

Intygsutredning för Region Skåne

Kartläggning av förekommande läkarintyg och krav på kunskap hos utfärdare, maj 2013

Innehåll

Försäkringsmedicin i läkarutbildningen – regionalt utbildningsuppdrag	2
Intygskunskapsuppdraget	2
Bruttolista respektive rensad bruttolista	2
Vägledning med lärandemål	3
Inventering, efterforskning och sammanställning	4
Synpunkter och förslag från partners	5
Svensk Försäkring i samverkan	5
Läkarförbundet	6
Specialistläkare barn	6
Barnmedicinska föreningen.....	7
SFAM – Svensk Förening Allmän Medicin	8
Patientförsäkringen LÖF.....	9
Socialstyrelsen.....	10
Sveriges Kommuner och Landsting - sjukvården	10
Sveriges Kommuner och Landsting – socialtjänsten	11
Inera	12
Stockholms läns landsting	13
Försäkringskassan	13
Karolinska Institutet	14
Arbetsförmedlingen.....	14
Migrationsverket.....	15
Generellt förhållningssätt	16
Nationellt perspektiv	17
Försäkringsbolagens utbildningar	17
Intygsmallar och beslutsstöd	18
Komplexa men vanliga problem bör ges extra utrymme	18
Patientskadelagen m m	18
Arbetsförmedlingens specifika behov	18
Migrationsområdet eftersatt	19
Barnmedicin specifikt	19

Försäkringsmedicin i läkarutbildningen – regionalt utbildningsuppdrag

Region Skåne har för avsikt att under 2013 skapa ett sammanhållet system för adekvat utbildning i försäkringsmedicin för alla berörda medarbetare oavsett profession och byggnad på tidigare utbildning/erfarenhet av kunskapsområdet.

I första etappen koncentreras arbetet till grundutbildningar och vidareutbildningar t ex ST rep distriktssköterskeutbildning. Materialet kan sedan återanvändas för efterutbildning av tidigare utbildade med samma inriktning.

Intygskunskapsuppdraget

Mitt uppdrag från Region Skåne är att ta fram underlag som bidrar till utveckling, uppdatering och revidering av vägledning med lärandemål för de försäkringsmedicinska inslagen i utbildningen för läkare och annan personal.

Stödet består framförallt i att insamla och presentera skriftligt underlag för arbetet från relevanta källor. Till exempel Försäkringskassan, arbetsförmedlingen andra landstings hemsidor men framförallt specialiteternas målbeskrivningar.

I första steget skall uppdragstagaren fokusera på det barnmedicinska området. Avsikten är att därefter bearbeta övriga specialitetsområden i tur och ordning men med avgränsning till de områden som är mest angelägna ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv. Med mest angelägna avses i detta sammanhang:

- Barnmedicin
- Ortopedi
- Psykiatri
- Onkologi
- Allmän medicin

Målsättningen är att, med utgångspunkt från de bedömningar som skall leda till läkarintyg/läkarutlåtanden eller motsvarande som är aktuella inom det specifika medicinska området, identifiera den kunskap och kompetens som krävs för att kunna fylla i de aktuella intygen på ett professionellt sätt och på ett både medicinskt och rättsäkert sätt.

Bruttolista respektive rensad bruttolista

Från Inera har inhämtats en bruttolista över samtliga intyg som vården levererar till olika myndigheter och instanser. Den är framtagen i ett tidigare sammanhang, visserligen med andra syften, men fungerar bra som en utgångspunkt. Bruttolistan kompletteras under hand i takt med att ny information lämnas vid de kontakter som sker med olika myndigheter och organisationer.

Bruttolistan kommer att fungera som en referenslista över alla intyg som kan förekomma. Den får utgöra en totallista över alla läkarintyg (och motsvarande) som finns i bruk.

Med utgångspunkt från denna bruttolista har sedan en rensad bruttolista tagits fram där intyg rensats bort som inte bedöms ha intresse eller relevans för uppdraget. Den rensade bruttolistan blir projektets bruttolista/huvudlista där de olika intygen hänförs till respektive specialitet. Även den rensade bruttolistan kompletteras under hand med intyg som fångas upp under arbetets gång.

I detta sammanhang har en särskild förteckning upprättats över samtliga de intyg (motsvarande) som tagits bort från bruttolistan. Avsikten är att kunna lyfta över vissa intyg till den rensade bruttolistan (eller vice versa) i de fall det kan konstateras att den första bedömningen inte var fullt relevant.

Den rensade bruttolistan uppgraderas

Den upprättade Rensade bruttolistan föreslås bli uppgraderad till huvudlista för det fortsatta arbetet inom projektet. Den bör bli föremål för fortsatt uppdatering och revidering i takt med att ytterligare information tillkommer från våra partners, speciellt med tanke på det inventering som är på gång inom Socialstyrelsen och någon fler myndighet samt med tanke på det utvecklingsarbete som pågår för att förenkla sjukskrivningsprocessen inom och mellan myndigheter och organisationer.

Aktuella intyg viktas

Samtliga förekommande intyg (motsvarande) på den rensade bruttolistan viktas/värderas utifrån volym och angelägenhet och för varje specialitet för sig.

Vägledningar med lärandemål

En utgångspunkt för projektet som helhet är de vägledningar med lärandemål som tagits fram på nationell nivå tillsammans med berörda universitet (bl a Lunds Universitet), Socialstyrelsen, Läkarförbundet, Sveriges Kommuner och Landsting, Svenska Läkaresällskapet, Försäkringskassan samt ett urval landsting/regioner varav Region Skåne är ett.

Dessa vägledningar med lärandemål skall närmast uppfattas som rekommendationer. T ex har SKL rekommenderat vägledningarna för AT till samtliga landsting.

Det finns fyra versioner av vägledningar med lärandemål:

- Grundutbildningen för läkare
- AT
- ST
- Fördjupningsutbildning

Samtliga vägledningar med lärandemål finns tillgängliga hos utredaren Siwert Gårdestig.

Förslagsvis bör dessa vägledningar bli föremål för revidering i enlighet med de erfarenheter och insikter om uppdateringar som projektet i Region Skåne leder fram till. Sannolikt borde den revisionen kunna uppgraderas till nationell nivå eftersom problematik och möjligheter är relativt lika principiellt sätt över hela landet.

Inventering, efterforskning och sammanställning

Arbetet har gått till så att jag haft genomgångar med i stort sett alla berörda myndigheter och organisationer som kan tänkas ha krav och förväntningar på underlag från vården för att de i sin tur ska kunna klara sina respektive uppdrag på ett tillfredsställande sätt.

