
Legers oppgaver ved søknad om uførepensjon i fem europeiske land

AV SØREN BRAGE

SAMMENDRAG

I denne artikkelen beskrives hvilke oppgaver legene har ved søknader om uførepensjon i fem land: Danmark, Finland, Nederland, Storbritannia og Sverige. Det er mange likheter med norske forhold: Helsetjenestens leger, i første rekke allmennlegene, leverer medisinsk informasjon om sine pensjonssøkende pasienter til sosialforsikringsinstitusjonene. I de nordiske landene vurderer sosialforsikringslegene denne informasjonen og gir råd om den er tilstrekkelig, om sykdom forklarer nedsettelsen av arbeidsevne, og om rehabilitering er forsøkt i tilstrekkelig grad. Også i Nederland og Storbritannia gjør sosialforsikringslegene denne vurderingen, men i tillegg undersøker de selv søkerne og gir selvstendige uttalelser om søkerens funksjons- og arbeidsevne.

Mange elementer fra disse landenes håndtering av den medisinske vurderingen ville kunne brukes i Norge og vil kunne styrke kvaliteten og rettferdigheten av vedtakene om uførepensjon. Nederland har vært spesielt fremgangsrikt i å begrense antallet uførepensjonister, og dette kan antagelig settes i sammenheng med omfattende og helhetlige reformer i uførepensjoneringsordningene. Gjennomtenkt bruk av helsetjenestens leger, utstrakt kvalitetssikring og nær tilknytning til bedriftene har vært viktige brikker i dette reformarbeidet.

Det er et generelt trekk at sosialforsikringsinstitusjonene legger større vekt på søkerens funksjons- og arbeidsevne enn de gjorde tidligere, og at selve diagnosen brukes i mindre grad ved vurdering av behov for pensjon. Legenes oppgaver har da blitt delt; behandlende lege gir informasjon om funksjonsevnen i sin alminnelighet, mens de rådgivende legene vurderer arbeidsevnen.

Det er også felles at rehabilitering tillegges større vekt. Der er Danmark i en særstilling med innføringen av arbeids-evnemethoden som sikrer vedvarende oppmerksomhet i retning av aktivitet og tidlig tilbakeføring til arbeid. Den danske modellen er åpenbart interessant for norske forhold på grunn av de store likhetene mellom de to landenes metoder.

I Sverige har det i de siste årene blitt gjort forsøk med uavhengige primærleger og poliklinikker for å få vurderinger som ikke farges av at søkerens egen lege også har behandlingsansvar for søkeren. Denne modellen er interessant for norske forhold da den antagelig er rimelig enkel å prøve ut, samtidig som kostnadene ved en slik modell er begrensede.

BAKGRUNN

Uførepensjonsordningen i Norge er i endring. Uførepensjonsutvalget kom med sin innstilling i 2007 (NOU 2007:4), og regjeringen har planlagt å presentere en stortingsproposisjon i løpet av de nærmeste månedene. Utvalget foreslo at sykdom eller skade fortsatt skal være et nødvendig vilkår for å få uførepensjon, og at arbeidsevne-metoden, som nå er innført i NAV, kan brukes for å belyse søkerens arbeids- og inntektsevne. Utvalget mente også at aktørene i vurderingsprosessen bør ha klart definerte roller og avgrenset ansvar. Fastlegene skal stille diagnose og gi funksjonsvurderinger tidlig i sykmeldingsperioden, mens arbeids- og velferdsetaten skal ha ansvaret for vurderingen av arbeids- og inntektsevne.

Legenes rolle har lenge vært diskutert. Spesielt har det blitt pekt på fastlegenes dilemmaer rundt det å gi uavhengige erklæringer om egne pasienter. Det har også vært diskutert hvordan de rådgivende legenes kompetanse skal

utnyttes. Er det hensiktsmessig at de går gjennom alle uføresaker, og er deres arbeid av tilstrekkelig kvalitet?

I en slik sammenheng er det nyttig å se hva andre har gjort og hvilke erfaringer de har høstet. Mange land har endret legenes trygdemedisinske arbeidsoppgaver de siste årene. Felles for disse landene er at det legges større vekt på vurdering av funksjonsevne og inntektsevne, mens diagnosens betydning har minsket. Det er innført et klarere skille mellom den medisinske vurderingen av helse og funksjonsevne på den ene siden og vurderingen av inntektsevne og arbeidsevne på den andre siden. Det er også gitt en tydeligere beskrivelse av ansvarsfordelingen mellom sosialforsikringsinstitusjonen og helsetjenesten, og mellom legen og saksbehandler.

Å måle effekten av slike endringer på tilgangen av nye uførepensjonister er vanskelig fordi det nesten alltid innføres flere endringer i ordningene samtidig. Den

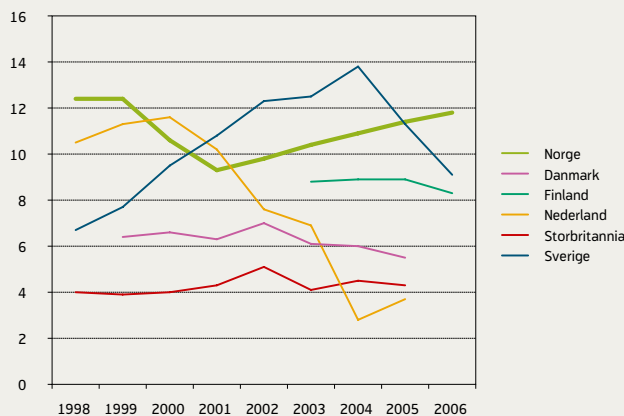
forskningsbaserte kunnskapen knyttet til legeeffekter er derfor mangelfull. Det kan imidlertid være interessant å sammenholde legenes arbeidsmåter med utviklingen på uføreområdet.

Velferdsordningene har selvfølgelig ikke bare til hensikt å begrense tilgangen på ytelser. Å gi en riktig ytelse til de som trenger den og som har rett til den, er selve kjernen i velferdssystemet. Det er derfor viktig å også se på hvilke andre effekter legenes arbeidsmåte kan ha i forhold til rettferdighet, upartiskhet og kvalitet i de medisinske vurderingene.

I denne artikkelen beskrives hvilke oppgaver og roller legene har ved uførepensjonering i fem land: Danmark, Finland, Nederland, Storbritannia og Sverige, og disse sammenholdes med norske forhold. I likhet med Norge har landene en lang historie som velferdsstater med ordninger som dekker store deler av befolkningen. Forskjellene i uførepensjoneringstall er dog betydelige og utviklingen har de siste årene vært ulik (se figur 1). Nederland har siden 2000 hatt en nedgang i tilstrømningen av nye uførepensjonister, og Sverige har hatt en nedgang siden 2004.

