteras på ett standardiserat sätt gör det också möjligt att pröva validiteten i bedömningarna. Dessutom kan jämförelser göras mellan olika bedömningsteam.

Skattning av den del som rör HINDER görs bäst av den eller de i teamet som känner till de aktuella förhållandena, till exempel kurator, psykolog, handläggare, personalassistent eller annan medverkande i utredningen. Argumenten för skattningen redovisas sedan för medicinskt ansvarig. Det motiveras med att skattning av aspekterna krislösning, personlighet och beteende görs inom ett område där den normala variationen övergår till avvikelser av sjukdomsvalör.

Skattningen av RESURS och PROGROS görs av det samlade teamet genom att väga samman deltagarnas information och bedömningar.

Medendus STRUT® har ett brett användningsområde; vid medicinsk rehabiliteringsutredning och behandlingsplanering men även i samband med bedömning av arbetsförmåga i kontakt med såväl samhällets aktörer inom socialförsäkring och arbetsvård som arbetsgivares rehabiliteringsplanering.

Medendus STRUT® är som tidigare sagts och beskrivits en grundmodell, en metodik och ett arbetsinstrument. Den ger strukturerad information, möjlighet till normering, test av reliabilitet och validitet, bättre informationsbehandling, bättre kommunikation, ökad kvalitet i verksamheten och ökad rättssäkerhet för individen.

Inom försäkringskassan har man genom åren lagt ner mycket arbete på att definiera krav på det försäkringsmedicinska beslutsunderlaget. En pedagogisk modell för *Försäkringsmedicinsk utredning i ett helhetsperspektiv* presenterades redan 1992 av doktor Sven-Olof Krafft (medförfattare till denna skrift). Den reviderade versionen (980512) uppfattas som en tungt vägande sammanfattning av försäkringskassans krav på *vad* ett medicinskt beslutsunderlag bör omfatta. Modellen och metodiken Medendus STRUT® erbjuder ett redskap för *hur* kraven ska kunna tillgodoses.

## Försäkringsmedicinsk grundutredning

### vid RFV sjukhus i Tranås

Vid RFV sjukhus i Tranås pågår en omorganisation och en förändring av verksamheten för att på bästa sätt motsvara dagens och morgondagens behov och efterfrågan. Nytra-utredningen och dess tankegångar och förslag har inneburit en utgångspunkt och en framtidsbild i förändringsarbetet. Den har bland annat lett till att sjukhuset sedan januari 1997 kan erbjuda försäkringskassorna ett program för försäkringsmedicinsk grundutredning. RFV sjukhus i Nynäshamn och Tranås har idag tillgång till Strukturerad Rehabiliterings Utredning som underlag för Grundutredning.

Programmet innebär att utredningen genomförs under två veckor. Patienterna kallas in i grupper om fem. De inkvarteras på patienthotell (liknande) och har teamets sjuksköterska som samordnare och kontaktperson. Var och en får redan vid ankomsten sitt individuella

la schema för utredningstiden – dag för dag – med exakta tider för kontakter med kurator, psykolog, arbetsterapeut och sjukgymnast.

Programmet motsvarar endast grundläggande utredning. Av det skälet ingår inga behandlingsmoment som sjukgymnastik, bad/massage etc.

Utredningens nionde dag samlas teamet för att ställa samman den information respektive yrkeskategori samlat in.

Under utskrivningssamtalet med sjukgymnast, arbetsterapeut och läkare får patienterna reda på utredningsresultatet, de bedömningar och förslag som utredningen lett till. I några fall har även patientens handläggare, rehabiliteringskonsult och/eller personalansvarig vid arbetsplatsen varit med vid utskrivningssamtalet. I andra fall har utskrivningssamtalet skett med handläggare uppkopplad via telefon. Erfarenheterna av samordningen mellan utredningsteamet, patienten och aktörerna på patientens hemort är mycket goda.

# Är STRUT ett effektivt utredningsinstrument?

*Av Elisabeth Österberg och Sven-Olof Krafft*

Texten här är vår sammanfattning av ett utvärderingsprojekt.

## Bakgrund

Riksförsäkringsverkets sjukhus ska bland annat

- hjälpa försäkringskassorna med utredningsinsatser för försäkrade med komplexa orsaker till ohälsa och nedsatt arbetsförmåga
- medverka till att socialförsäkringen tillämpas på ett rättsäkert och likformigt sätt
- verka för en samordnad och effektiv rehabilitering för försäkrade som remitteras till sjukhuset
- vara socialförsäkringens utvecklingsinstitutioner för forskning och metodutveckling inom det försäkringsmedicinska området.

Den försäkringsmedicinska grundutredningen i Tranås bygger på modellen och metodiken STRUT (STrukturerad Rehabiliterings-UTredning).