Ett stort antal möten har genomförts och från varje sådant möte finns särskilda minnesnoteringar upprättade som i sin tur har godkänts av den part jag fört dialog med. Totalt har ca 20 möten genomförts som har dokumenterats enligt ovan. I vissa fall har flera möten hållits med samma myndighet/organisation eftersom de representerar olika delar av samma organisation. Totalt har jag diskuterat frågan med över 30 personer. Därutöver har naturligtvis skett en del konakter via telefon och mail. De myndigheter och organisationer jag träffat och haft utbyte av är:

- Försäkringskassan
- Socialstyrelsen
- Läkarförbundet
- Arbetsförmedlingen
- Svensk Försäkring i samverkan
- Region Skåne
- Sveriges Kommuner och Landsting
- Inera
- Karolinska Institutet
- Stockholms läns landsting
- SFAM
- Migrationsverket
- Patientförsäkringen LÖF
- Svenska Barnläkarföreningen
- Enskilda barnspecialister

Sammantaget har dessa intervjuer och genomgångar gett en bra bild över komplexiteten, sambanden och behovet av både uppdatering av de försäkringsmedicinska kunskaperna och ökad ömsesidig förståelse och respekt för varandras roller och uppdrag i detta sammanhang.

Nedan noteras de kompletterande uppgifter och synpunkter som förmedlats vid de samtal som genomförts så här långt. Jag noterar dem myndighets- och organisationsvis, i vissa fall kan det överlappa varandras uppfattningar och synpunkter.

Pågående utvecklingsprojekt

Inom flera av myndigheterna/organisationerna som omfattas av denna inventering/analys pågår projekt och aktiviteter som syftar till att både förenkla processerna kring informationsöverföringarna och anpassa informationen till behovet i de enskilda fallen.

Dessa projekt eller aktiviteter kommer dock inte att påverka behovet av kompetens hos användarna utan snarare kommer kunskap och erfarenhet att komma mer till sin rätt när rationellare och effektivare kommunikationsvägar och system utvecklas.

Synpunkter och förslag från partners

I samband med intervjuer och diskussioner med de myndigheter och organisationer som är berörda i detta PM har nedanstående synpunkter och förslag framkommit. De redovisas per myndighet/organisation.

Svensk Försäkring i samverkan

I huvudsak två typer av intyg; intyg som krävs vid nytecknande respektive intyg som krävs för att bedöma uppkommen skada och dess prognos.

I en utredning ”Ds 2005:13 Försäkringsbolagens tillgång till patientjournaler” föreslås att läkare enbart ska skriva intyg utifrån journaluppgifter, berör främst barn. Dock ingen förändring i sikte.

Risk med dagens system; kan leda till överinformation och spridning av integritetshämmande information.

De flesta försäkringsbolag har egna versioner av de aktuella blankettyperna. På hemsidan för Svensk Försäkring i samverkan finns huvudblanketten som används i de allra flesta ärenden.

Under paraplyet Svensk Försäkring i samverkan finns Försäkringsläkarföreningen som organiserar ca 200 läkare (främst ortopedier och neurologer) som fungerar som försäkringsmedicinska rådgivare till landets olika försäkringsläkare. Patientförsäkringen LÖF är numer också anslutet till Försäkringsläkarföreningen.

Noterades att man inom Region Skåne tagit fram intygsmallar för vissa diagnoser inom ortopedin. Intygsmallarna används enbart i kontakterna med Försäkringskassan. Erfarenheterna är relativt goda även om man haft en del motsättningar inledningsvis.

Försäkringsbolagen står under Finansinspektionens (FI) tillsyn. FI har krävt att de försäkringsmedicinska rådgivarna (FMR) ska ha särskild utbildning. Och sedan ca 10 år tillbaka pågår en rullande utbildningsaktivitet i regi av Svensk Försäkring i samverkan. Utbildningen omfattar fyra steg.

Utbildningarna innehåller som regel fallbeskrivningar och genomförs bland annat med hjälp av extern expertmedverkan. Varje kurs har ca 30 deltagare.

Utöver detta erbjuds en tilläggsutbildning med rubriken ”läkare i rätten” som syftar till att förbereda läkare som av någon anledning blir indragen i en rättsprocess när ett ärende hamnar i domstol.

Generellt utgör anvisningarna till intygsverket (invaliditetsintyget) en bra lathund i samband med försäkringsbedömningar. De borde med viss fördel kunna få en vidare tillämpning och inte enbart begränsad till det privata försäkringsområdet. En koppling till det sk tabellverket skulle också kunna bidra till att öka respekten för vad ett läkarintyg kan betyda för den enskilda patienten.

Den tidigare SK-kursen i försäkringsmedicin skulle eventuellt kunna fungera som en referens för värdering och uppdatering av aktuella läkarutbildningar.

Ett behov som finns är att kunna beskriva och bedöma begreppet och företeelsen ”smärta” och kunna sätta in det i sitt sammanhang. Ett annat problematiskt område är arbetsförmågeområdet. Ständigt ett område där olika ambitioner, kunskaper och inställningar gör det problematiskt och öppnar för varierande tillämpning osv. Detsamma kan sägas om begreppet funktionsnedsättning.

Läkarförbundet

Lyfter fram det gemensamma projektet ”enklare sjukskrivningsprocess” med syftet att etablera en samlad IT-lösning där adekvat information finns lagrad och kan hanteras av patienten. Ett viktigt vägval är att frånga blanketter som informationsbärande verktyg. Utgångspunkten bör vara att klargöra vilken information som behövs i de enskilda fallen.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet bör kompletteras och utvecklas till en mer lärobokliknande produkt som även beskriver behoven av information som fodras för en framgångsrik behandling oberoende av utförarmodell.

Specialistläkare barn

Dag Ström, barnspecialist: En aktuell problematik utgör de olika kulturer som präglar de äldre läkarnas utbildning jämfört med den nu aktuella läkarutbildningen. Dagens utbildning är sannolikt mer lösningsfokuserad jämfört med den äldre som mer var traditionell inlärning utifrån givna och förutbestämda fakta.

Om man vill ha reda på vilka kunskaper som krävs för att klara att svara på alla frågor som ställs i dagens blankettflora så borde man kanske vända på frågeställningen och fråga just det; vad är problemet och vad behöver du veta för att klara det problemet?

Förhållningssättet kan beskrivas som ett interaktivt lärande, alltså ett aktivt och ständigt pågående lärande inom diagnosområdet. Förslagsvis borde man kunna integrera just intygsskrivandet i lärprocessen kopplat till den praktiska inlärningen vid olika sjukdomstillstånd för studenter.