Formålet med artikkelen er å beskrive og analysere legenes rolle og oppgaver i vurderingen av behovet for uførepensjon. Først skisseres uføreordningene, deretter gjennomgås ulike aktørers oppgaver i vurderingsprosessen, hvilke roller og oppgaver legene har, og det avsluttes med en drøftelse av funnene. Spesiell interesse vies allmennlegene og de rådgivende legene, men også spesialister og bedriftsleger omtales. Funnene sammenholdes med den rådende situasjonen i Norge.

Figur 1:
Nye uførepensjonstilfeller pr 1000 i befolkningen
20-64 år, 1998-2006.



KILDE: SOU 2008:66

Beskrivelsene baserer seg på en serie intervjuer med nøkkelpersoner i alle landene, med unntak av Danmark, i juli/august 2010. Det er også brukt informasjon om ordningene i form av rapporter, rundskriv og veiledninger. I artikkelen brukes en del forkortelser som er forklart i faktaboks.

Forkortelser som brukes i artikkelen

FPA	Folkpensionsanstalten (Folkpensionsmyndigheten, Finland)
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzeheringen (Instituttet for arbeidstakerforsikringer, Nederland)
FML	Functionele Mogelijkheidlijst (Funksjonsevnelisten)
DWP	Department for Work and Pensions (Arbeids- og pensjonsdepartementet, Storbritannia)
WCA	Work capability assessment (Arbeidsevnetest)
FK	Försäkringskassan (Riksforsikringsverket, Sverige)
SLU	Särskilt läkarutlåtande (Særskild legeerklæring)

UFØREORDNINGENE

Danmark har kun én uføreytelse, og skiller seg også fra de andre landene ved at ansvaret for uførepensjonen hviler på kommunene, ikke på en statlig myndighet (se tabell 1). Med unntak av Finland har alle landene innført nye typer av uføreytelser de siste årene.

KRITERIER FOR UFØRHET

For å kvalifisere til en uføreytelse må visse kriterier være oppfylt. Noen av disse, slik som krav til tidligere inntekt, botid i landet og alder, er her av liten interesse fordi disse kriteriene vurderes av saksbehandlere. Legenes oppgave er å vurdere andre vilkår, og de viktigste er:

- det medisinske vilkår (uførheten skal ha sykdom som hovedårsak)
- varighetskravet (tilstanden må være langvarig)
- rehabiliteringskravet (medisinsk og yrkesrettet rehabilitering må ha vært prøvd)
- krav til nedsatt inntekts/arbeidsevne (hvor mye funksjons-, arbeids- eller inntektsevnen må være tapt)

Tabell 1:
Uførepensjonsordninger

	Danmark	Finland	Nederland	Storbritannia	Sverige	Norge
Ytelser	Førtids-pension	todelt: universell sjukpension og inntektsbasert invalidpension	tredelt: varig uførepensjon (IVA), midlertidig uførestønad (WGA), stønad for unge uføre (Wajong)	Employment and Support Allowance (ESA), kan gis varig eller tidsbegrenset	todelt: varig sjuikersättning (>30 år), tidsbegrenset aktivitetsersättning (<30 år),	todelt: uførepensjon og tidsbegrenset uførestønad (fjernet 2010)
Innført år	2003	1964	2006	2008	2008	2004
Rett til ytelse	Alle	Alle	Kun arbeidstakere og unge funksjonshemmede	Alle	Alle	Alle
Ansvarlig	Kommune	Stat: Folkpensjonsanstalten (FPA). Private og offentlige arbeidspensjonskasser	Stat: Institutt for arbeidstakerforsikringer (UWV)	Stat: Arbeids- og pensjonsdepartementet (DWP)	Stat: Försäkringskassan (FK)	Stat: NAV

Tabell 2:
Oversikt over kriterier for uførepensjon i de ulike landene

Kriterier	Danmark	Finland	Nederland	Storbritannia	Sverige	Norge
Krav til sykdom som årsak til uførhet	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav til varighet	Varig	Minst 1 år	Minst 2 år	Varig	Livsvarig	Varig
Krav til gjennomført rehabilitering	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja
Hvor mye arbeids/inntektsevne må være tapt?	Ingen grense	40 % for gradert, 60% for full	35 % for gradert, 80% for full	Skåre på arbeidsevnetesten WCA >15	25 % for gradert, 75 % for full	50 %

Danmark avskaffet det medisinske vilkår i 2003, det vil si at sykdom ikke trenger å være tilstede for at en uførepensjon kan innvilges (tab 2). I stedet bruker saksbehandlerne arbeidsevnetestmetoden som tar frem individets ressurser i en systematisk og rettsikker beskrivelse og vurdering av arbeidsevnen. Helseforhold er en viktig bestandsdel i metoden.

Varighetskravet er ulikt definert; fra minst ett år i Finland til "all overskuelig fremtid" i Sverige. Med unntak av Storbritannia, er det eksplisitte krav til at rehabilitering og attføring skal være prøvd før en varig ytelse kan tilstås. I Danmark og Nederland er disse kravene strenge.

I Danmark finnes ingen formell grense for hvor mye

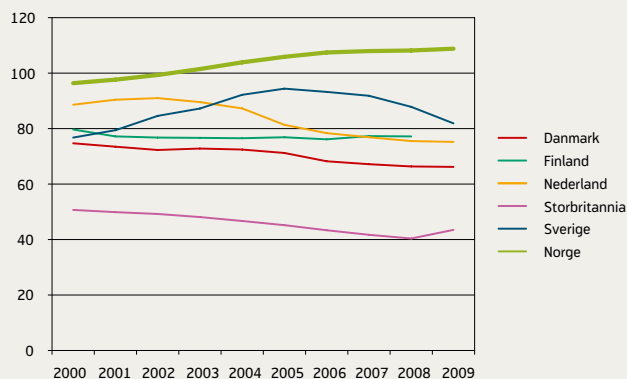
arbeidsevne som må være tapt før uførepensjon kan tilstås fordi det medisinske vilkår er avskaffet. Uførepensjon gis kun som hel pensjon. I Storbritannia tilstås uførepensjon hvis klienten oppnår en viss poengsum på arbeidsevnetesten WCA.

LAVERE BESTAND AV UFØREPENSJONISTER

Med unntak av i Finland og Norge har bestanden av uførepensjonister vist en fallende tendens de siste årene (fig 2).