Den försäkringsmedicinska applikationen av STRUT har tillämpats i Tranås sedan 1996 och föregåtts av ett långt utvecklingsarbete. Den är ett exempel på en konkretisering av sjukhusets roll och uppgifter.

Sedan några år har ett välfungerande samarbete utvecklats mellan RFVs sjukhus i Tranås och Älvsborgs läns allmänna försäkringskassa. En del i samarbetet är beslutet (1997-01-22) om en utvärdering av ett antal grundutredningar som gjorts i Tranås.

En arbetsgrupp med representanter från försäkringskassan och RFVs sjukhus arbetade fram en projektplan för utvärderingen.

Utvärderingen genomfördes under vår ledning huvudsakligen vid försäkringskassan/PUU-stab (Planerings- Uppföljnings- och Utvärderingsstaben).

## Syfte

Projektet syftade till följande:

- Att ta reda på om försäkringsmedicinsk grundutredning enligt STRUT, som den tillämpas vid RFVs sjukhus i Tranås, är ett effektivt kartläggningsinstrument utifrån individens behov och försäkringskassans roll och ansvar. Effektivt innebär att underlaget som lämnas efter utredningar är tillräckligt för att fatta försäkringsmässiga beslut och att en rehabiliteringsplan vid behov kan upprättas.
- Att ta reda på om utbetalning/utnyttjande av socialförsäkringen ändras efter att utredningen genomförts.

## Utvärdering

Utvärderingen skedde genom att mäta följande variabler:

- Dokumenterade utredningen om och i vilken omfattning sjukdom förelåg?
- Dokumenterade utredningen i vilken grad arbetsförmåga förelåg?
- Dokumenterades individens resurser och hinder?
- Lämnades förslag till fortsatta åtgärder?
- Dokumenterades att resultatet av utredningen var förankrat hos den försäkrade?
- Kunde en rehabiliteringsplan med stöd av utlåtandet vid behov upprättas?
- Var informationen i utlåtandet i sin helhet tillräcklig för att försäkringskassan skulle kunna fatta ett försäkringsmässigt beslut?

Om uttaget från socialförsäkringen för den studerade gruppen som helhet förändrades efter genomgången utredning utvärderades också.

## Urval

Studien omfattade 100 konsekutiva (i följd genomförda) försäkringsmedicinska utredningar i Tranås under perioden 1997-02-24 till och med 1997-10-19.



En förstudie gjordes av de 20 första utredningarna. De kom sedan att ingå i huvudstudien då projektets uppläggning och genomförande inte förändrades efter avslutad förstudie. Remitterande till grundutredningen var ansvarig handläggare vid lokalkontoret. Samråd skedde nästan alltid med lokalkontorets försäkringsläkare. Kriterier för att remittera till en utredning var att handläggaren bedömde att det fanns en multifaktoriell genes till den försäkrades upplevda ohälsa och nedsatta arbetsförmåga. Syftet skulle vara en försäkringsmedicinsk utredning som även innefattade en grundläggande rehabiliteringsutredning.

Efter genomförd utredning i Tranås fick projektets utvärderingsansvarige tjänsteman vid centralkontoret i Borås en kopia av läkarutlåtandet. Varje utlåtande registrerades och numrerades i tidsföljd. FK-tjänstemannen granskade och analyserade alla försäkringskassans handlingar om de försäkrade som ingick i projektet. I ett särskilt utvärderingsformulär registrerades ett antal uppgifter: ålder, kön, yrke, sysselsättning, aktuell socialförsäkringsförmån när kartläggningen började, antal ersättningsdagar före och efter genomförd kartläggning m m. I varje ärende bedömde dessutom FK-tjänstemannen utredningens resultat beträffande mätvariablerna.

Vidare kartlades hur socialförsäkringskonsumtionen förändrades för gruppen som helhet under en tidsperiod på två år, ett år före till och med ett år efter den försäkringsmedicinska utredningen.

Försäkringsöverläkaren (FÖL) granskade och analyserade sedan samtliga utlåtanden utifrån ett särskilt bedömningsformulär. Han gjorde också en egen bedömning av mätvariablerna.

En ansats till validering av FÖLs bedömningsresultat gjordes genom att låta försäkringsöverläkaren vid Hallandskassan, en försäkringsläkare och en erfaren försäkringskassetjänsteman vid Kronobergskassan göra en medbedömning av fem slumpvis utvalda utlåtanden.

En enkät besvarades av de remitterande rehabiliteringssamordnarna. Resultatet av enkätfrågorna redovisade den ansvarige tjänstemannens bedömning av resultatet av den försäkringsmedicinska grundutredningen och tjänstemannens medverkan vid utskrivningssamtalet i Tranås.

