



GÖTEBORGS UNIVERSITET

REMISSVAR

Datum: 2020-05-11 Dnr: S2020/00536/SF Mottagare: Socialdepartementet Handläggare: Göteborgs universitet

En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering (SOU 2020:6)

Göteborgs universitet har givits möjlighet att inkomma med synpunkter på remissen En begriplig och trygg sjukförsäkring. Sammanfattningsvis finner Göteborgs universitet att förslaget är bra, men att det finns ett antal punkter som bör beaktas.

Grupp- /individfokus

Ett av problemen är att instrument alltid utvecklas på gruppnivå och att det *aldrig* går att bedöma arbetsförmåga utan att bedöma den i relation till något d.v.s. arbetsuppgifter, arbetsmiljö och arbetsrelaterade faktorer i övrigt. Men en sjukförsäkring med människan i centrum, som är begriplig och trygg måste fråga sig om den är tillräckligt pålitlig *i det enskilda fallet*.

”Människan i centrum” handlar om att ”människan” främst syftar på de försäkrade och att alltså dessas intressen skall vara i centrum för sjukförsäkringens procedurer och principer, inte Försäkringskassans och domstolars behov av förenklad ärendehantering.

Kunskap

Arbetsförmågan är central inom sjukförsäkringen. I lagtexten står ”att sjukpenning kan lämnas till en försäkrad som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom” (Socialförsäkringsbalken kapitel 24, paragraf 2). Problemet är att det finns mycket få sjukdomar där sambandet med den nedsatta arbetsförmågan är tydligt. För de vanligaste sjukskrivningsorsakerna är sambanden snarare komplexa, individuella och i hög grad beroende av arbetsuppgifter och arbetsmiljö. En fråga är vem eller vilka som skall göra bedömningarna av arbetsförmåga. Och vem eller vilka som fattar de beslut som med de aktuella bedömningarna som delunderlag bestämmer individens arbetsförmåga. För det första kräver begriplighet, trygghet och människan i centrum att bedömaren/bedömarna har 1) fackkompetens, 2) resurser i termer av tid, 3) tillräckligt professionellt, ekonomiskt och privat oberoende av både den försäkrade och FK för att kunna göra bedömningar med mycket hög grad av validitet och reliabilitet.

Det blir också problematiskt att utredarna föreslår att ansvaret för att utveckla framtida mått inklusive det s.k. referensmaterialet ska göras av handläggare inom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Det är vår bestämda uppfattning att en sådan utveckling, om den ska göras, bör ske i nära samarbete

mellan personal vid Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, inom Hälso- och sjukvården och forskare. Ett problem med mått, instrument och referensmaterial är att de inte kan anpassas individuellt på det sätt som ofta behöver ske i rehabilitering och bedömning av arbetsförmåga. Dessutom är det svårt att få dom neutrala i förhållande till aspekter som kön, ålder, typ av bransch och liknande.

Kunskapen bland handläggare inom Försäkringskassan i områden som har med hälsa, sjukdom och sjukdomens relation till arbetsförmåga att göra varierar stort. Vi saknar i utredningen en fördjupad diskussion om kompetens och utbildning. I grundutbildningarna till arbetsterapeut, fysioterapeut, hälso- och sjukvårdskurator, läkare, psykolog, sjuksköterska med flera yrken varierar det hur mycket man läser om sjukförsäkring, välfärdssystem, arbetsliv och arbetsrelaterad hälsa. Generellt menar vi att frågor om socialförsäkringen och arbetslivet behöver förstärkas i samtliga utbildningar och särskilt i läkarutbildningen. Det finns ingen särskild högskoleutbildning för personer som ska arbeta med handläggning av ärenden inom sjukförsäkring och rehabilitering och därav varierar den professionella kunskapen betydligt.

Begriplighet

I intervjustudier med sjukskrivna framkommer att man ofta söker information i början av en sjukfrånvaro men att det är svårt att veta vem som kan svara och vem som har ansvar. En tydligare beskrivning av vem som gör vad i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen skulle öka begripligheten avsevärt.

Delbetänkandet placerar normalt förekommande arbete inte på den reella arbetsmarknaden utan i ett formellt yrkesklassifikationssystem. Detta bidrar till begripligheten, men förslagets konsekvenser bör tydliggöras för de försäkrade.