I Danmark har det vært en nedgang i andelen uførepensjonister siden 2000. I perioden 1994-2000 sank ande-

Figur 2:
Antall av uførestønadsmottakere per 1000 i befolkningen 15–64 år.



KILDE: NAV, DANMARK STATISTIK, PENSIONSSKYDDCENTRALEN, STATISTICS NETHERLANDS, DWP, FK, OECD

len uførepensjonister i Finland fra om lag 10 til 8 prosent av befolkningen i alderen 16–64 år. Deretter har det vært små endringer. Sverige har hatt en markert nedgang i andelen uførepensjonister siden 2005.

Den tidligere uføreordningen (WAO) i Nederland blir nå faset ut med naturlig avgang til alderspensjon. Avgangen av WAO-mottakere har vært betydelig større enn antallet nye mottakere, delvis fordi den minste uføregraden for å få ytelse er høynet fra 15 til 35 prosent. I tillegg er det blitt gjennomført en revurdering av 235 000 WAO-pensjonister under 50 år etter innføringen av den nye ordningen. Omtrent halvparten av disse mistet sine pensjonsrettigheter og ble henvist til det ordinære arbeidsmarkedet.

Antallet personer med uførepensjon i Storbritannia viste en synkende tendens frem til innføring av de nye uføreytelsene i 2008. Deretter har bestanden økt, men bestanden inkluderer også nye mottakerne med en tidsbegrenset ytelse. En revurdering av ca 1,5 millioner løpende uføreytelser fra den tidligere uføreordningen starter i oktober 2010. Disse vil bli innkalt til ny medisinsk vurdering etter nye retningslinjer og med bruk av nye tester. Et stort antall vil da enten bli erklært arbeidsføre eller få en tidsbegrenset ytelse med krav til attføring.

VURDERINGSPROSESSEN

I prosessen for å vurdere om uførepensjon skal gis, innhentes først nødvendig informasjon om søkeren. Informasjonen behandles, vurderes og legges til grunn for et ved-

tak. I Norge og i de fem landene som er sett på her er hovedtrekkene de samme, men saksgangen er organisert på ulike måter.

Det er vanligvis personen selv som søker om uførepensjon, oftest mot slutten av sykepengeperioden.¹ Unntaket her er Danmark hvor det oftest er saksbehandleren som tar initiativ til en uførepensjonsvurdering når alle rehabiliteringsforsøk er uttømt. Søknaden kompletteres med erklæringer fra behandlende lege om helsetilstand, diagnoser og tidligere behandling. I Storbritannia får søkerne dessuten tilsendt et svært omfattende spørreskjema om medisinske undersøkelser, behandlinger, diagnose og egen vurdering av fysisk, psykisk, kognitiv funksjonsevne (WCA).

SAKSBEHANDLING

Saksbehandler er ansvarlig for utredning og behandling av søknaden. I Danmark, Finland, Nederland og Storbritannia er denne saksbehandleren også ansvarlig for vedtaket. Norge har her noe av en særstilling fordi vedtaket fattes ved en forvaltningsenhet av en annen saksbehandler enn den som har forberedt saken ved de lokale NAV-kontorene. I Sverige er tre ulike tjenestemenn involvert: en saksbehandler, en foredragsansvarlig som kvalitetssikrer utredningen og legger frem saken, samt en beslutningstaker.

I Danmark tar vanligvis saksbehandleren initiativet til uførepensjonsbehandling. Dette er siste trinn i en lang saksbehandlingsprosess, der arbeidsevneметoden har blitt brukt for å vurdere søkerens arbeidsevne, og for å finne løsninger for søkeren i form av tilbakegang til arbeidet. Disse løsningene har blitt beskrevet i en handlingsplan og er regelmessig fulgt opp av saksbehandleren. Saksbehandleren har analysert samspillet mellom elementene i ressursprofilen og omsatt det til en konkret avgjørelse.

Det spesielle med det finske systemet er at uføresøknaden behandles parallelt i FPA og en arbeidspensjonskasse av uavhengige saksbehandlere og leger begge steder. Det skjer deretter en samordning av vedtakene. Grunnlaget for vedtak er legeerklæringer, der søkerens funksjons- og inntektsevne er vurdert. For at søknaden skal kunne behandles må den vise at diagnostisering, behandling og rehabilitering er utført etter gjeldende retningslinjer for god medisinsk praksis. Saksbehandleren kan sende søkeren til rehabiliteringssenter for videre utredning når behovet for medisinsk eller yrkesrettet rehabilitering er uklart. Saksbehandlerne har de siste årene fått en mer uavhengig rolle i forhold til legene.

I Nederland er vurderingsprosessen spesiell ved at sakene behandles av representanter for tre ulike profesjoner: saksbehandlere, leger og arbeidsmarkedskyndige, der

¹ Denne er ett år i Sverige og Finland, to år i Nederland og 28 uker i Storbritannia.

hver og en har spesifikke arbeidsoppgaver. Legen vurderer søkerens funksjonsevne, mens den arbeidsmarkedskyndige analyserer hvilke inntektsmuligheter vedkommende har med denne funksjonsevnen. Uføregraden fastsettes med utgangspunkt i inntektsmulighetene. I saksbehandlingen må det fremkomme at det er gjort tilstrekkelige forsøk på tilbakegang til arbeidet, basert på en rapport fra bedriftslegen. Hvis ikke blir saken returnert og sykepengeperioden forlenget slik at den samlet kan bli mer enn to år. Etter at saken er behandlet av lege og arbeidsmarkedskyndig, kontrollerer saksbehandleren det lovmessige grunnlaget og formulerer det endelige vedtaket på basis av legens og den arbeidsmarkedskyndiges uttalelser. Noen overprøving på annet enn juridiske grunner forekommer ikke.

I Storbritannia sjekker saksbehandleren søknaden opp mot juridiske og administrative krav. Saksbehandlerens vedtak baseres på søkerens besvarelse på WCA, medisinsk informasjon om diagnose, behandling, og prognose fra allmennlegen og skriftlig rapport og råd fra legene som har vurdert arbeidsevnen. I de fleste tilfeller blir disse vurderingene og rådene fulgt.