# Sammanfattning av resultat

## Könsfördelning

I den studerade gruppen fanns en klar överrepresentation av kvinnor – 63 kvinnor och 37 män.

## Åldersfördelning

10 personer var yngre än 30 år, 23 personer befann sig i åldersgruppen 30-39 år, 34 personer i gruppen 40-49 år, 30 personer i gruppen 50-59 år och 2 personer i gruppen 60 år och äldre. Uppgift saknades för en person.

## Anställning

64 personer hade anställning (varav en med lönebidragsanställning), 31 personer var arbetslösa, 1 person var egenföretagare. Uppgift saknades för 4 personer.

## Utbildningsbakgrund

41 personer saknade utbildning utöver grund- eller folkskola, 35 personer hade högst två års utbildning efter grundskolan (vanligtvis en yrkesutbildning), 27 personer hade gymnasieutbildning och fyra hade akademisk utbildning. Uppgift saknades för tre personer.

## Medicinska diagnoser

Sjukdomar i rörelseorganen dominerade i inremitteringshandlingarna. 88 procent hade som diagnos sjukdomar i rörelseorganen. Endast en patient bedömdes ha psykisk sjukdom som orsak till sin nedsatta arbetsförmåga.

Resultatet av den försäkringsmedicinska grundutredningen ger en helt annan bild av de försäkrades medicinska diagnoser. I utlåtandena redovisas en påtaglig förskjutning mot psykiatriska diagnoser. Sammanfattningsvis redovisas i utlåtandet från Tranås följande diagnosmönster: I två procent anges enbart somatisk/a diagnos/er som orsak till nedsatt arbetsförmåga, i tre procent anges enbart psykiatrisk/a diagnos/er som orsak och i 95 procent anges kombinerad/e psykiatrisk/a och somatiska/a diagnoser som orsak till den nedsatta

arbetsförmågan. Av de psykiatriska diagnoserna dominerar somatoformt smärtsyndrom (F 45.4 enligt ICD-10) och somatoform autonom dysfunktion (F45.3 enligt ICD-10).

Tabell. Antalet redovisade medicinska diagnoser enligt ICD-10/per patient.

Antal diagnoser	1	2	3	4	5	6	7
Antal patienter	1	11	28	37	16	5	2

De medicinska problemen visade sig vara mer komplicerade än vad som beskrivits i handlingarna från försäkringskassan. Samtliga försäkrade hade dessutom individrelaterade psykologiska förhållanden som hinder för förvärvsarbete. Digniteten varierade från lätta till mycket svåra psykologiska problem.

I samtliga utredningar noterades även omgivningsrelaterade hinder för förvärvsarbete av olika art och grad.

Genom att klarlägga inte bara den försäkrades sjukdomar och deras konsekvenser, utan också andra för rehabiliteringen väsentliga förhållanden, bedömdes kartläggningen utgöra en god grund för fortsatta åtgärds- eller rehabiliteringsplaneringar.

Såväl FK-tjänstemannen som FÖL ansåg var för sig att följande frågor dokumenterats i tillräcklig utsträckning i samtliga utlåtanden:

- i vilken omfattning sjukdom/ar förelåg
- i vilken omfattning på medicinsk grund arbetsförmågenedsättning förelåg
- individens resurser och hinder
- förslag på fortsatta åtgärder.

I alla utlåtanden redovisades att den försäkrade hade tagit del av undersökningsresultatet och vilken den försäkrades uppfattning var. Alla utlåtanden bedömdes vara tillfylles för att kunna fatta försäkringsmässiga beslut. För varje försäkrad med behov av rehabiliteringsstöd kunde en rehabiliteringsplan upprättas med utgångspunkt i resultatet av den försäkringsmedicinska grundutredningen.

Vid analys av handlingarna vid försäkringskassan ansåg man att i 12 procent av ärendena var underlaget tillräckligt för att ett försäkringsmässigt beslut skulle kunna ha fattats av försäkringskassan utan utredning i Tranås. Utredningarna föreföll ha genomförts för att man skulle vara helt säker på att inga ytterligare stödinsatser var möjliga.

### **Resultat av enkät till remitterande rehabiliteringssamordnare**

En enkät som redovisade remitterande rehabiliteringssamordnares bedömning och uppfattning av utredningen i Tranås besvarades av 58 personer, det vill säga samtliga handläggare som under den studerade perioden remitterat försäkrade till Tranås.

På frågan om utlåtandet beskrev den försäkrades problem och om rekommendationen var realistisk svarade 40 samordnare "ja, helt". 18 besvarade frågan med "ja, delvis". Ingen ansåg att utlåtandet inte alls beskrev den försäkrades problem eller att rekommendationerna var orealistiska.