Utbildningen bör bygga på ett genuint salutogent förhållningssätt där målsättningen är att sträva efter att kontinuerligt försöka stärka det friska eller restarbetsförmågan som finns oavsett sjukdomstillstånd och handikapp. Det salutogena förhållningssättet bygger på Antonovskys

teorier om att genom att stärka det friska så påverkas det sjuka positivt och tvärtom. Det salutogena perspektivet fokuserar på faktorer som orsakar och vidmakthåller hälsa. Motsatsen till salutogenes är patogenes, som försöker förklara varför människor blir sjuka. Ett viktigt begrepp som hör till den salutogena forskningen är känsla av sammanhang.

Noterades också att det i andra sammanhang varit lärorikt att närmare studera och lära av de brister som framkommer vid studier av HSAN-ärenden. Kunskapen från tidigare brister i vården har kunnat (eller borde) tillvaratas i utbildning och utveckling i syfte att undvika upprepningar. Det är sannolikt inte praktiskt möjligt att genomföra motsvarande analys med fokus på läkarutlåtanden. Men möjligen borde man överväga en analog analys utifrån olika domstolsutslag eftersom de i större grad än HSAN-ärenden problematiserar kring olika läkarintyg och deras utformning, tolkning och betydelse för beslut om rätt till ersättning.

Barnmedicinska föreningen

Det växande kravet på läkare att åldersbestämma ensamkommande flyktingar upplevs som ett professionellt problem. Det finns faktiskt inga metoder idag som är evidensbaserade och kan fungera i sådant sammanhang. Och rent principiellt stämmer det uppdraget illa med läkaretiken och FN:s barnkonvention.

Det barnmedicinska uppdraget kan struktureras utifrån två teman.

- Barnet måste ses som en växande individ där insatserna så långt möjligt ska fokusera på att minska glappet mellan vad som kan anses som normal utveckling och den prognos som ett enskilt barn har om inga åtgärder sätts in. Strävan ska vara att uppnå en för varje individ så hög grad av normalisering som möjligt, snarare uttryckt som att understödja en för det enskilda barnet så optimal utveckling som möjligt – att kunna optimera barnets förutsättningar till ett så hälsosamt och självständigt liv som möjligt.
- Barnets närmaste omgivning och dess förutsättningar är avgörande för att både stödja och leda insatser som är förutsättningar för en framgångsrik habilitering. Det krävs förmåga och kunskap om omgivningsfaktorernas effekter och vilka medel som sammantaget finns i samhället för att bidra till den enskildes habiliteringsmöjligheter.

Det finns flera områden med utvecklingspotential inom de barnmedicinska verksamheterna. Nedan noterar vi några av de viktigaste.

Skolhälsovården och skolmedicinen är ett eftersatt område. En bidragande orsak kan vara att den har en annan organisatorisk (primärkommunal) tillhörighet än annan barnmedicinsk verksamhet. Detta skapar också i sig självt rekryteringssvårigheter. En uppstramning borde ske genom att rekryteringsingångarna begränsas, förbättras och förtydligas inom de tre: allmänmedicin, Barn- och ungdomspsykiatri samt Pediatrik.

Det habiliteringsmedicinska området behöver integreras ytterligare med den övriga barnmedicinska verksamheten. De tidigare skälen till att verksamheten behövde centreras för att kunna professionaliseras och utvecklas har reducerats i takt med både medicinsk och vårdkulturell utveckling.

De aktuella teambildningarna inom habiliteringsområdet behöver en ökad tydlighet vad gäller den interna rollfördelningen mellan berörda kompetenser (läkare, sjukgymnaster,

arbetsterapeuter m fl). Förslagsvis borde vissa tjänster kunna vara gemensamma mellan barnmedicinen och habiliteringen.

En bristande kunskap och insikt om samhällets samlade möjligheter till stöd och hjälp för individ och familj utgör ett problem som kan drabba den enskilda som därigenom kan missa vissa möjligheter. Den kunskapen är betydelsefullt för att kunna ge föräldrar och vårdnadshavare rätt lotsning i behandlingsprocessen.

Speciellt blir detta problematiskt när man kommer in på migrationsområdet. Den socialpediatriska förmågan/kunskapen behöver utvecklas på ett strukturerat och systematiskt sätt till gagn för den växande skaran av barn med utländsk bakgrund liksom den växande gruppen kroniskt sjuka barn med långvarigt/återkommande behov av kontakt med sjukvården.

SFAM – Svensk Förening Allmän Medicin

Generellt sätt bygger en stor del av aktuella läkarintyg/utlåtanden på vad patienten själv förmedlar. Intygsskrivandet bygger oftast på att det finns en trovärdighet och tillit mellan patient och läkare. I flera fall sker ingen direkt traditionell läkarundersökning utan endast en dialog mellan läkare och patient. Detta gäller till exempel de flesta intyg kring adoptioner respektive utlåtanden till olika försäkringsbolag.

När det gäller intyg/utlåtanden till socialtjänsten handlar det som regel om att intyga ett berättigande till bidrag eller annan insats. Exempelvis LVM, LVU, handikappersättningar, färdtjänst, elrullstolar osv.

Det borde vara rationellt att öka möjligheterna även för andra yrkeskategorier än läkare att rekommendera sjukskrivning. Främst sjukgymnaster men även arbetsterapeuter och psykologer. Dessa sätter också diagnoser och har särskild fokus på att tillvarata och stärka det friska i varje sjukdomssituation. De har ofta en specialkunskap som läkare inte har.

Allmänt sett finns det relativt stora brister vad gäller förutsättningarna och syften med alla olika typer av intygsskrivande. Det har blivit bättre de senaste åren, men det finns kvardröjande effekter av framför allt äldre läkarutbildningar. De nuvarande har förbättrats men saknar ändå tillräcklig kunskapsbyggnad.

Under grundutbildningen kan man informera mer allmänt om intygsskrivandet och dess förutsättningar och villkor, i synnerhet avseende de mer vanligt förekommande intygen. En viss progression behövs för AT, men fortfarande relativt kort. Under ST bör det finnas en större mottaglighet och erfarenhet som grund för fördjupningar i de försäkringsmedicinska områdena.

En särskild kurs i intygsskrivande skulle vara motiverad. Och då inte begränsat till ifyllnadsanvisningar utan fördjupningar i orsak, verkan och metodik utifrån bästa patientnytta och patientsäkerhet, nämnd t.ex.: ”Vad är det egentligen vi intygar?”.