: SOSIALFORSIKRINGENS EGNE LEGER

Felles for de fem landene og Norge, er at saksbehandleren kan rådspørre en lege innenfor sosialforsikringsinstitusjonen om sakens medisinske sider (se tab 2). I de nordiske landene møter de rådgivende legene aldri søkeren. Ut fra tilgjengelig dokumentasjon vurderer de om kravene er oppfylt. På de britiske øyer og kontinentet skal de i tillegg vurdere søkerens funksjons- eller arbeidsevne på selvstendig grunnlag. De rådgivende legene møter her søkerne til intervju og undersøkelse, og gir uttalelser basert på egne funn og observasjoner (tab 3). Legenes vurdering er i større eller mindre grad basert på medisinsk skjønn. De

kan også, for å understøtte sitt skjønn, bruke standardiserte hjelpemidler, slik som retningslinjer, vurderingsskjemaer og beslutningsstøtte for sitt arbeid.

De norske rådgivende legene har en rekke arbeidsoppgaver i tillegg til å gi råd om de medisinske forhold ved uføresøknader. De deltar i intern og ekstern opplæring og i sykefraværsforebyggende arbeid. Som i de andre nordiske landene møter de rådgivende legene i Norge ikke søkerne, deres vurderinger baseres i stor grad på et medisinsk skjønn, og de bruker lite standardiserte hjelpemidler.

Selv om det ikke foreligger et medisinsk vilkår i Danmark, blir de rådgivende legene i kommunene (*legekonsulenter*) ofte bedt om å vurdere om langvarig og arbeidshindrende sykdom foreligger. De blir først og fremst involvert i de sakene hvor det er usikkerhet om legeuttalelser eller diagnose (Ankestyrelsen 2007). Legekonsulentenes råd baserer seg i hovedsak på et medisinsk skjønn. De har begrensede oppgaver, og mesteparten av vurderingen i en uføresak gjøres av saksbehandlerne.

I og med at to pensjonskasser behandler søknader om uføreytelser i Finland, gjøres den medisinske vurderingen av to rådgivende leger (*sakkyndige leger*) uavhengig av hverandre. Da systemet ble innført på 1980-tallet var antallet avvikende vedtak flere hundre per år, men dette har gradvis minsket i takt med økende harmonisering. I arbeidet bruker de vitenskapelig baserte retningslinjer for god medisinsk praksis. Legene bruker ellers ikke spesielle verktøy eller standarder, og deres arbeid er i hovedsak basert på medisinsk skjønn. Opplysninger om arbeidsmarkedet og yrke er ikke velintegret i prosessen.

I Nederland møter *UWV-legene* søkeren til personlig samtale for å vurdere funksjonsevnen. Samtalen gjennomføres etter en halvstrukturert intervjuprotokoll og legen noterer søkerens funksjonsevner i henhold til en funksjonsevneliste - *Functionele Mogelijkheidelijst (FML)*.²

² FML beskriver søkerens muligheter og begrensninger til å utføre arbeid. Den omfatter 56 spørsmål i seks funksjonsområder. Det er definert normalverdier for alle aspekter, og det gis opp til fire graderinger av redusert funksjon i forhold til normalverdiene.

Tabell 3:
Rådgivende legers arbeid

Opgaver	Danmark	Finland	Nederland	Storbritannia	Sverige	Norge
Undersøker søkeren	Nei	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
Skjønnsaspekt	Mer	Mer	Mindre	Mindre	Mer	Mer
Hjelpemidler	Lite	Lite	Mange	Mange	Noen	Lite
Opgaver utenom uførevurdering	Arbeidsevnevurdering	Rehabili-teringsvurdering	Nei	Nei	Opplæring, sykefraværsforebygging, teamarbeid	Opplæring, sykefraværsforebygging, teamarbeid

Det beregnes ikke noen ”skårer” ut fra besvarelsen, men legene skal omtale de enkelte avvikene fra normalverdier i en detaljert rapport. For vedtak om uførhet, kreves det at funksjonshemming, aktivitetsbegrensninger og deltakelsesinnskrenking skal kunne ses i sammenheng med hverandre. De skal være forårsaket av sykdom eller lyte og være objektivt og medisinsk grunnlagt. Objektivitet innebærer i denne sammenheng at funnene skal være kontrollerbare, reproducerbare og konsistente.³ UWV-legene arbeider kun med medisinske vurderinger i uførepensjonssaker og har ingen oppgaver under sykepengeperioden.

UWV-legenes arbeid er godt strukturert og støttet. De har til rådighet håndbøker og instruksjoner for arbeidsprosessen. Det finnes også tilgjengelig et beslutningsverktøy som beskriver ulike elementer ved uførhetsvurderingen av 21 vanlige sykdommer, slik som depresjon og kronisk tretthetssyndrom. Det nedlegges et betydelig arbeid (med støtte fra sosialdepartementet og UWV) for å gi legene en mer vitenskapelig basis for sine vurderinger. De rådgivende legene i Nederland fremstår som kvalifiserte og lojale i forhold til trygdelovgivningen. Deres rolle er begrenset og tydelig.

Det spesielle ved det britiske systemet er at vedtaket om uføreytelse fattes av en etat underlagt arbeids- og pensjonsdepartementet, mens den medisinske vurderingen utføres av uavhengige leger ansatte i en privat bedrift; Atos Healthcare. Vurderingen er avhengig av resultatet på arbeidsevnetesten WCA.⁴ I de fleste tilfeller blir søkeren innkalt til samtale og undersøkelse. Legene går gjennom søkerens WCA og de medisinske opplysningene fra behandlende lege, og gjør deretter en selvstendig bedømming av søkerens funksjons- og arbeidsevne i henhold til et eget skjema. Hvis det foreligger redusert arbeidsevne, skal denne kunne forklares ut fra diagnose og de funksjonsnedsettelse som forekommer. Mye av arbeidet med WCA foregår med hjelp av et dataverktøy (LIMA) som behandler skårene og gir den vitenskapelige grunnen for valg av ulike utsagn. Det er utarbeidet en omfattende instruks for de vurderende legene til fortolkning av WCA, til å lede samtalen med søkeren og til å forstå sin egen rolle som vurderer, ikke behandler, av søkerens funksjons- og arbeidsevne.

Selve arbeidet med uførhetsvurderingen utføres altså av

et korps av ”uførhetsspesialister”. Det britiske systemet har en uttalt forankring i vitenskap og bruk av faste kriterier og skjemaer. Det er, i likhet med det nederlandske, en tydelig lojalitet ovenfor retningslinjer. Det baserer seg på uavhengighet og på lik behandling.