53 samordnare bedömde att utredningen i Tranås "fört ärendet framåt". Tre samordnare att den inte påverkade utvecklingen. Två samordnare besvarade inte denna fråga.

På frågan om det förväntade målet uppnåddes med utredningen angav 45 samordnare "ja, helt". 12 samordnare angav "ja, delvis". En samordnare har inte besvarat denna fråga.

Om utlåtandets utformning, layout, tydlighet och uppbyggnad ansåg 17 samordnare att utlåtandet var "mycket bra". 31 ansåg det "bra". Fyra ansåg det "godtagbart". 3 ansåg det "mindre bra eller dåligt". Tre samordnare besvarade inte denna fråga.

Av de 58 samordnarna hade endast 17 medverkat vid utskrivningssamtalet i Tranås.

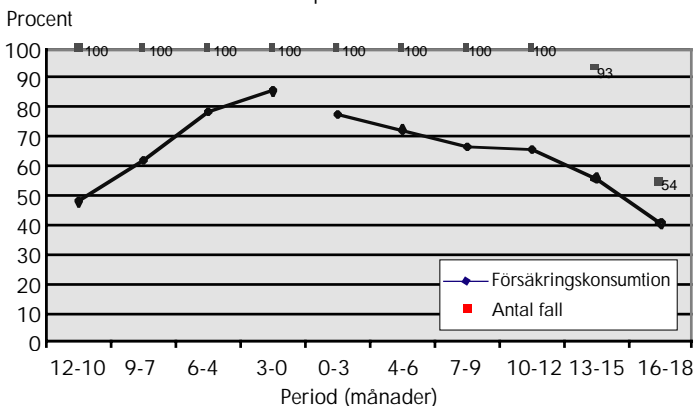
### **Förändring av utgående socialförsäkringsförmån**

Varje försäkrad har följts angående utbetalad socialförsäkringsförmån såväl före som efter genomförd utredning.

Uppföljningen ska pågå i två år för samtliga försäkrade, det vill säga den beräknas vara avslutad i slutet av oktober 1999.

I försäkringskonsumtionen har inte utbildningsbidrag och föräldrapenning räknats in.

## Försäkringskonsumtion Mättidpunkt 98-10-19



Diagrammet beskriver den genomsnittliga socialförsäkringskonsumtionen i tremånaders intervaller före respektive efter att den försäkrade genomgått Försäkringsmedicinsk Grundutredning enligt STRUT. Hittills har uppföljning gjorts för tidsperioden *ett år före åtgärd till och med 18 månader efter avslutad åtgärd*.

Diagrammet visar också antalet individer som befinner sig i de olika intervallerna. (Under tiden då åtgärden genomförs mäts inte försäkringskonsumtionen, vilket ger "glappet" i kurvan.)

I intervallet 10-12 månader efter avslutad åtgärd befinner sig 100 personer. Därefter finns 93 individer i intervallet 13-19 månader och slutligen 54 individer i intervallet 16-18 månader. Socialförsäkringskonsumtionen har varit högst i intervallen 3-0 månader före åtgärd. I intervallet 4-6 månader efter avslutad åtgärd ligger konsumtionen på cirka 71 procent och fortsätter neråt samt planar delvis ut i intervallet 7-9 månader. I intervallet 10-12 månader fortsätter kurvan att sjunka och konsumtionen ligger på 60 procent. I intervallet 13-15 månader efter avslutad åtgärd, där 93 individer befann sig vid mättidpunkten, är konsumtionen 57 procent. Kurvan dalar ytterligare i sista intervallet (16-18 månader) och visar på en genomsnittlig konsumtion av 40 procent för de 54 individer som vid mättidpunkten befinner sig i intervallet.

Resultatet visar således på en markant nedgång av socialförsäkringskonsumtion. Det trots att de försäkrade vid remitteringen be-

dömdes ha *särskilt komplicerade orsaker* till sin nedsatta arbetsförmåga.

## Diskussion

Såväl FK-tjänstemannen vid centralkontoret som försäkringsöverläkaren bedömde var för sig att den försäkringsmedicinska grundutredningen enligt STRUT är ett effektivt kartläggningsinstrument utifrån individens behov och försäkringskassans roll och ansvar.

Utredningen är enligt vår uppfattning mycket värdefull för försäkrade med en multifaktoriell genes till upplevd ohälsa. Eftersom utredningens resultat kommuniceras med den försäkrade, ger det honom/henne en möjlighet att själv medverka i och ta ansvar för sin rehabilitering. Utredningen redovisar tydligt såväl art som grad av olika problem. Det innebär att försäkringskassan får ett bra underlag för en försäkringsmedicinsk bedömning och för att fatta ett försäkringsjuridiskt beslut.