Ett ökat ansvarstagande för sjukskrivningarna har skett senaste åren. Läkargrupperna är mycket mer medvetna om sjukskrivningsverktygets effekter och förutsättningar numer jämfört med tio år tillbaka. Utvecklingen har också inneburit att myndigheterna har börjat pröva olika former för ett ökat ansvarstagande för vården vad gäller sjukskrivandet inklusive ett visst ökat ekonomiskt ansvarstagande.

Det borde inte vara så mycket annorlunda med ett ekonomiskt ansvarstagande inom vissa begränsade former för sjukskrivning än på de sätt som sker för läkemedel och medicinsk service i Hälsoval Skåne. I all synnerhet om sjukskrivning ska betraktas som en del av vård och behandling, vilket bland andra Socialstyrelsen har slagit fast i t.ex. de övergripande principerna för det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Ett avgränsat pilotprojekt med ett ökat ekonomiskt ansvar och/eller rätt för t.ex. sjukgymnaster att rekommendera sjukskrivning vid t.ex. en eller några vårdenheter borde vara intressant att pröva. Projektet bör naturligtvis riggas utifrån tydliga och förutbestämda utvärderingskriterier och med en bra professionell sammansättning samt utan ekonomisk risk för inblandade parter under projektperioden.

Patientförsäkringen LÖF

Patientförsäkringen LÖF är ett ömsesidigt försäkringsbolag som ägs av sina försäkringstagare, landstingen och regionerna. Det formella namnet är Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, men arbetare under namnet Patientförsäkringen LÖF, som tydligare återspeglar verksamheten. Verksamheten startade i januari 1995 och bolagets säte ligger i Stockholm men verksamheten omfattar hela Sverige.

LÖFs huvuduppgift är att ansvara för skadereglering för skador som den offentligt finansierade vården förorsakat individen på olika sätt. Den privat finansierade vården omfattas inte av LÖFs ansvar. Däremot sker en hel del kontakter med de försäkringsbolag som står bakom den privata vård som har avtal med landsting/region.

Noterades att det är vanligast med skador inom ortopedi, kirurgi och andra verksamheter med stora operationsvolymerna. Men verksamheter som man ser bedömer som underrepresenterade är psykiatri och allmän medicin. Infektionsskador bedöms relativt generöst som en vedertagen praxis.

De intyg som används inom LÖFs verksamheter är Skadeanmälan, Läkarutlåtande samt Invaliditetsintyg. Därutöver finns ett par anvisningar/rekommendationer till hjälp för användaren: ”Klinikerna rutiner vid sjukskrivning” samt en beskrivning av projektet ”Förbättrad sjukskrivningsprocess inom ortopedi Region Skåne”.

Utbildningsinsatser sker mer eller mindre regelbundet. Resurs- och kompetensbrist utgör den stora orsaken till att utbildningsaktiviteterna inte kunnat byggas ut som motiverat.

Rent generellt är kunskaperna om patientskadlagen, patientförsäkringen och regelverket kring patientens rättigheter i detta sammanhang undermålig i aktuella läkarutbildningar. Våra grannländer har hunnit betydligt längre i detta avseende.

Det som kan öka möjligheterna för spridning av kunskapen omkring patientförsäkringen är den patientsäkerhetsstrategi som är på väg att utvecklas med ambitioner liknande ”nollvisionen” inom trafiksäkerhetsarbetet.

Noterades också erfarenheterna kring exemplet med ”mallade intyg” som bedrivits inom den ortopediska i Region Skåne. Såväl Försäkringskassan som vårdens företrädare hade positivt inställning till fortsatta försök i liknande riktning.

Socialstyrelsen

Barn som utreds eller har beviljats insatser inom Socialtjänsten och hur informationen dokumenteras och förmedlas (Eva Agåker).

Barns Behov i Centrum (BBiC) är ett enhetligt system för handläggning och dokumentation av barnavårdsärenden inom Socialtjänsten. Det stora flertalet kommuner i Sverige använder sig av BBiC som system för planering, utredning och uppföljning av insatser gällande barn.

Vad gäller läkarundersökning av barn så är detta lagstadgat endast när det gäller omhändertagande av barn jml LVU. I andra fall görs en bedömning i varje enskilt ärende om behovet av läkarundersökning.

En särskild ”BBiC anvisning för läkarundersökning” är framtagen och förankrad hos Barnläkarföreningen. Den innehåller inga formulär, läkaren väljer själv form och sätt.

Vid genomgångar av medicinska underlag kopplade till BBiC har framkommit besvärande brister, främst en oroande låg remissfrekvens till specialist samt stora brister i samordningen mellan vården, socialtjänsten och Försäkringskassan.

Konsekvensen blir rehabiliterings- och habiliteringsmöjligheter upptäcks för sent skapar inlåsningseffekter i alternativa både dyrare och sämre stödsystem, typ aktivitetsersättning.

Kunskapsutvecklingen behöver både stimuleras och spridas på lämpligt sätt till de berörda professionerna.

Någon samlad bild över vilka läkarintyg (och andra intyg) som Socialstyrelsen ”godkänt” eller ”inte haft någon invändning mot” finns inte. Socialstyrelsen har åtagit sig att under hand göra ett försök att skapa en översikt (Malin Ahrne).

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att integrera genusperspektivet i befintliga vägledningar och beslutsstöd. Region Skåne ligger i fronten och Socialstyrelsen ska delta i aktuella utbildningar.

Vidare ska Socialstyrelsen genomföra ”öppna data” där nödvändig information görs tillgänglig för respektive frågeställning oberoende av blanketter o dyl. Detta kräver ny teknisk plattform. Hemsidan måste göras om och sikta på målgrupper som inte har tillgång till medicinska journaler.

I Norge finns ett bra referensobjekt i form av en nationell hemsida som med fördel kan utgöra referensobjekt i det fortsatta svenska utvecklingsarbetet.

Andra yrkeskategorier som kan bli eller är lämpade för att skriva intyg förutom läkare är sjukgymnast, dietist och psykolog.

Sveriges Kommuner och Landsting - sjukvården

Avstämning i syfte att säkerställa att de upprättade listorna över förekommande blanketter är relevant och uppdaterad.

Konstaterades att det behövs en nationell koordinering av aktiviteterna kring intyg, utbildningsbehov och vägledningar för att undvika dubbelarbete och överlappningar. Om projektet ska få nationellt avtryck så krävs delaktighet från andra landsting/regioner.