I Sverige skal de *forsikringsmedisinske rådgiverne* fortrinnsvis brukes i komplekse og vanskelige saker og i aktivt samarbeid i nasjonale og lokale forsikringsentra. Deres oppgaver er dermed endret fra å være uavhengige og sakkyndige til å medvirke i teamarbeid (Gårdestig 2009). Mesteparten av deres arbeidstid er avsatt til utdanning av aktører i helsetjenesten og til sykefravær-arbeid. I uføresaker er deres oppgaver knyttet til enkelt-saksbehandling og til generell veiledning og opplæring. Denne veiledningen foregår ved de lokale kontorene i grupper med saksbehandlere og baseres på drøftelser av konkrete, anonymiserte saker. I enkeltsaker gir de sine uttalelser etter en mal. Ellers har de få formaliserte verktøy til rådighet. Det legges stor vekt på retningslinjer og beslutningsverktøy.

SAMHANDLING MED HELSETJENESTEN

I Norge har allmennlegene mange og omfattende trygde-medisinske oppgaver. De skriver ut sykmeldinger for sine pasienter, og sender inn legeerklæringer ved søknad om arbeidsavklaringspenger og uførepensjon. I disse erklæringene etterspørres opplysninger om søkerens sykdom, hvilken behandling som er gjennomført, prognose, funksjonsevne, og hvorvidt den nedsatte arbeidsevnen beror på sykdom. Allmennlegene er de viktigste leverandørene av de medisinske opplysningene som legges til grunn ved behandlingen av uførepensjonssøknader.

Selv om det medisinske inngangsvilkåret for uførepensjon er avskaffet i Danmark, så tillegges fortsatt helsefaktorer stor vekt i 98 prosent av sakene (Ankestyrelsen 2009). Allmennlegene har ansvaret for å skrive sykmelding hvis det kreves av arbeidsgiver eller arbeidstaker. Ved langvarig uførhet skal allmennlegene foreta en individuell vurdering av helseforholdenes betydning for klientens funksjonsevne og utviklings- og behandlingsmuligheter. De skal være i dialog med klient og saksbehandler om funksjonsbegrensninger, skånebehov, lidelsens varighet m.m. De har således en rolle i forbindelse med beskrivelse, avklaring og utvikling av arbeidsevnen. De skal imidlertid ikke uttale seg om pasientens eventuelle rett til ytelser. Allmennlegene har vært sett på som et problem fordi de agerer som pasientens advokat og ofte foreslår sykmelding i stedet for tilbakegang til arbeidet. I Danmark gjennomføres det derfor et utdanningsprogram for allmennlegene. Det er også utformet nye retningslinjer for legeerklæringer, der sykmeldende lege skal angi pasientens evne til å gå tilbake til

³ Det nederlandske objektivitetsbegrepet avviker fra det norske (Solli 2005) og virker sannsynligvis begrensende på tilståelsen av uførepensjon.

⁴ WCA ble introdusert i oktober 2008 og erstattet Personal Capability Assessment (PCA), som hadde vært i bruk siden 1995. WCA inneholder 21 funksjonsområder, 11 fysiske og 10 psykiske, hver med 3-7 utsagn om aktiviteter på ulike nivåer. For hvert område skal legene vurdere hvilket utsagn som er mest korrekt. De ulike utsagnene gis mellom 0-15 poeng, og basert på den totale poengsummen avgjøres om arbeidsuførheten er så nedsatt at ervervsarbeid ikke kan forventes på kort eller lang sikt.

sitt arbeid helt eller delvis, eller muligheten for å kunne ta andre arbeidsoppgaver.

Bedriftslegene har ingen oppgaver ved uførepensjoner. Saksbehandleren kan be spesialister om å utrede hvilke konsekvenser sykdommen har for arbeidsevnen. Lege-spesialistenes oppgave er da rettet mot spesifikke helseproblemer, å stille diagnoser, samt å iverksette og følge opp behandling. De har en særskilt rolle i forhold til beskrivelse og avklaring av arbeidsevnen.

I Finland skriver allmennlegene sykmeldinger, og det er også deres oppgave å skrive erklæringer som basis for den medisinske vurderingen i pensjonskassene. Disse legeerklæringene har vært kritisert på grunn av varierende kvalitet. I tillegg er det et problem at erklæringer kan skrives av enhver lege, ikke bare behandlende lege, og dette har ført til omfattende "legeshopping". I dagens situasjon avgjøres derfor 80 prosent av sakene på bakgrunn av erklæringer fra spesialister.

Finske arbeidstakere har en godt utbygd bedriftshelse-tjeneste som delvis løser samme oppgaver som den behandlende helsetjenesten. Bedriftsleger skriver ofte legeerklæringer i forbindelse med søknader om invalidepensjon. FPA og arbeidspensjonskassene kan bruke medisinske spesialister eller rehabiliteringssentra til ekspertuttalelser i mer kompliserte saker. Tverrfaglige team brukes for både medisinsk og arbeidsrettet rehabilitering og arbeidsevnevurderinger. Medisinske spesialister, særlig i rehabilitering, har en viktig rolle i Finland.

I motsetning til norske allmennleger, som har omfattende trygdemedisinske arbeidsoppgaver, har de nederlandske allmennlegene alltid hatt svært begrensede oppgaver i forbindelse med søknader om uførepensjon. Allmennlegene har kun ansvar for medisinsk behandling, mens sykmeldinger og rehabilitering er bedriftslegenes ansvar. I uføresaker kan UWV be allmennlegene om opplysninger om søkerens sykdom, medisinske funksjons-hinder og den medisinske behandlingen, men denne informasjonen kan bare gis med pasientens skriftlige og informerte samtykke. Allmennlegene kan ikke uttale seg om pasientens arbeids- eller inntektsevne.

De finske bedriftslegene har en sentral og avgjørende rolle under de første 24 månedene av sykdomsforløpet. De skriver sykmeldinger på basis av egne undersøkelser av pasienten, og henviser ved behov for rehabilitering, attføring og utredning av arbeidsmuligheter. Det har vokst frem en rekke private rehabiliteringsinstitusjoner som møter dette behovet. Bedriftslegene har også ansvaret for å skrive rapport om hvilke rehabiliteringsforsøk som er gjort, og om søkeren er i stand til å utføre lønnet arbeid når det søkes om uføreytelse.

Allmennlegene i Storbritannia er lite fremtredende ved uførepensjonering. Når det søkes om uføreytelser, kan de bli bedt om en utvidet erklæring om uførhet og medisinsk

tilstand på oppfordring fra saksbehandleren i DWP eller fra den som gjør den medisinske vurderingen ved Atos Healthcare. Når saken er under behandling blir allmennlegen i liten grad spurt om ytterligere medisinske opplysninger. Kvaliteten på informasjon fra allmennlegen har lenge vært ansett å være svak. Bedriftslegetjenesten er svakt utbygget i Storbritannia, og har ingen oppgaver knyttet til søknaden om uføreytelser.