Rehabiliteringssamordnarna anger att de i stort är nöjda med resultatet av utredningarna. Det finns dock förhållanden som bör kunna åtgärdas.

I 12 procent av remitterade "ärenden" skulle sannolikt försäkringsmässiga beslut ha kunnat fattas utan utredningen i Tranås. Utlåtandet är något svårtolkat och för att på rätt sätt kunna värdera det krävs särskild utbildning. Försäkringsläkare måste medverka i analysen och noggrant dokumentera sin försäkringsmedicinska bedömning. Några försäkringsläkare uppgav också att utlåtandet ibland var svårt att tolka. Samtliga försäkringsläkare fick därför genomgå en utbildning i kartläggningsinstrumentet med upphovsmännen till instrumentet som lärare.

Med tanke på att utlåtandet ska kunna förstås av den försäkrade, ansvarig handläggare och av ledamöterna i socialförsäkringsnämnd anser vi att man bör överväga att omarbeta utlåtandet, så att det blir mer lättläst – dock utan att den totala informationen får gå förlorad.

# Pågående utvecklingsarbete i Tranås och Nynäshamn

*Av Jan-Eric Nilsson*

Utvecklingen av RFV-sjukhusens nya utredningsprogram, Försäkringsmedicinsk Grundutredning, har gått mycket bra och innehållet är i alla väsentliga delar klart och utvärderat. Vad som nu återstår är att komplettera och finjustera olika detaljer, ge en kompletterande utbildning till personalen vid sjukhusen och utforma kvalitetssäkringen.

När det gäller programinnehållet räknar vi med att de återstående frågorna ska vara lösta under 1998, medan kvalitetssäkringen och personalutbildningen kommer att kunna avslutas under nästa år.

Den fortsatta utvecklingen kommer att bygga på instrumentet Försäkringsmedicinsk Grundutredning enligt STRUT och med följande målsättningar:

- att genom en allsidig, sakkunnig och strukturerad rehabiliteringsutredning tydliggöra förekomsten av sjukdomar och deras konsekvenser samt de sociala och psykologiska faktorer som kan innebära begränsningar i en arbetslivsinriktad rehabilitering
- att tydliggöra och belysa individens kvarstående resurser och möjligheter att förbättra dessa
- att ge rehabiliteringsansvariga vid försäkringskassorna ett adekvat och användbart underlag för bedömning av rehabiliteringsåtgärder och för försäkringsmedicinska beslut
- att ge individen en realistisk och enhetlig bedömning av sina sjukdomar, svårigheter och förutsättningar
- att ge möjlighet till vetenskaplig uppföljning, kvalitetskontroll och utvärdering i syfte att förbättra utredningsmetodiken.

En utredningsverksamhet av den här karaktären blir givetvis aldrig helt färdigutvecklad. Den måste ses som en fortlöpande process där vi – utifrån den nu skapade plattformen – i dialog med försäkringskassorna, de försäkrade, personalen vid sjukhusen och med tillvara-

tagande av nya kunskaper och forskningsresultat utvecklar och förfinar metodiken.

Det är främst fyra områden som prioriteras i det fortsatta utvecklingsarbetet. De är följande:

- Att i våra olika samverkansgrupper, där personal från sjukhusen i Nynäshamn och Tranås ingår, fastställa enhetliga rutiner och de instrument som ska användas inom olika professioner (psykologer, kuratorer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, läkare, sjuksköterska med flera). En viktig del av arbetet är att göra adekvata gränsdragningar mellan olika funktionärer/professioner så att dubbelarbete undviks, men också för att försäkra sig om att alla bedömningsgrunder och parametrar beaktas. En annan ambition är att utveckla kartläggningsinstrument för att kunna belysa ytterligare dimensioner hos den försäkrade, till exempel att väga in ytterligare individ- och omgivningsfaktorer som påverkar rehabiliteringsprognosen
- Att komma fram till en lämplig utformning av slututlåtandet. Det är en mycket central punkt och här har vissa svårigheter upptäckts under försöksperioden. Det är mycket stora mängder information som ska kunna kommuniceras med såväl kassans handläggare som med den försäkrade. Det gäller nu för en särskild arbetsgrupp som tillsatts att – utan att kvalitet och innehållet försämras – hitta en form för slututlåtandet som gör det tydligt och lättförståeligt.
- Att snarast nå slutmålet när det gäller kvalitetssäkring av programmet – en certifiering enligt ISO 9001. Ett problem är här att de två sjukhusen ligger olika långt framme i kvalitetsprocessen. I Tranås är grundverksamheten och det första patientprogrammet redan certifierat. Det är inte fallet i Nynäshamn. Mycket tyder därför på att certifieringen för den Försäkringsmedicinska Grundutredningen kommer att ske i två steg – först i Tranås där målet är satt till 1999-07-01 och i Nynäshamn något senare.
- Att så snart programmets olika detaljer är klara starta kompletterande utbildning av den personal som ska arbeta inom programmet Försäkringsmedicinsk Grundutredning. Utbildning ska vara gemensam för personalen i Nynäshamn och Tranås. I vår utbildningssatsning ingår även att erbjuda handläggare och försäkringsläkare vid försäkringskassorna en fördjupad utbildning i metodiken och hur utlåtanden ska läsas och tolkas, så att de kan få optimalt utbyte av slututlåtandena.