För en begriplig sjukförsäkring är det synnerligen önskvärt att tydliggöra att beslut rörande arbetsförmåga med betydande sannolikhet inte kommer att grundas i bedömning som görs av den försäkrades egen läkare/motsvarande. Det vill säga att den försäkrade riskerar att bli exponerad för proceduriell orättvisa på grund av bedömningar av den försäkrades läkare/motsvarande och/eller Försäkringskassans medicinska rådgivare.

I likhet med andra tidigare översikter och rapporter i närliggande ämnen kommer man till slutsatsen att det verkar fungera bättre om arbetsplatsen är involverad i den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen. Men förslagen och resonemangen i utredningen involverar inte arbetsplatsen eller arbetsgivare.

Tid

Aktivitetsförmåga är något som i hög grad påverkas av, rentav uppstår i, interaktionen mellan individen och kontexten. Detta innebär att aktivitetsförmåga inte kan undersökas med mindre än att individen under tillräckligt lång tid befinner sig i kontexten av ett angivet normalt förekommande arbete och att således ett sådant arbete måste finnas tillgängligt på arbetsmarknaden och för den försäkrade.

Utredningen ger flera förslag till ändrade tidsgränser i rehabiliteringskedjan. Vi tycker förslagen är bra. Att redan efter 180 dagar bedömas mot hela arbetsmarknaden är ett strängt kriterium. Inte minst för att mycket tid under en sjukskrivningsprocess går åt till att vänta på behandling, kontakt, åtgärder, möten med mera, som inte den sjukskrivna individen själv kan påverka.

Ärendets beredning vid Göteborgs universitet

Samhällsvetenskapliga fakulteten har varit ansvarig för remissens behandling. Psykologiska institutionen vid Samhällsvetenskapliga fakulteten och Institutionen för medicin samt Institutionen för neurovetenskap och fysiologi vid Sahlgrenska akademien har besvarat remissen. Remissvaren bifogas för djupare förståelse av Göteborgs universitets svar på remissen.

**Institutionen för medicin
Avdelningen för samhällsmedicin och
folkhälsa**

**Institutionen för neurovetenskap och
fysiologi
Sektionen för hälsa och rehabilitering**

REMISSVAR

SOU 2020:6 En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering.

Vår sammanfattande bedömning av utredningsförslagen är att de är relevanta och tydliggör regelverket på ett bra sätt. Tidsgränserna justeras också i en riktning som ur ett medicinskt och rehabiliteringsperspektiv är positivt. Flera sjukdomar och rehabiliteringar är tidskrävande i sig och till detta kommer väntetider inom hälso- och sjukvården och hos andra instanser. Tidsåtgång som den sjukskrivne själv inte kan påverka. Vi har dock en del övergripande kommentarer till utredningens förslag och resonemang.

Förslagen är i korthet:

- Bedömning av arbetsförmåga efter dag 180 ska göras mot *angivet* normalt förekommande arbete
- Beslut om avslag från Försäkringskassans bör underbyggas i större utsträckning.
- Arbetstagare som fyllt 62 år ska få arbetsförmågan bedömd mot arbete hos arbetsgivaren fram till den månad man kan ta ut garantipension.
- Det räcker med att övervägande skäl talar för återgång i arbete hos arbetsgivaren senast dag 365 för att bedömningen mot normalt förekommande arbete ska kunna skjutas upp från dag 181.
- Den som haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar ska kunna få sin arbetsförmåga fortsatt bedömd mot arbete hos arbetsgivaren om *hög grad av sannolikhet* talar för återgång i detta arbete senast vid dag 550.
- Vid bedömning av rätt till rehabiliteringspenning ska arbetsförmågan inte bedömas mot normalt förekommande arbete.

Vi har valt att presentera våra övergripande kommentarer under olika teman.

TEMA ARBETSFÖRMÅGA

SOU 2020:6 är inte den första statliga utredning inom området sjukförsäkring som brottas med förståelsen av arbetsförmåga. Arbetsförmågan är central inom sjukförsäkringen. I lagtexten står ”att sjukpenning kan lämnas till en försäkrad som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom” (Socialförsäkringsbalken kapitel 24, paragraf 2). Problemet är att det finns mycket få sjukdomar där sambandet med den nedsatta arbetsförmågan är tydligt. För de vanligaste sjukskrivningsorsakerna är sambanden snarare komplexa, individuella och i hög grad beroende av arbetsuppgifter och arbetsmiljö. Hur komplex bedömningen blir beror på när i sjukskrivningsprocessen bedömningen ska göras och på sjukdomens och arbetsförmågans grad av nedsättning.