I Sverige er allmennlegene Försäkringskassans viktigste samarbeidspartner. De sykmelder under sykepengeperioden. Når klientene søker om uførepensjon, skriver de en legeerklæring om helsetilstanden, *Läkarutlåtande om hälsotilstånd*, der de gjør rede for diagnose, prognose, funksjonsbegrensninger og hvordan disse påvirker arbeidsevnen. I praksis foreslår de også gjerne en uføregrad, selv om det ikke ligger til deres oppgaver.

Bedriftsleger kan ha rollen som behandlende leger for bedriftens arbeidstakere. De skriver da erklæringer på lik linje med allmennlegene. Försäkringskassan kan kreve at bedriftshelsetjenesten legger frem resultat av de innsatser som er gjort for å rehabilitere sykmeldte arbeidstakere. En betydelig del, 40 prosent, av sykmeldingene kommer fra spesialister. Disse kan også bli bedt om mer omfattende utredninger av søkerens helsetilstand.

Den betydelige kompetansen som finnes i helsesektoren søkes ivarett ved å sertifisere interesserte primærleger og poliklinikker til å gjøre vurderinger på oppdrag av Försäkringskassan. I de siste årene er det utdannet et korps av ca 400 privatpraktiserende allmennleger og bedriftsleger til å skrive *Särskilt läkarutlåtande (SLU)* når den vanlige legeerklæringen ikke anses som tilstrekkelig for å belyse klientens arbeidsevne. SLU kan ikke skrives for egne pasienter. Erklæringen er basert på et omfattende strukturert intervju, med et eget rapporteringsskjema. Det skrives rundt 11 000 SLU per år og hensikten er at flere SLU skal benyttes. *Fordypet SLU* gjøres ved spesialisentra eller sykehusenes poliklinikker og har en tverrfaglig tilnærming. Utredningen går over flere dager og munner ut i en omfattende rapport over individets funksjons- og arbeidsevne. Omfanget er på 4 000 utredninger per år. Försäkringskassan har fått i oppdrag å videreutvikle flere vitenskapelige prosesser, metoder og skjema for vurdering av arbeidsevne både ved sykefravær og uførepensjon som en fortsettelse av *Arbetsförmågeutredningen* (SOU 2009).

ANSVARSFORDELING MELLOM SOSIALFORSIKRINGSINSTITUSJON OG HELSETJENESTE

Som i Norge er behandlende lege i de andre landene hovedleverandører av medisinske opplysninger. Landene skiller seg en del fra hverandre med hensyn til hva den medisinske informasjonen skal inneholde, men erfarin-

gene viser at det uansett er avgjørende å være presis og nøyaktig i bestillingen. Å kun be om ”medisinske opplysninger” er utilstrekkelig. Mye arbeid må legges i utformingen av blanketter og legeerklæringer for å få inn den ønskede informasjonen.

Selv om dette blir gjort, kan dårlig kvalitet på legeerklæringer fortsatt være et problem. Alle landene har derfor satset på videreutdanning, kursopplæring og retningslinjer for primærlegene i trygdemedisinske spørsmål. For allmennlegene er opplæring i forskjellen mellom vurdering av funksjonsevne og arbeidsevne spesielt viktig. I de undersøkte landene ber man behandlende lege om funksjonsopplysninger (dvs. sykdommens konsekvenser på hva klienten klarer å gjøre generelt sett), mens vurdering av arbeidsevnen overlates til sosialforsikringen. Norge har tidligere vært ett unntak, i og med at allmennlegen også uttaler seg om arbeidsevnen. Hvis uførepensjonsutvalgets innstilling tas til følge, vil det her bli en endring, og arbeidsevnevurderingen vil utelukkende bli foretatt i NAV.

Sosialforsikringsinstitusjonens hovedoppgaver er å bestemme graden av tapt arbeidsevne, fastsette om sykdom er årsak til den nedsatte arbeidsevnen, og vurdere om rehabilitering er tilstrekkelig forsøkt. I de nordiske landene baserer man seg da på legeerklæringer og annen dokumentasjon, mens man i andre europeiske land lar spesielt utpekte leger undersøke klienten for å fastsette uføregrad og sammenhengen mellom sykdom og tap av arbeidsevne. En slik uavhengig granskning, i tillegg til opplysninger fra primærlegen, kan ha som fordel at den sikrer mer lik behandling av søkerne, samtidig som det er enklere å begrense tilgangen av nye stønadmottakere. Ulempen med en slik granskning er at den er tidkrevende, og det virker som om Nederland og Storbritannia i liten grad kan benytte disse legene til sykefraværsforebyggende eller rehabiliterende arbeid.

ER BEHANDLENDE LEGES OPPLYSNINGER TIL Å STOLE PÅ?

Felles for sosialforsikringsinstitusjonene i de fem landene er en kritisk holdning til erklæringene fra allmennlegene. Det hevdes ofte at allmennlegene i for stor grad er pasientenes advokater, dermed underforstått at opplysningene fremstiller pasientenes problemer som større og mer medisinske enn de egentlig er. Dette er den samme diskusjonen som er ført i Norge. En tenkbar årsak er at uførepensjon ofte er endestasjonen for en lang og tung prosess, der legens behandlingsforsøk for å kurere lidelsen ikke har ført frem, og der en god trygd kan være det siste gode som legen kan yte overfor sin pasient (Boer 2008).

Behandlende leges opplysninger kontrolleres derfor nøye, og sosialforsikringsinstitusjonen gjør internt en vurdering av om det medisinske grunnlaget er godt nok for en

uføreytelse. En bedre kontroll av allmennlegenes arbeid i uføresaker, sammen med forbedrete erklæringer og fordypet videreutdanning, kan på sikt påvirke kvaliteten, omfanget og upartiskheten i allmennlegenes erklæringer. Allmennlegenes kompetanse er ikke godt nok utnyttet i noen av de landene det her er sett på. Den svenske sertifiseringen av interesserte primærleger for mer omfattende erklæringer (SLU) er et forsøk på å utnytte denne kompetansen bedre.