Sammanfattningsvis är min bedömning att båda sjukhusen från januari 1999 kan erbjuda försäkringskassorna en väl strukturerad och högkvalitativ Försäkringsmedicinsk Grundutredning, där högt ställda krav på rättssäkerhet och enhetlighet kan tillgodoses och som är väl anpassad till de behov som finns hos försäkringskassorna och deras försäkrade.

## Referenser

Raspe, H. (1994) Das erwerbsbezogene Leistungsvermögen – eine zentrale Kategorie der praktischen Socialmedizin Gesund.Wes. (56).

Sjöberg, L. Expertord väger lättare än inga ord. Svenska Dagbladet, 95 11 25.

Socialstyrelsen. (1997) Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem (ICD 10). Systematisk förteckning. Stockholm: Fritzes.

Socialstyrelsen. (1997) Svensk version av WHO:s internationella handikappklassifikation ICIDH (1993). Stockholm: Fritzes.

SOU 1997:169, Socialdepartementet. Betänkande av NYTRA-utredningen: Försäkringsmedicinskt centrum.

Turk, D.C., Rudy, T.E., Stieg, R.L. (1988) The disability determination dilemma: toward a multiaxial solution. Pain, (34), 217 –229.

# Bilaga: Försäkringsmedicinsk dokumentation

Av Jan Zachrisson

---

Mall för försäkringsmedicinsk bedömning inför prövning av ansökan om handikappersättning

---

- Underlag:* På vilka handlingar grundas bedömningen?
- Diagnos:* Föreligger sjukdom? Diagnos enligt ICD-10 eller DSM IV? Enbart symptombeskrivning?
- Funktions- och förmågebegränsning:* Kan man av handlingarna bedöma art och grad av individens funktions- och förmågebegränsning? Kan de kopplas till diagnos/sjukdom/symptom?
- Behov av annans hjälp:* Med vad och i vilken omfattning framgår det av underlaget att den försäkrade har ett hjälpbehov i den dagliga livsföringen? Kan hjälpbehovet kopplas till funktions- och förmågebegränsningen?
- Varaktighet:* Hjälpbehovet ska anses föreligga under minst ett år framåt.
- Sammanfattning:* Kan behövas vid omfattande utlåtanden.
- Övrigt:* Andra frågeställningar som kan behöva besvaras av FL kan vara att bedöma rimligheten i vissa ersättningskrav. Kan bland annat handla om att bedöma rimligheten i vissa kostnadsersättningskrav.

*Underskrift*

---

Mall för försäkringsmedicinsk bedömning vid  
prövning av ansökan om bilstöd

---

<i>Underlag:</i>	På vilka handlingar grundas bedömningen?
<i>Diagnos:</i>	Föreligger sjukdom? Diagnos enligt ICD-10 eller DSM IV? Enbart symtombeskrivning?
<i>Funktionsbegränsning:</i>	Kan man av handlingarna bedöma art och grad av individens funktionsbegränsning? Kan den kopplas till diagnos/sjukdom/symptom?
<i>Begränsning av förmåga:</i>	Hur beskrivs den försäkrades funktionshinder med avseende på förmågan att förflytta sig. Är svårigheten att nyttja allmänna kommunikationsmedel somatiskt eller psykiskt betingat? Är hindren klarlagda? Hindret måste vara medicinskt betingat! Bristfälliga kommunikationer eller långt avstånd till busshållplats kan inte bedömas som medicinskt betingat hinder.
<i>Varaktighet:</i>	Viktigt att belysa. Funktionshindret ska i princip vara bestående eller ska åtminstone föreligga under den tid som bilen ska användas det vill säga i regel minst sju år. I ärendena kan det bli aktuellt med andra frågor att besvara, till exempel om begärd utrustning/anpassning är medicinskt lämplig och motiverad.
<i>Sammanfattning:</i>	Kan behövas vid omfattande utlåtanden.
<i>Underskrift</i>	

---

Mall för försäkringsmedicinsk bedömning inför  
prövning avseende ansökan om assistansersättning