Utredningen problematiserar frågor som rör arbetsförmåga men andas ändå en slags förhoppning eller önskan om att det kan gå att utveckla mått på arbetsförmåga. På sidan 75 skriver man: ”Vår slutsats är att det är möjligt att fastställa mått, som kan spegla fysisk och mental förmåga. Det finns både i Sverige och internationellt olika instrument, där mått på olika slags förmågor kan beskrivas. Svagheten är att befintliga instrument har bristande validitet då dessa förmågor ska relateras till en befintlig arbetsmarknad.” Problemet, som vi ser det, i detta resonemang är att instrument alltid utvecklas på gruppnivå och att det *aldrig* går att bedöma arbetsförmåga utan att bedöma den i relation till något d.v.s. arbetsuppgifter, arbetsmiljö och arbetsrelaterade faktorer i övrigt. Arbetsförmåga är alltid dynamiskt och relativt.

Det blir också problematiskt att utredarna föreslår att ansvaret för att utveckla framtida mått inklusive det s.k. referensmaterialet ska göras av handläggare inom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Det är vår bestämda uppfattning att en sådan utveckling, om den ska göras, bör ske i nära samarbete mellan personal vid AF, FK, inom Hälso- och sjukvården och forskare. Att utveckla mått eller material som kan användas som en form av objektiva mätstickor är komplext och vi är tveksamma till att det är rätt väg att gå.

Ett problem med mått, instrument och referensmaterial är att de inte kan anpassas individuellt på det sätt som ofta behöver ske i rehabilitering och bedömning av arbetsförmåga. Dessutom är det svårt att få dom neutrala i förhållande till aspekter som kön, ålder, typ av bransch och liknande.

TEMA KOMPETENS OCH UTBILDNING

Vi saknar i utredningen en fördjupad diskussion om kompetens och utbildning. I grundutbildningarna till arbetsterapeut, fysioterapeut, hälso- och sjukvårdskurator, läkare, psykolog, sjuksköterska med flera yrken varierar det hur mycket man läser om sjukförsäkring, välfärdssystem, arbetsliv och arbetsrelaterad hälsa. Generellt menar vi att frågor om socialförsäkringen och arbetslivet behöver förstärkas i samtliga utbildningar och mest tydligt är detta i läkarutbildningen. Detta trots att nyutbildade läkare från dag 1 kan ställas inför att bedöma relativt komplexa sjukskrivningsärenden. De nyutbildade i samtliga yrken får lära sig av erfarenhet när de tillträder tjänster där det ingår att jobba med dessa områden. Vi menar att det vore rimligt att man redan i grundutbildningen i större utsträckning förbereds för dessa arbetsuppgifter.

På motsvarande sätt varierar kunskapen bland handläggare inom FK i områden som har med hälsa, sjukdom och sjukdomens relation till arbetsförmåga att göra. Referensmaterial är ett verktyg för att bedöma den försäkrade i relation till olika arbeten, men har handläggarna tillräcklig kompetens för att göra en korrekt bedömning? Ytterligare en aspekt är om underlagen för bedömningen är tillräckliga och på vilket sätt det tolkas och används.

Att det inte finns en särskild högskoleutbildning för personer som ska arbeta med handläggning av ärenden inom sjukförsäkring och rehabilitering är märkligt. Det är dags att uppgradera dessa yrken och skapa en särskild utbildning.

TEMA ARBETSPLATSEN OCH SAMVERKAN

Det framgår av den litteraturöversikt som ingår i utredningen att forskningen om arbetslivsinriktad rehabilitering inte ger några entydiga svar om vad som är effektiva åtgärder. I likhet med andra tidigare översikter och rapporter i närliggande ämnen kommer man till slutsatsen att det verkar fungera bättre om arbetsplatsen är involverad i den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen. Men förslagen och resonemangen i utredningen involverar inte arbetsplatsen eller arbetsgivare (mer än indirekt t.ex. när det gäller de utökade tiderna i rehabiliteringskedjan).