ANSVARSFORDELING MELLOM SAKSBEHANDLER, RÅDGIVENDE LEGE OG ANDRE SAKKYNDIGE

Et felles trekk mellom landene er at saksbehandlerne har fått en friere og mer selvstendig rolle med et større profesjonelt ansvar. Denne utviklingen, som har gått parallelt med en økende grad av skjønnsutøvelse (Mabbet 2002) og en mer individualisert tilnærming til klientene, har nådd lengst i Norden. OECD har påpekt at en individuell tilnærming stiller store krav til portvaktene i ordningen, både den medisinske portvaktrollen og sosialforsikringssystemets portvaktrolle (OECD 2009). En mer individualisert tilnærming stiller også høyere kompetansekrav til saksbehandlerne. Det vil bli mer tidkrevende å bistå og følge opp hver enkelt bruker, noe som vil medføre et behov for flere og bedre kvalifiserte saksbehandlere.

I det danske systemet er kommunene tillagt ansvaret som uførepensjonsordningens portvakt. Det har vært rettet kritikk mot kommunene fordi de mangler arbeidsmedisinsk, psykologisk og ergonomisk kompetanse og fordi de ikke samarbeider med arbeidsgiverne (Försäkringskassan 2008; OECD 2009). Den nederlandske ansvarsfordelingen mellom saksbehandler, UWV-lege og arbeidsmarkedskyndig er taltalende fordi den i større grad utnytter den profesjonelle kompetansen hos de ulike aktørene.

RÅDGIVENDE LEGERS OPPGAVER

I uførepensjonssaker har rådgivende leger i nordiske land en kontrollfunksjon, mens de i Nederland og Storbritannia gjennomfører egne medisinske undersøkelser og intervjuer. Særlig i Sverige og Danmark blir de rådgivende legenes medisinske kompetanse i liten grad brukt innenfor uføreordningen. Deres arbeid har derfor, i likhet med i Norge, blitt mer omfattende på andre felter, slik som å være brobyggere mellom helsetjenesten og NAV og å medvirke i gruppeundervisning og teamarbeid.

I uførepensjonssaker skal de rådgivende legene vurdere de medisinske opplysningene, det medisinske vilkår, rehabiliteringsbehovet, prognosen for arbeidsevne og grad av uførhet. Disse sentrale oppgavene løses på ulike måter. Nederland utmerker seg spesielt med en veletablert og

kvalitetssikrende tilnærming, mens kvalitet og rettsikkerhet nødvendigvis er mer usikkert i land med en mer skjønnsbasert arbeidsmåte uten fastlagde retningslinjer og kriterier. Det siste gjelder i første rekke de nordiske landene, inklusive Norge.

Avskaffelsen av det medisinske vilkår i Danmark har ført til en sterkere vektlegging av funksjons- og arbeidsevne i vurderingen av varig uførestønad, og har medvirket til et sterkere fokus på arbeidsretting og rehabilitering. Lovendringen har imidlertid ikke endret selve uførevurderingen, der helseproblemer fortsatt er et grunnleggende element i tilståelsen av uførepensjon.

ER KVALITETEN GOD NOK?

Av landene det er sett på, er det Nederland som har arbeidet lengst med å bedre kvaliteten på uførepensjonsvedtakene. UWV engasjerer flere profesjoner som sammen står bak det enkelte vedtak. Det er en generell oppfatning at bruken av et tverrfaglig team i vurderingen leder til bedre kvalitet i behandlingen av uføresøknadene. Nederland har utviklet et omfattende utdanningsprogram, og har arbeidet frem en rekke skjemaer og metoder som støtter de ulike profesjonenes arbeid. Legene som gjør arbeidsevnevurdering har støtte i interkollegiale diskusjoner. At vurderingen gjøres i henhold til lovforskrifter kontrolleres av UWV. Legenes faglige arbeid blir kontrollert av medisinske rådgivere, blant annet ved en gjennomgang av et utvalg saker. For ansettelse kreves fire års spesialistutdanning i forsikringsmedisin og i tillegg anses videreutdanning av legene som viktig. Det finns dog svakheter. Det har vært kritisert at rapportene fra UWV-legene ikke alltid er tilstrekkelige for å kunne fatte vedtak. Den omfattende skriftlige kommunikasjonen mellom ulike fagpersoner med ulik bakgrunn tar også tid og øker risikoen for misforståelser.

I sammenligning med Nederland gjøres det i andre land, inklusive Norge, betydelig mindre for å sikre at legenes arbeid fører til at rett ytelse gis til rett person. Allikevel er det enkelte elementer som kan være interessante for norske forhold. I det britiske systemet legges det stor vekt på at legene som vurderer uførhet må være uavhengige. Dette sikrer en upartisk, men ikke nødvendigvis rettfærdig, behandling. I Sverige har Försäkringskassan rettet en stor innsats mot allmennlegene som sykmeldere og som premissleverandører for uførepensjon. Tydelige retningslinjer er tatt i bruk. Det er blitt lagt større vekt på kompetanseoppbygging både for behandlende leger i forsikringsmedisinske spørsmål og for forsikringsmedisinske rådgivere. Det har også vært en spesiell styrking av den akademiske utdanningen gjennom opprettelse av forsikringsmedisinske professorstillinger og masterutdanning i forsikringsmedisin.

HVA ER INTERESSANT FOR NORSKE FORHOLD?

Med utgangspunkt i uførepensjonsutvalgets innstilling, er det noen premisser som har betydning for hvordan legenes oppgaver ved søknader om uførepensjon skal se ut i Norge i fremtiden:

- Antallet uførepensjonister skal begrenses
- Den medisinske tildelingsgrunnen skal beholdes
- Sykdom skal nedtones, og det skal legges større vekt på funksjonsevne
- Tidlig rehabiliteringsinnsats skal motvirke uførepensjonering
- Legenes rolle skal tydeliggjøres, og krav til upartiskhet og kontroll skal skjerpes

Disse premissene har, med enkelte unntak, også vært rådende for ulike nye tilnærminger og forsøk i de fem landene det her er sett på, og kan antyde modeller og ideer til endringer i norske legers oppgaver og rolle i uførepensjonssaker.

Forsøkene på å begrense antallet uførepensjonister har vært fremgangsrike i Nederland og Sverige, med en tydelig nedgang i antallet nye uførepensjonister. Det nederlandske systemet har åpenbart fungert restriktivt. Det har vært omfattende og kontinuerlige reformer i den nederlandske uføreordningen siden 1995. Noe av den samme tilnærmingen kan ses i Sverige etter 2004, med omfattende endringer i lovgivning, stønadsformer, internt arbeid i Försäkringskassan og bruk av helsetjenesten. Det er ikke sannsynlig at legenes arbeid, isolert sett, har hatt betydning for nedgangen i uføreratene, men heller at dette har vært en viktig brikke i et omfattende og helhetlig reformarbeid.