Det är också angeläget att andra myndigheter och organisationer kan hantera sina uppdrag och målsättningar på ett jämlikt och rättssäkert sätt gentemot sjukvårdshuvudmannen oavsett geografiskt område.

Utvecklingsprojektet ”förenklad sjukskrivningsprocess” bygger på att tre nivåer; sjukskrivningar som är självklara och inte kräver någon bearbetning från Försäkringskassan, sjukskrivningar som kräver en snabb och rak behandling och en tredje nivå av sjukskrivning som bedöms som mer komplicerad.

Noterades fortsatt osäkerhet kring hur www.sjukskrivningar.se ska hanteras, 14 landsting är idag ”medlemmar” medan Försäkringskassan hittills ställt sig utanför.

Sveriges Kommuner och Landsting – socialtjänsten

Beträffande vanliga läkarutlåtanden om hälsotillstånd (LUH) får Socialtjänstens klienter ofta bristfälliga intyg om sin arbetsförmåga att uppvisa för sina handläggare. Det behövs ett utvecklings- och utbildningsarbete för att beskriva för medicinsk personal varför socialtjänsten behöver lika välformulerade intyg som Försäkringskassan. Socialtjänsten behöver veta vilka inskränkningar av arbetsförmågan det finns, och vad individen kan och inte kan göra i sin rehabilitering tillbaka till arbetslivet.

Ett problem är den så kallade tidiga bedömningen som Försäkringskassan gör, detta har medfört att många av de nollplacerade aldrig når fram till sitt LFC (lokalt försäkringscenter) och därmed riskerar att gå miste om möjligheten till samordnade rehabiliteringsinsatser via Försäkringskassan. Men problemet är uppmärksammat och sannolikt kommer det att åtgärdas i närtid.

Det vanliga läkarintyget (FK 7263) används i flera sammanhang, Det gäller till exempel socialtjänsten men även Arbetsförmedlingen och kommunala arbetsmarknadsenheter och FINSAM.

Det behöver förtydligas att socialtjänsten har rätt att begära den typen av intyg utan kostnad. Det sista är särskilt viktigt i samband med fakturering. Socialtjänsten blir ofta felaktigt fakturerad för denna typ av kostnader p.g.a. felaktig information till individen.

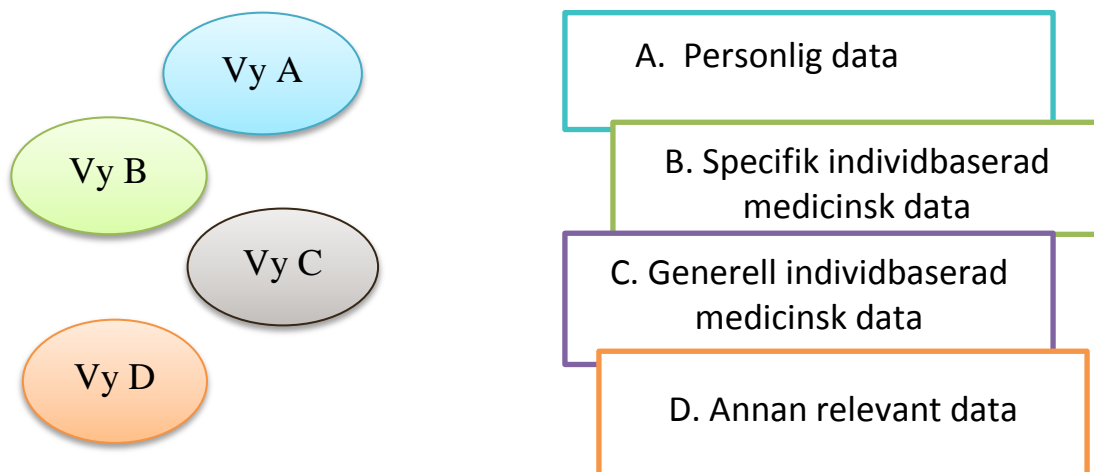
I vissa fall när socialtjänsten jobbar aktivt med dysfunktionella barnfamiljer, där barnen är eller riskerar att omhändertas, behöver föräldrarna läkarintyg då det gått in i en krisreaktion och inte kan arbeta, vara aktivt arbetssökande eller delta i arbetsrehabiliterande åtgärder. Och när personer deltar i öppenvård vid beroende (missbruk) så brukar det ges ”Läkarintyg vid förebyggande behandling”.

Kunskaperna inom vården kring denna problematik behöver förbättras.

Inera

Ineras uppdrag är att i första hand utveckla kommunikationsvägarna mellan vården och olika intressenter som behöver vårdens underlag för att kunna göra rätt bedömningar i de enskilda fallen. För att klara detta behövs ett nytt förhållningsätt till vad som behöver kommuniceras beroende på situation och relevanta frågeställningar. En ömsesidigt framgångsrik verksamhetsutveckling ska stödjas av moderna IT-tekniska lösningar och gemensamma IT-plattformar.

En utgångspunkt är att se informationsmängden som en gemensam kunskapsbas som hålls tillgänglig för olika ändamål och är anpassad för att kunna återanvändas kontinuerligt för olika syften. Kunskapsbasen kan sammanfattas i nedanstående strukturer. Den högra delen utgör en generell mall som visar de fyra typer av informationsmängder som är aktuella. Den vänstra vill visa att mallen kan tillämpas i olika vyer beroende på vilket diagnosområde eller problemområde som är aktuellt i de enskilda fallen.



Modellen bygger på att boxarna A, C och D i stort sett bör innehålla fakta och data som är användbar i samtliga olika vyer medan box B har begränsad tillgänglighet. Den har exklusivt användningsområde och är av olika skäl inte tillgänglig i alla vyer.

Konstaterades att det finns ett gemensamt intresse och behov av att kommunikationen mellan inblandade parter bygger på professionalism, ömsesidig förståelse och respekt för varandras roller med kunskap och kompetens som är målsatt, progressiv och patientcentrerad.

Vi kom överens om att det fortsatta samarbetet som ett första steg ska fokusera på att lista aktuella intyg och beslutsunderlag. Som ett andra steg bör om möjligt sammanställningen kompletteras med volymuppgifter per intyg och år. Detta för att kunna värdera betydelsen och angelägenhetsgraden.

Stockholms läns landsting

Det finns ett gemensamt intresse bland sjukvårdshuvudmännen att utveckla en likartad utbildningsstruktur inom det försäkringsmedicinska området. Det finns intresse för en samverkan där de olika landstingen/regionernas kunskaper och erfarenheter kan tillvaratas och bidra till en starkare helhetsbild när det gäller både blankettproblematik, kommunikationsbehov och kunskapsbyggande.