Riksdagen har med den nyligen införda lagen om rehabiliteringskoordinering sett till att alla aktörer inom sjukförsäkringen har ett i lagtext uttalat ansvar för rehabilitering. Det är bra men i praktiken finns en rad svårigheter och hinder för en bra samverkan mellan de olika aktörerna. Inom hälso- och

sjukvården finns idag i stort sett inget utrymme för arbetsplatsbesök. Sådana besök kan ge ett mycket bättre underlag för bedömning av arbetsförmåga och kan ge chefer mer kunskap om varför en person har funktionsnedsättningar och vad som kan göras på en arbetsplats för att underlätta.

TEMA TID

Utredningen ger flera förslag till ändrade tidsgränser i rehabiliteringskedjan. Vi tycker förslagen är bra. Att redan efter 180 dagar bedömas mot hela arbetsmarknaden är ett strängt kriterium. Inte minst för att mycket tid under en sjukskrivningsprocess går åt till att vänta på behandling, kontakt, åtgärder, möten med mera, som inte den sjukskrivna individen själv kan påverka. Däremot är det viktigt att betona att samtal kring återgång i arbete och arbetsrelaterad hälsa ska tas upp med patienten så tidigt som möjligt för att skapa en mental förberedelse på kommande återgång i arbete.

TEMA INDIVID OCH KOMMUNIKATION

Utredningens titel är ”En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering”. Utredarna föreslår flera åtgärder som ur individens perspektiv bör öka tryggheten. Utredningen visar också på hur centralt det är med kommunikation inom sjukskrivningsprocessen. Tydlighet och transparens kan ses som ledord. I intervjustudier med sjukskrivna framkommer att man ofta söker information i början av en sjukfrånvaro men att det är svårt att veta vem som kan svara och vem som har ansvar. En tydligare beskrivning av vem som gör vad i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen skulle öka begripligheten avsevärt – förmodligen inte enbart för de sjukskrivna utan också för den professionella. Juridisk tydlighet är bra liksom objektiva bedömningar. Men i den här processen är det individer med en rad olika erfarenheter som möter myndigheternas företrädare. För den enskilde kan bara dess möten vara påfrestande och oroande. I en sådan situation är det oerhört viktigt att skapa bra kommunikation. Vi skulle till och med vilja förorda ”dialog” i ordets genuina betydelse. Dialogen är det som skapar motivation och mod att förändra, att gå vidare och att återgå till ett arbete som kanske var det som orsakade att man blev sjuk.

Bidrag till Psykologiska institutionens yttrande över ”En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. Delbetänkande av Utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum”

Jag kommer att inrikta mitt yttrande på problem kopplade till hur delbetänkandet (DB) tänker sig att problemet med försäkrades arbetsförmåga i angivet normalt förekommande arbete skall lösas. DB förefaller mig föreslå följande modell för hur arbetsförmåga i normalt förekommande arbete skall bedömas.

- 1) Den försäkrades av FK beslutade aktivitetsförmågeprofil i ett antal fysiska och psykologiska variabler enligt en standardmall skall relateras till
 - 2) En yrkesgrupps (”typ av jobb”) i ett yrkesklassifikationssystem kravprofil i ett antal fysiska och psykologiska variabler enligt en standardmall (detta är den definition av ”normalt förekommande arbete” som DB implicerar)
 - 3) Om aktivitetsförmågeprofilen matchar minst en yrkesgrupps kravprofil skall den försäkrade anses ha arbetsförmåga i angivet (dvs yrkesgruppen) normalt förekommande arbete.
- Nedan följer kommentarer som knyter an till dessa punkter. Kommentarererna knyter an till de av utredningen använda uttrycken Begriplig, Trygg samt Människan i centrum och jag ställer frågan huruvida DB:s förslag kan anses främja dessa värden. Svaret blir att förslagen inte kan anses främja dessa värden.

Människan i centrum?

”Människan” är ju en aning abstrakt som begrepp. Jag väljer att anta att begreppet här inte används endast som en retorisk signal, utan att det är avsett att betyda något. Jag väljer då att tänka att ”människan i centrum” handlar om att ”människan” främst syftar på de försäkrade och att alltså dessas intressen skall vara i centrum för sjukförsäkringens procedurer och principer, inte FK:s och domstolarnas behov av förenklad ärendehantering.