---

<i>Underlag:</i>	På vilka handlingar grundas bedömningen?
<i>Personkrets:</i>	Ska bedömas av tjänsteman,. Ibland kan diskussion med FL behövas.
<i>Diagnos:</i>	Föreligger sjukdom? Är diagnosen klarlagd enligt ICD-10 eller DSM IV? Finns endast symptombeskrivning?
<i>Funktions- och förmågebegränsning.</i>	Kan man av handlingarna bedöma art och grad av individens funktions- och förmågebegränsning? Kan de kopplas till diagnos/sjukdom/symptom?
<i>Behov av personlig assistans för den dagliga livsföringen:</i>	Vad är det den försäkrade inte klarar själv i sitt dagliga liv? ADL? Annat? Kan hjälpbehovet kopplas till funktions- och förmågebegränsningen?
<i>Varaktighet:</i>	Funktionshindret ska vara varaktigt, det vill säga inte vara av tillfällig eller övergående natur.
<i>Sammanfattning.</i>	Kan behövas vid omfattande utlåtanden.
<i>Underskrift</i>	

---

Mall för försäkringsmedicinsk bedömning vid  
prövning av ansökan om arbetsskadeersättning

---

- Underlag:* På vilka handlingar grundas bedömningen?
- Diagnos:* Föreligger sjukdom? Är diagnosen klarlagd enligt ICD-10 eller DSM IV? Mycket viktig frågeställning vid bedömning av arbetsskador/arbetssjukdomar. I dessa fall måste man vara extra noga eftersom skadlig inverkan ska styrkas med hög grad av sannolikhet. Det är omöjligt om diagnosen är osäker.
- Skadlig inverkan:* Beskriv vad som angivits vara skadlig inverkan avseende omfattning, intensitet, varaktighet. Finns det klarlagt med hög grad av sannolikhet att beskriven inverkan kan ge upphov till de angivna besvären/sjukdomen? Ange litteraturreferenser.
- Samband:* Talar övervägande skäl för att det finns ett samband mellan beskriven skadlig inverkan och den försäkrades sjukdom/besvär. Finns annan konkurrerande skadlig inverkan beskriven? Föreligger ett försämringstillstånd? I så fall – hur länge kan den försäkrades besvär/symptom hänföras till beskriven skadlig inverkan i arbetet?
- Sammanfattning:* Kan behövas vid omfattande utlåtanden.
- Underskrift:* Vid underskrift i arbetsskadeärende ska försäkringsläkarens specialistkompetens alltid anges.

---

Mall för försäkringsmedicinsk bedömning  
vid prövning av ansökan om vårdbidrag

---

- Underlag:* På vilka handlingar grundas bedömningen?
- Diagnos:* Föreligger sjukdom? Finns diagnos enligt ICD-10 eller DSM IV? Enbart symptombeskrivning?
- Funktions- och förmågebegränsning:* Kan man av handlingarna bedöma art och grad av funktionshinder och begränsning i individens förmåga? Kan dessa kopplas till diagnos/sjukdom/symptom?
- Vård- och tillsynsbehov:* Hur och i vilken omfattning framgår det att det finns ett behov av vård och tillsyn utöver det normala. Till exempel det diabetessjuka barnet – hur mycket extra tillsyn behöver det utöver vad ett normalfriskt barn i samma ålder skulle behöva? I dessa ärenden räcker det ofta inte att bara bedöma på det medicinska underlaget, utan också vårdnadshavarens beskrivning av barnets vård- och tillsynsbehov
- Varaktighet:* Viktigt att belysa. Vård- och tillsynsbehovet ska föreligga under minst sex månader.
- Övrigt:* Försäkringsläkaren kan behöva besvara andra av tjänstemannen ställda frågor, som kan handla om vissa kostnadsersättningar, vilka ska ställas i relation till sjukdomens/arnas konsekvenser.
- Sammanfattning:* Kan behövas vid omfattande utlåtanden.

*Underskrift*

# 5 förslag på kvalitetsutvärderingsinstrument

## Kvalitetsbedömning av FL-utåtande vid prövning av HANDIKAPPERSÄTTNING

	Ja		Nej	
1. Framgår vilket underlag FL tagit del av av?				
2. Är FL:s yttrande överskådligt				
	Ja		Nej	
	Till- räckligt	Otill- räckligt	Behövs	Behövs ej
1. Finns uppgift om diagnos/ symptom?				
2. Finns uppgift om funktions/ förmågebegränsning?				
3. Finns uppgift om vård och tillsynsbehov?				
4. Finns uppgift om varaktighet avseende annans hjälp för den dagliga livsföringen?				
5. Finns en sammanfattning av ärendet?				