Ett brett angreppssätt, helt i linje med Region Skånes initiativ, på det försäkringsmedicinska ämnet är att föredra. Det bör vara sjukvårdshuvudmannen som främst är ansvarig och därmed drivande för att läkarnas utbildning motsvarar de krav som ställs på vårdgivare vars verksamhet finansieras med offentliga medel. I det perspektivet är Försäkringskassan en av flera organisationer som är beroende av intyg och utlåtanden för att å sin sida klara ett myndighetsuppdrag eller försäkringsåtagande.

En möjlighet som bör prövas är att Region Skåne bjuder in Stockholm och Västra Götaland till en hearing kring aktuell problematik. Syftet skulle vara att dels förankra idéerna dels tillvarata varandras möjligheter, erfarenheter och kompetenser.

Försäkringskassan

I FK:s regi pågår ett arbete med att ensa begrepp och frågeställningar i syfte att skapa en gemensam ”frågebank” som kunde användas av berörda funktioner inom sjukskrivningsprocessen. Ur denna ”frågebank” kan sedan relevanta frågeställningar hämtas som bäst motsvarar respektive patient/klients problematik. Tekniken för detta är dock ännu inte utvecklad.

Detta ”system” kommer att medföra att behovet av särskilda blanketter successivt försvinner. Men för närvarande är dock blanketterna den enda utgångspunkten för ett arbete som syftar till att identifiera behovet av kommunikationer mellan aktörerna inom sjukskrivningsprocessen i vid bemärkelse.

Det är positivt och angeläget att vårdens ansvarstagande för läkarkårens utbildning, inklusive försäkringsmedicinsk utbildning, tydliggjordes och överfördes i aktiv planering och handling. Ett sådant ansvarstagande bör både stimuleras och stärkas.

Informerades om att det finns planer på att försöka ena landstingen kring en gemensam satsning på en nationell uppgradering av aktuella vägledningarna med lärandemål med utgångspunkt från det arbete som Region Skåne initierat under vinterhalvåret.

Informerades också om att det har etablerats kontakt med Socialstyrelsen i syfte att under hand upprätta en gemensam bruttolista över samtliga förekommande intyg. Den förteckning som nu är på väg att tas fram av Region Skåne bör kunna utgöra basen för denna nationella förteckning. Bland FK har i anger i en regeringsrapport att det behövs en samlad kartläggning över vilka intyg som vården måste leverera. Detta bör synkas med det uppdrag som Region Skåne nu tagit initiativ till.

När det gäller uppdatering av vägledningarna och lärandemål för de försäkringsmedicinska utbildningarna som Region Skåne initierat, så bör det kunna uppgraderas till en nationell modell

under förutsättning av att övriga landsting/regioner kan tillstyrka detta och dessutom delta i arbetet på något lämpligt sätt

Ny metod och ny blankett AFU

Den nu aktuella (nya) blanketten för AFU (Arbetsförmågeutredning) kommer nu närmst att testas på några utvalda platser i landet. För genomförandet krävs att berörda läkare har specialutbildning på AFU. Blanketten (metoden) är framtagen av Försäkringskassan, vilket avviker från traditionellt mönster där det är vården som står för metodik och kompetensuppbyggnad. AFU har en tydligare profil för arbetsförmåga jämfört med TMU och SLU.

De ca 200 läkare som kommer att behövas för att genomföra den aktuella nya metoden kommer att genomgå en särskild utbildning. Inom grundutbildning, AT och ST räcker det med att läkaren känner till att metoden finns och att ordinarie läkare kommer att ges möjlighet att förmedla information som kan anses relevant i sammanhanget samt kännedom om att patienten kommer att tillfrågas om det ok att utredningen skickas till ordinarie läkare för kännedom efter avslutad utredning.

Karolinska Institutet

Kostaterades att det är av nationellt intresse att projekt kan uppgraderas till nationell nivå. Underhandskontakter med SKL, Försäkringskassan och ett par av de stora regionerna visar att det bör vara en lämplig ambition.

I ett senare skede kommer det att vara angeläget att stämma av struktur och innehåll med flera utbildningsinstitutet varav Karolinska Institutet är en viktig intressent.

Enligt KI genomförs alternativt pågår liknande projekt på olika håll i landet i samverkan FK/landsting – och ibland i samverkan med även universitet – t.ex. Östergötland och Sthlm.

Vid Sektionen för försäkringsmedicin finns omfattande information, baserat på den kompetens (kunskap, färdigheter och förhållningssätt) som behövs av läkare vid hantering av olika aspekter av sjukskrivningsärenden. Inom sektionen har man jobbat länge med detta, gjort litteraturöversikter samt insamlat data från två omfattande enkäter till läkarna i Sverige.

En ny riksomfattande läkarenkät är nu på gång och resultat kommer att presenteras vid halvårsskiftet. Både den enkäten och dess föregångare ger en mängd möjligheter till djupstudier med varierande utgångspunkter. Dessa nationella enkäter bör kunna nyttjas än mer i det nu aktuella sammanhanget.

Arbetsförmedlingen

Generellt kan behovet av medicinska underlag struktureras efter typ av målgrupp och förmånsslag. Kraven på de medicinska underlagen kan variera något i relation till vilken målgrupp den individ tillhör som är föremål för insatser från Af.

De viktigaste beslutsunderlagen som Af behöver hantera är:

Läkarutlåtande om hälsotillstånd

Utlåtandet ska styrka om sjukdom eller funktionsnedsättning föreligger eller ej för arbetssökande som anger hinder för Af:s åtgärder.

Det bör observeras att det krävs lite olika kunskaper om LUH är avsett att identifiera medicinska risker jämfört med att det är avsett som underlag för rehabiliteringsinsatser.

Remiss för kontakt med vårdgivare

Af möter i ökad omfattning arbetssökande som är i behov av medicinsk rehabilitering. Avser främst psykiatrisk bedömning och behandling. Lokala (varierande) remissrutiner har etablerats men saknar laglig grund.

Beslut om särskilda insatser

Af har ett nytt nationellt mål om att snabbare identifiera arbetssökande med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Detta kräver nya former för att begära medicinska underlag.

Medicinska underlag krävs för såväl nya beslut som omprövningsbeslutbeträffande lönesubvention/lönebidrag.

Nyanländas etablering – hälsosamtal/undersökning

Angeläget att nyanlända erbjuds hälsosamtal/hälsoundersökning inom landstinget.