När man läser DB:s resonemang och förslag blir det, enligt min mening, tyvärr tydligt att det primärt handlar om att tillgodose FK:s och domstolarnas behov av förenklad ärendehantering och att begriplighet och trygghet för medborgarna inte prioriteras.

Trygghet, begriplighet och människan i centrum kopplat till bedömningen av aktivitetsförmågor kan inte garanteras av DB:s förslag

DB föreslår en modell för bedömning av försäkrades olika fysiska och psykiska funktioner. Bedömningar gjorda enligt DB:s modell *kan i bästa fall ha acceptabel kvalitet på de stora gruppernas nivå*. Men en sjukförsäkring med människan i centrum, som är begriplig och trygg måste fråga sig om den är tillräckligt pålitlig *i det enskilda fallet*. Detta är av fundamentala och välkända bedömningsmetodologiska orsaker omöjligt med den metodik som DB tycks mig föreslå. Jag skall nedan förklara varför och skall nöja mig med att här diskutera de psykiska funktioner som DB tycks mena skall vara underlag för beslut om arbetsförmåga. Men motsvande problem torde finnas även avseende vissa fysiska förmågor.

Synen på psykiska aktivitetsförmågor är orealistisk och de är omöjliga att bedöma säkert i det enskilda fallet

Individens aktivitetsförmågor är kontextberoende

En vanlig föreställning är att människors aktivitetsförmågor är knutna endast till individen och därmed kan studeras oberoende av situation och tidpunkt. Åtminstone när det gäller de psykiska aktivitetsförmågorna (sannolikt även flera av de fysiska) är denna föreställning orealistisk. Aktivitetsförmåga är något som i hög grad påverkas av, rentav uppstår i, interaktionen mellan individen och kontexten. Detta innebär att aktivitetsförmåga inte kan undersökas med mindre än att individen under tillräckligt lång tid befinner sig i kontexten av ett angivet normalt förekommande arbete och att således ett sådant arbete måste finnas tillgängligt på arbetsmarknaden och för den försäkrade. Men enligt prejudikat i Högsta förvaltningsdomstolen behöver något sådant arbete inte finnas för att FK skall kunna besluta om den försäkrades arbetsförmåga (!)

- Om aktivitetsförmåga definieras utan koppling till någon verklig arbetskontext blir den beslutade aktivitetsförmågan inte begriplig och trygg och kan inte anses ha människan i centrum, utan FK:s och domstolarnas behov av förenklad ärendehantering.

I ett arbete som publicerats av Arbetsförmedlingen och som diskuteras av DB, listas fyra ”deskriptorer” som avser psykiska funktioner, kallade aktivitetsförmågor, med relevans för arbetsförmågan: a) minne, inlärning och koncentration; b) exekutiv funktion; c) affektiv funktion; d) psykisk uthållighet) För varje deskriptor finns angivet beskrivningar i fem nivåer enligt vilka den försäkrades funktion skall bedömas. Som exempel kan nämnas att den första kategorin aktivitetsförmågor (a, ovan) innehåller sex delaspekter som skall 1) sammanvägas till 2) en bedömning i fem nivåer (Ingen eller obetydlig begränsning; lätt begränsning; måttlig begränsning; stor begränsning; mycket stor till total begränsning) med hjälp de bedömningsvägledningarna: ”Alltid, oftast men inte alltid, ibland, oftast, oftast inte kunna, regelmässigt inte kunna, sakna förmåga”.

- Denna typ av bedömning är tidskrävande, kräver särskild kompetens som läkare normalt inte har samt är i princip omöjligt att göra med tillräcklig säkerhet (reliabilitet, validitet och

generaliserbarhet) i det enskilda fallet. Trygghet kan alltså inte garanteras, inte heller människan i centrum.

Aktivitetsförmågebedömningsmetodikens oacceptabla reliabilitet

Ett problem rör *reliabiliteten*. I detta sammanhang menas med detta bedömningsmetodens grad av frihet från inflytande från irrelevanta tillfälligheter, dess stabilitet över tid och mellan olika bedömare. Kan man med den beskrivna metodiken vara säker på att upprepade bedömningar gjorda av samma bedömare men vid olika tillfällen skulle komma till samma slutsats? Sannolikt inte. Skulle olika bedömare (såsom den försäkrades läkare och bedömare som anlitas av FK) komma till samma slutsats? Sannolikt inte och erfarenheten ger stöd för påståendet.