Danmark har også hatt svært omfattende reformer, med innføringen av den nye arbeidsevneметоден for saksbehandlerne. Allikevel kan det virke som om flere elementer i det danske systemet har vært underprioritert, slik som oppbygging av kompetanse og utvikling av samarbeidet mellom arbeidsgiverne og helsesektoren. Denne mangelen på helhetlighet kan muligens ha medvirket til at utviklingen i Danmark har vært mindre vellykket enn i Nederland. Noe av det samme kan sies om Storbritannia, men der er utviklingen mer usikker fordi uførepensjonsordningene i realiteten er blitt utvidet.

Tildelingen av uførepensjon skal fortsatt være basert på et medisinsk vilkår. I Finland, Nederland, Storbritannia og Sverige har det betydd at legens rolle fortsatt er helt sentral. Medisinske opplysninger må innhentes, og sosialforsikringsinstitusjonen må kontrollere riktigheten av de opplysninger som gis. Også for dette arbeidet er det nødvendig med medisinsk kompetanse. Det er interessant at Danmark, til tross for avskaffelsen av det medisinske

vilkåret, i praksis fortsatt vurderer helsetilstanden til søkeren i nesten samtlige søknader om uførepensjon.

Selv om det medisinske vilkåret fortsatt skal gjelde, er det ønskelig med en sterkere betoning av søkerens funksjons- og arbeidsevne, og mindre vektlegging av de begrensninger som sykdommen og helseproblemene medfører. Den danske modellen er interessant for norske forhold på grunn av de store likhetene mellom de to landenes metode for arbeidsevnevurdering. Det danske velferds-systemet ligner den norske i den sterke vektleggingen av skjønnsutøvelse i saksbehandling. Det er også en meget sterk vektlegging av arbeid og aktivisering.

I de siste årene har man i landene som her er studert, lagt økt vekt på søkerens funksjons- og arbeidsevne ved behandlingen av uføresøknaden. Denne vurderingen er i varierende grad formalisert i skjema for å øke rettsikkerhet, etterprøvnbarhet og effektivitet. Nederland og Storbritannia har lang erfaring med slike skjemaer, og dette er i løpet av de siste par årene også blitt innført i Sverige i form av SLU.

Tidlig rehabiliteringsinnsats for å motvirke en uførepensjonering er fellestrekk, med unntak av Storbritannia. I Finland har rehabiliteringsinstitusjonene lange tradisjoner, først og fremst med et medisinsk tilsnitt. Å bygge opp en tilsvarende kunnskap og organisering i Norge ville være en svært omfattende oppgave, sannsynligvis med skuffende resultat. Nederland på den annen side har de siste 10 årene vektlagt mer arbeidsrettet rehabilitering i regi av bedriftshelsetjenesten, og stiller svært strenge krav til gjennomført rehabilitering før uførepensjon kan tilstås. Med innføringen av arbeidsevnetmetoden har man i Danmark også skiftet fokus fra passive ytelser til mer arbeidsrettede tiltak. Som modeller ville de to sist nevnte landene være interessante for norske forhold.

En tydeliggjøring av legenes rolle og økte krav til kvalitet og upartiskhet er felles elementer i de fem landene, men også her er det åpenbare forskjeller i gjennomføring. I Nederland og Storbritannia har legenes bruk av etterprøvbare kriterier, skjemaer og vektlegging av vitenskapelig baserte retningslinjer stor betydning. Også i Sverige har det i de siste årene blitt lagt større vekt på retningslinjer, og det er en økt bruk av uavhengige primærleger og poliklinikker for å innhente vurderinger som ikke farges av at legen også har behandlingsansvar for søkeren. Denne modellen kan være svært interessant for norske forhold, da den antagelig vil være rimelig enkel å prøve ut, samtidig som kostnadene er begrensede.

REFERANSER

Ankestyrelsen. Undersøgelse af lægekonsulenternes rolle i den beskæftigelsesrettede indsats. København: Ankestyrelsen, januar 2007

Ankestyrelsen. Førtdispensioner: Årsstatistik 2009. København, Ankestyrelsen, Analysekontoret, 2010

De Boer WEL, Brenninckmeijer V, Zuidam W. Long-term disability arrangements. A comparative study of assessment and quality control, TNO report. TNO, Hoofddorp, 2004.

De Boer WEL, Brage S. Dilemmaer i legers vurdering av arbeidsuførhet – et europeisk perspektiv. Tidsskrift for Velferdsforskning 2008; 11: 104-112.

Department of Work and Pensions. Employment and support allowance: Work Capability Assessment: Official statistics. London; DWP, juli 2010.

Försäkringskassan. Metodstöd för handläggare och försäkringsläkare i sjukförsäkringsärenden. Stockholm; Försäkringskassan 2004.

Försäkringskassan. Strategier för begränsning av sjukfrånvaro och förtidspension. Erfarenheter från Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige 1990–2007. Socialförsäkringsrapport 2008:5. Stockholm, Försäkringskassan, 2008.

Gårdestig S, Liljedahl EA. Försäkringsmedicinsk kompetens hos Försäkringskassan, några utvecklingsperspektiv. Socialmedicinsk tidskrift 2009; 6: 503-517

Henderson M. Transformation of the personal capability assessment. London, Department of Work and Pensions, 2006.

Mabbet D, Bolderson H, Hvinden B. Definitions of disability in Europe: a comparative analysis, Uxbridge: Brunel University, 2002.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. A short survey of Social Security in the Netherlands, 2010.

Norges offentlige utredninger. Ny uførestønad og ny alderspensjon til uføre, NOU 2007:4. Oslo, Arbeidsdepartementet, 2007.

OECD. Sickness, Disability and Work (Vol. 1): Norway, Poland and Switzerland. Paris; OECD, 2006

OECD. Sickness, Disability and Work (Vol. 2): Australia, Luxembourg, Spain and the United Kingdom. Paris; OECD, 2007

OECD. Sickness, Disability and Work (Vol. 3): Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands. Paris; OECD, 2009

Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedisinsktbeslutsstod>. 2010

Solli HM, da Silva AB, Lie RK, Bruusgaard D. Biomedisinsk sykdomsmodell og rettferdig tilståelse av uførepensjon. Tidsskrift for den Norske Legeforening 2005; 125: 3293-6.

Statens Offentliga Utredningar. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. SOU 2008:66. Stockholm, 2008.

Statens Offentliga Utredningar. Gränlandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/medicinska förutsättningar för arbete/försörjningsförmåga. SOU 2009:89. Stockholm, 2009.

Statistics Netherlands. Web magazine, 20. april 2010.