Granskningen utförd av

Datum

-----

Kvalitetsbedömning av FL-utåtande vid prövning av  
BILSTÖD

	Ja		Nej	
1. Framgår vilket underlag FL tagit del av av?				
2. Är FL:s yttrande överskådligt				
	Ja		Nej	
	Till- räckligt	Otill- räckligt	Behövs	Behövs ej
1. Finns uppgift om diagnos/ symptom?				
2. Finns uppgift om funktions/ förmågebegränsning?				
3. Finns uppgift om förflyttnings- hinder?				
4. Finns uppgift om varaktighet avseende förflyttningshinder?				
5. Finns en sammanfattning av ärendet?				

*Granskningen utförd av*

*Datum*

-----



## Kvalitetsbedömning av FL-utåtande vid provning av

### ASSISTANSERSÄTTNING

	Ja		Nej	
1. Framgår vilket underlag FL tagit del av av?				
2. Är FL:s yttrande överskådligt				
	Ja		Nej	
	Till- räckligt	Otil- räckligt	Behövs	Behövs ej
1. Finns uppgift om diagnos/ symptom?				
2. Finns uppgift om funktions/ förmågebegränsning?				
3. Finns uppgift om behov av per- sonlig assistans i den dagliga livsföringen?				
4. Finns uppgift om varaktighet i funktionshindret?				
5. Finns en sammanfattning av ärendet?				

*Granskningen utförd av*

*Datum*

-----

Kvalitetsbedömning av FL-utåtande vid prövning av  
ARBETSSKADA

	Ja		Nej	
1. Framgår vilket underlag FL tagit del av av?				
2. Är FL:s yttrande överskådligt				
	Ja		Nej	
	Till- räckligt	Otill- räckligt	Behövs	Behövs ej
1. Finns uppgift om diagnos/ symptom?				
2. Finns uppgift om funktions/ förmågebegränsning?				
3. Finns uppgift om skadlig in- verkan avseende omfattning, intensitet, varaktighet?				
4. Är frågan om samband klarlagd?				
5. Finns en sammanfattning av ärendet?				

*Granskningen utförd av*

*Datum*

-----

Kvalitetsbedömning av FL-utåtande vid prövning av  
VÅRDBIDRAG

	Ja		Nej	
1. Framgår vilket underlag FL tagit del av av?				
2. Är FL:s yttrande överskådligt				
	Ja		Nej	
	Till- räckligt	Otill- räckligt	Behövs	Behövs ej
1. Finns uppgift om diagnos/ symptom?				
2. Finns uppgift om funktions/ förmågebegränsning?				
3. Finns uppgift om vård- och tillsynsbehov av annan?				
4. Finns uppgift om varaktighet av- seende vård- och tillsynsbehov av annan?				
5. Finns en sammanfattning av ärendet?				

*Granskningen utförd av*

*Datum*

-----

# FKFs skriftserier

## *Exempel på vad som tidigare givits ut*

### FKF Fakta

- Ojämlighet från vaggan till graven – på väg in i 2/3-samhället. Rapport från ett forskarseminarium, januari 1996 (FKF 102-12 96.03)
- Livet, arbetet och lusten. Referat från 1996 års Framåtskap (FKF 102-13 97.01)
- Välfärdsstatens återkomst. Rapport från ett forskarseminarium, januari 1997. Fakta 1:1998 (FKF 102-14 97.02)

### FKF Debatt

- Försäkringskassornas rehabiliteringsarsenal – ett förslag från Idégruppen (FKF 103-17 94 12)
- "Jag kan om jag får" – Ledarskap på lokal nivå. Britta Bergström, Birgitta Wahlström (FKF 103-18 95.03)
- Investera i kunskap och kompetens – ett förslag från Idégruppen (FKF 103-20 95.05)
- Lokalt självstyre och nationella rättigheter. Kurt-Inge Persson (FKF 103-21 96.08)
- Är sjukdom ett bra skäl för att bli sjukskriven? Lars Englund. (FKF 103-22 97.03)
- FINSAM Västmanland – ett samhällsexperiment (FKF 103-23 97.03)
- Utveckla genom utvärdering. Debatt 1:1998 (FKF 103-24 98.01)
- Modell för att utvärdera samverkan. Debatt 2:1998 (FKF 103-25 98.06)

### FKF Mening

- Socialförsäkringspolitiskt principprogram (FKF 104-9 95.11)
- Personalpolitiskt principprogram (FKF 104-11 95.11)
- Stadgar för FKF (FKF 104-12 95.11)
- Policy för FKFs internationella samarbete (FKF 104-13 96.05)

Skrifterna kan beställas från

FKF-förlag, Box 1224, 111 82 STOCKHOLM  
Tfn: 08-723 22 00 Fax: 08-723 22 29 [www.fkf.se](http://www.fkf.se)