- Detta innebär att FK:s uppgift att fastställa arbetsförmågan på ett tryggt sätt blir svår eller till och med omöjlig, eftersom det inte kan finnas någon pålitlig (avseende den individuella försäkrades) aktivitetsförmågebedömning att grunda besluten i. Av samma orsak raseras ambitionen att ha en trygg sjukförsäkring.

Aktivitetsförmågebedömningsmetodikens oacceptabla generaliserbarhet

Generaliserbarhetsperspektivet handlar bland annat om frågan huruvida en bedömningsmetods resultat är giltiga på andra tidpunkter och i andra fysiska och sociala sammanhang än dem i vilken bedömning görs. Vet man att aktivitetsförmågebedömningar enligt den förslagna modellen är giltiga i "normalt förekommande arbete"? Eftersom man föreslår en definition av normalt förekommande arbete (se nedan) som innebär att sådant arbete är beskrivning av en typ av jobb, som inte behöver finnas på den verkliga arbetsmarknaden eller kan tas av den försäkrade, så försvinner detta problem och förvandlas till enkel jämförelse mellan två dokument (aktivitetsförmågeprofilen och yrkesgruppens kravprofil). Men om människan ska vara i centrum skall väl aktivitetsförmågebedömningar kunna generaliseras till någon verklig arbetssituation?

- Av det i DB redovisade rättsläget impliceras att eftersom arbetsförmågan inte behöver bedömas gentemot verkligt arbete, så är det väl så att inte heller aktivitetsförmågan behöver bedömas gentemot verkliga arbetsaktiviteter. Detta kan knappast förenas med idealen trygghet, begriplighet och människan i centrum.

Aktivitetsförmågebedömningsmetodikens oacceptabla validitet

Bedömningar av psykiska förmågor kan i praktiken omöjligen göras med fullständig validitet (dvs att bedömningen är ofärgad av bedömaren, den bedömdes agerande i samband med bedömningen, vilket i sin tur kan ha att göra med naturliga eller situationsberoende variationer i de funktioner som skall bedömas, eller andra irrelevanta men systematiska inflytelser); det är också väl känt att bedömningar enligt en sådan metodik kan ha mycket betydande svagheter när det gäller den prediktiva validiteten, i detta fall bedömningens förmåga att förutsäga den funktionsnivå som den försäkrade skulle komma att uppvisa i ett normalt förekommande arbete.

Problem relaterade till frågan om vem som skall göra aktivitetsförmågebedömningarna och vems bedömningar som skall tillmätas störst betydelse när arbetsförmågan beslutas.

Det ovan sagda gäller själva metodiken i sig. En relaterad fråga är vem eller vilka som faktiskt skall göra bedömningarna. Och vem eller vilka som fattar de beslut som med de aktuella bedömningarna som delunderlag bestämmer individens arbetsförmåga. För det första kräver begriplighet, trygghet och människan i centrum att bedömaren/bedömarna har 1) fackkompetens, 2) resurser i termer av tid, 3) tillräckligt professionellt, ekonomiskt och privat oberoende av både den försäkrade och FK för att kunna göra bedömningar med mycket hög grad av validitet och reliabilitet. Beträffande 1) kan det ifrågasättas om primärvårdsläkare eller ens specialister har den kompetens som behövs. Detta är ett område för psykologer och arbetsterapeuter. Omfattande utbildningsinsatser blir nödvändiga för att uppnå sådana krav på datakvaliteten som begriplighet, trygghet och människan i centrum kräver- och som strängt taget är ouppnåeliga. Beträffande 2) är det redan stora problem med läkares tillgänglighet

och arbetsbelastning – resurser behöver skapas och tillföras vårdssystemet och vårdresurser behövs till vård, inte till utökad försäkringsmedicinsk aktivitet. Beträffande 3) är det redan ett välkänt problem att de försäkringsmedicinska rådgivare som FK väljer att anlita (och arvoderar) inte sällan och utan kontakt med den försäkrade annat än via papper kommer till annan slutsats än den försäkrades egen läkare.