Läkarutlåtande om individens prestationsförmåga i etableringsinsatser

Vid ohälsa som medför att individen inte kan delta i etableringsinsatser på heltid behövs läkarutlåtande om hälsotillstånd.

När det gäller förebyggande insatser finns kunskapsbrister inom vården om vilka alternativ som kan erbjudas den enskilde. Den vårdsökande kommer först till vården/vårdcentral. Om tillgängliga möjligheter inte är kända innebär det den enskilde heller inte får den hjälp som finns och därmed riskerar försämrade möjligheter till självständigt liv.

Af har rekryterat ett stort antal psykologer med uppgift att tidigt identifiera behov hos den enskilde utan att det man har konstaterat och identifierat sjuklighet/diagnos. Det borde vara en uppgift som ingick i sjukvårdsmannens ordinarie ansvarstagande.

Migrationsverket

För Migrationsverkets del är det främst i nedanstående typer av fall som det krävs läkarutlåtanden som en del av ett beslutsunderlag:

Tortyrskador

I de fall det förekommer eller finns risk för tortyrskador måste ett läkarutlåtande inhämtas. Utlåtandet kan kräva olika specialistkompetenser beroende på typ av skada.

Åldersbedömning av barn

Migrationsverket behöver läkarutlåtanden i samband med att barns ålder måste bestämmas. Det görs som regel via handledsröntgen, tandröntgen samt en mer allmän läkarundersökning. Socialstyrelsen har utarbetat rekommendationer till hur dessa åldersbestämningar ska genomföras. Rekommendationerna kommer att antas av det gemensamma europeiska samarbetsorganet EASO.

Graden av sjuklighet måste fastställas

En relativt stor andel av de asylsökande uppger att de lider av någon sorts sjukdom eller åkomma. Migrationsverket behöver läkarhjälp med att bestämma omfattningen och svårighetsgraden av respektive sjuklighet. De lagliga kraven är relativt hårda, i princip gäller för vuxna att de ska vara drabbade av sjuklighet som i princip motsvarar fara för överlevnad medan de för barn är något mildare. En särskild problematik finns kring demens och påverkan av miljöbyte.

En standardiserad mall som beslutsunderlag/intyg har tagits fram av Migrationsverket i samråd med Migrationsverkets egna förtrodeläkare. Underlaget har också godkänts av Socialstyrelsen och SKL. Till denna mall har tagits fram förklaringar som stöd för användandet i olika situationer. Intygsmallen med förklaringar finns på verkets hemsida.

Migrationsverkets egna förtroendeläkare representerar ett antal olika specialiteter såsom allmänmedicin, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt rättsmedicin. För 2013 är antalet förtroendeläkare åtta, vilka samtliga är upphandlade på konsultbas.

Migrationsverket anser att det finns ett stort behov av kunskap inom vården omkring hur immigrationsreglerna ser ut, fungerar och harmonierar med andra traditioner och praxis inom vård och behandling. Det finns ett tydligt behov av att dels integrera dessa kunskaper i de rullande läkarutbildningarna på grund-, AT- och ST-nivå dels öka dialog och samråd med berörda organisationer inom såväl medicinska området som inom fackliga och organisatoriska angränsande områden.

Generellt förhållningssätt

Min utgångspunkt är att förhållningssättet bör vara ett interaktivt lärande, ett aktivt och ständigt pågående lärande inom respektive diagnosområdet. Det innebär i sin tur att intygsskrivandet är integrerat i läroprocessen och kopplat till den praktiska inläringen vid olika sjukdomstillstånd för studenter.

Utbildningen bör bygga på ett genuint salutogent förhållningssätt där målsättningen är att sträva efter att kontinuerligt försöka stärka det friska eller restarbetsförmågan som finns oavsett sjukdomstillstånd och handikapp. Det salutogena förhållningssättet bygger på Antonovskys teorier om att genom att stärka det friska så påverkas det sjuka positivt och tvärtom. Det salutogena perspektivet fokuserar på faktorer som orsakar och vidmakthåller hälsa. Motsatsen till salutogenes är patogenes, som försöker förklara varför människor blir sjuka. Ett viktigt begrepp som hör till den salutogena forskningen är känsla av sammanhang.

Allmänt sett finns det relativt stora brister vad gäller förutsättningarna och syften med alla olika typer av intygsskrivande. Det har blivit bättre de senaste åren, men det finns kvardröjande effekter av framför allt äldre läkarutbildningar. De nuvarande läkarutbildningarna har förbättrats men saknar ändå tillräcklig kunskapsbyggnad.

Under grundutbildningen kan man informera mer allmänt om intygsskrivandet och dess förutsättningar och villkor, i synnerhet avseende de mer vanligt förekommande intygen. En viss progression behövs för AT, men fortfarande relativt kort. Under ST bör det finnas en större mottaglighet och erfarenhet hos recipienten som grund för fördjupningar i de försäkringsmedicinska områdena.

En särskild kurs i intygsskrivande skulle vara motiverad. Och då inte begränsat till ifyllnadsanvisningar utan fördjupningar i orsak, verkan och metodik utifrån bästa patientnytta och patientsäkerhet, nämnd t.ex.: ”Vad är det egentligen vi intygar?”.

Nationellt perspektiv

Från i stort sett samtliga kontaktade myndigheter/organisationer förväntas att projektet i Region Skåne ges nationell tillämpning på sikt. Det är angeläget att andra myndigheter och organisationer kan hantera sina uppdrag och målsättningar på ett liknande sätt gentemot sjukvårdshuvudmannen oavsett geografiskt område.

En utgångspunkt för projektet som helhet är de fyra vägledningar med lärandemål som tagits fram på nationell nivå tillsammans med berörda universitet (bl a Lunds Universitet), Socialstyrelsen, Läkarförbundet, Sveriges Kommuner och Landsting, Svenska Läkaresällskapet, Försäkringskassan samt ett urval landsting/regioner varav Region Skåne är ett.

Förslagsvis bör dessa vägledningar bli föremål för revidering i enlighet med de erfarenheter och insikter om uppdateringar som projektet i Region Skåne leder fram till. Sannolikt borde den revisionen kunna uppgraderas till nationell nivå eftersom problematik och möjligheter är relativt lika principiellt sätt över hela landet.

Det bekräftas och förväntas från flera parter att initiativ bör tas som leder till en nationell koordinering av aktiviteterna kring intyg, utbildningsbehov och vägledningar för att undvika dubbelarbete, överlappningar och olikheter. Projektet bör ges nationell status genom att Region Skåne förslagsvis bjuder in till delaktighet från andra landsting/regioner.