- För en begriplig sjukförsäkring är det synnerligen önskvärt att tydliggöra att beslut rörande arbetsförmåga med betydande sannolikhet inte kommer att grundas i bedömning som görs av den försäkrades egen läkare/motsvarande. Det vill säga att den försäkrade bör räkna med att bli exponerad för proceduriell orättvisa på grund av bedömningar av den försäkrades läkare/motsvarande och/eller FK:s medicinska rådgivare.
- Sammantaget innebär kritiken av aktivitetsförmågebedömningsmetodiken att arbetsförmågebeslut grundade i sådana bedömningar riskerar att blir otrygga, inte sätta människans utan byråkratins behov i centrum samt riskerar att åstadkomma proceduriell orättvisa med vidhängande negativa effekter på den försäkrades psykiska aktivitetsförmågor och på hälsan.

Begreppet ”angivet normalt förekommande arbete” är en obegriplig och otrygg konstruktion med FK:s intressen i centrum, inte människan.

Svårigheten med begreppet normalt förekommande arbete är, att Högsta förvaltningsdomstolen har kommit fram till att FK inte behöver visa på ett enda faktiskt förekommande arbete som den försäkrade skulle kunna ta eller bli anställd till.

DB placerar normalt förekommande arbete inte på den reella arbetsmarknaden utan i ett formellt yrkesklassifikationssystem. Detta bidrar till begripligheten, men förslagets konsekvenser bör tydliggöras för de försäkrade.

DB föreslår att ”normalt förekommande arbete” skall preciseras till ”*angivet* normalt förekommande arbete”. Vad är det då som skall anges? DB föreslår ett utvecklat yrkesklassifikationssystem med finare upplösning än det som finns idag. I systemet skall till de olika typer av arbeten som systemet skall innehålla, kravspecifikationer finnas kopplat som direkt skall ha sin motsvarighet i de aktivitetsförmågedeskriptornivåer som diskuterades ovan.

Ett arbete som finns i yrkesklassifikationssystemet skall alltså vara definitionen av ”normalt förekommande arbete”. FK skall nu *ange* något av de i klassifikationssystemet förefintliga arbetena som den försäkrades *beslutade* aktivitetsfunktionsnivåer matchar avseende dess kravnivåer på fysiska och/eller psykiska aktivitetsfunktioner. För det första kan, som diskuterades ovan, aktivitetsfunktionsnivåer hos den försäkrade inte bedömas med godtagbar validitet och reliabilitet. Därmed blir den beslutade funktionsnivån otrygg, obegriplig och kan knappast sägas ha människan i centrum.

Begriplighet i hur man för försäkrade talar om vad normalt förekommande arbete betyder

Det är för mig uppenbart att det angivna normalt förekommande arbetet i praktiken kommer att vara det eller de arbete(n) i yrkesklassifikationssystemet som ställer de absolut lägsta kraven på aktivitetsförmågor. Därmed behöver FK upprätta och löpande uppdatera information om vilka dessa arbeten är, så att de försäkrade vet mot vilka arbeten deras förmåga kommer att bedömas, oavsett om det finns något sådant arbete att söka eller som den försäkrade har chans att få.

Ett omöjligt uppdrag

DBs författare har haft ett i grunden omöjligt uppdrag och resultatet kan därför omöjligen bli tillfredsställande. Grundproblemet är att sjukförsäkringen är strukturellt frikopplad från arbetslöshetsförsäkringssystemen och socialtjänstens ersättningssystem. FK har sitt eget budgetutfall att optimera och skall enligt sitt regelverk endast befatta sig med frågor rörande hälsorelaterad

arbetsförmåga. Därför uppstår de avgränsningsproblem rörande arbetsförmögen/arbetsoförmögen som DB har haft att brottas med och som orsakar stora problem, rörande regeltolkning, beslutsfattande och psykosocial arbetsmiljö, inte minst etisk stress, inom FK, kvantitativ belastning och belastning. Sådan orättvisa försämrar förmågan att arbeta och ökar risken för psykisk ohälsa. DBs förslag kommer inte att lösa detta problem. Lösningen skulle innebära ett övergripande och integrerat system för ersättning för förlorad inkomst relaterad till ohälsa eller arbetslöshet.