Försäkringsbolagens utbildningar

Föreslås att en avstämning sker med aktuella utbildningsprogram inom försäkringsbranschen i form av särskilda FMR-kurser inklusive ”läkare i rätten” samt tidigare genomförda SK-kurser samt relevanta delar i generella anvisningar för skadereglering med tabellverk. Lämpliga delar bör med fördel kunna integreras i ordinarie ST.

Intygsmallar och beslutsstöd

Initiativ bör tas för att de inom Region Skåne framtagna intygsmallarna för vissa diagnoser inom ortopedin ska få nationell acceptans och vidareutvecklas till fler diagnosområden. Modellen och dess utveckling bör integreras i det pågående projektet ”förenklad sjukskrivningsprocess” som pågår mellan SKL, Försäkringskassan och Läkarförbundet m fl. Förslagsvis bör detta kunna ske som en del i ett utvecklat beslutsstöd.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet bör vidare kompletteras och utvecklas till en mer lärobokslignande produkt som även beskriver behoven av information som fodras för en framgångsrik behandling oberoende av utförarmodell.

Komplexa men vanliga problem bör ges extra utrymme

Återkommande och genomgående är att vissa begrepp och företeelser är särskilt besvärliga att hantera och förhålla sig till i intygssammanhang. Dessa bör ges särskild uppmärksamhet i utbildningssammanhang. Det handlar speciellt om begreppet och företeelsen ”smärta” och förmågan att kunna sätta in det i sitt sammanhang. Ett annat problematiskt område är arbetsförmågeområdet. Ständigt ett område där olika ambitioner, kunskaper och inställningar gör det problematiskt och öppnar för varierande tillämpning osv. Detsamma kan sägas om begreppet funktionsnedsättning.

Patientskadelagen m m

Rent generellt är kunskaperna om patientskadelagen, patientförsäkringen och regelverket kring patientens rättigheter undermålig i aktuella läkarutbildningar. Våra grannländer har hunnit betydligt längre i detta avseende. Speciellt gäller detta de specialiteter som är mest förekommande i detta sammanhang såsom ortopedi, kirurgi och andra specialiteter med stora operationsvolymen men även psykiatri och allmänmedicin. Det som kommer att ytterligare öka kravet på kunskapen omkring patientförsäkringen är den patientsäkerhetsstrategi som är på väg att utvecklas med ambitioner liknande ”nollvisionen” inom trafiksäkerhetsarbetet.

Arbetsförmedlingens specifika behov

Behoven av medicinska beslutsunderlag inom Arbetsförmedlingens ansvarsområde är både varierande och omfattande. Problematiken ligger bland annat i att det inte finns några direkta uppdrag till vården att lämna specifika intyg eller motsvarande till Arbetsförmedlingen i flera avseenden. Men lika fullt krävs det att vården, direkt eller indirekt, levererar underlag som stöd för beslut inom Arbetsförmedlingen.

Sannolikt kan man också dra slutsatsen att utbildningarna för läkare inte beaktar denna problematik och ger stöd och kunskaper om förutsättningarna och behovet av kunskap om regelverk och metoder.

När det gäller förebyggande insatser finns kunskapsbrister inom vården om vilka alternativ som kan erbjudas den enskilde. Om tillgängliga möjligheter inte är kända innebär det den enskilde heller inte får den hjälp som finns och därmed riskerar försämrade möjligheter till självständigt liv.

Migrationsområdet eftersatt

Migrationsverket anser att det finns stort behov av kunskap inom vården omkring hur immigrationsreglerna ser ut, fungerar och harmonierar med andra traditioner och praxis inom vård och behandling. Det finns ett tydligt behov av att dels integrera dessa kunskaper i de rullande läkarutbildningarna på grund-, AT- och ST-nivå dels öka dialog och samråd med berörda organisationer inom såväl medicinska området som inom fackliga och organisatoriska angränsande områden.

Barnmedicin specifikt

Det växande kravet på läkare att åldersbestämma ensamkommande flyktingbarn är ett professionellt problem. Det finns inga metoder idag som är evidensbaserade och kan fungera i sådant sammanhang. Och rent principiellt stämmer uppdraget illa med läkaretiken och FNs barnkonvention. Problematiken bör hanteras i utbildningssammanhang.

Skolhälsovården och skolmedicinen är ett eftersatt område såväl i utbildningssammanhang som ur ett rent organisatoriskt perspektiv med uppdelning mellan primär- och landstingskommun. Detta skapar också i sig självt rekryteringssvårigheter. En uppstramning borde ske genom att rekryteringsingångarna begränsas, förbättras och förtydligas inom de tre: allmänmedicin, Barn- och ungdomspsykiatri samt Pediatrik.

Det habiliteringsmedicinska området behöver integreras ytterligare med den övriga barnmedicinska verksamheten. De tidigare skälen till att verksamheten behövde centreras för att kunna professionaliseras och utvecklas har reducerats i takt med både medicinsk och vårdkulturell utveckling.

De aktuella teambildningarna inom habiliteringsområdet behöver en ökad tydlighet även i utbildningssammanhang vad gäller till exempel den interna rollfördelningen mellan berörda kompetenser (läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m fl).

En bristande kunskap och insikt om samhällets samlade möjligheter till stöd och hjälp för individ och familj utgör ett problem som kan drabba den enskilda som därigenom kan missa vissa möjligheter. Den kunskapen är betydelsefullt för att kunna ge föräldrar och vårdnadshavare rätt lotsning i behandlingsprocessen.

Speciellt blir detta problematiskt när man kommer in på migrationsområdet. Den socialpediatriska förmågan/kunskapen behöver utvecklas på ett strukturerat och systematiskt sätt till gagn för den växande skaran av barn med utländsk bakgrund liksom den växande gruppen kroniskt sjuka barn med långvarigt/återkommande behov av kontakt med sjukvården.

Vid genomgångar av medicinska underlag kopplade till BBiC (Barns Behov i Centrum) har framkommit besvärande brister, främst i form av en oroande låg remissfrekvens till specialist samt stora brister i samordningen mellan vården, socialtjänsten och Försäkringskassan.

Konsekvensen blir rehabiliterings- och habiliteringsmöjligheter upptäcks för sent skapar inlåsningseffekter i alternativa både dyrare och sämre stödsystem, typ aktivitetsersättning.

Kunskapsutvecklingen behöver både stimuleras och spridas på lämpligt sätt till de berörda professionerna.

Sammanställt av:

Siwert Gårdestig

Maj 2013