

Försäkringsmedicinsk kompetens hos Försäkringskassan, några utvecklingsperspektiv

Siwert Gårdestig¹, Eva Alner Liljedahl²

¹ Programdirektör, Försäkringskassan, 103 51 Stockholm . ² Områdeschef LFC Gävle och Projektledare Försäkringsmedicinsk utbildning, Försäkringskassan, 103 51 Stockholm. Kontakt: siwert.gardestig@forsakringskassan.se

Den försäkringsmedicinska verksamheten inom sjukförsäkringen har ändrats. Försäkringsläkaren har blivit försäkringsmedicinsk rådgivare. Läkarrollen har gått från i huvudsak intygsgranskande funktion till mer utåtriktat arbete och att vara sakkunnig i lärande team. Försäkringskassans omstrukturering har möjliggjort att kompetens bättre tillvaratas nationellt. Försäkringsmedicinska beslutstödet har blivit gemensam referensbas för sjukskrivningsfrågorna och sjukvården har fått incitament för aktivare engagemang. Försäkringsmedicinen har fått fotfäste hos universitet och läkarutbildningar. Även Försäkringskassans vägledningar har getts tydligare försäkringsmedicinska inslag. Samverkansformerna med vården har prioriterats. Resultatet måste överensstämma med omvärldens krav och förväntningar. Sjunkande ohälsotal uttrycker gynnsam utveckling. En liknande utveckling är i längden vare sig hälsosam eller önskvärd. Den vetenskapliga kunskapen och kvalitetsincitamenten i sjukskrivandets praktik behöver utvecklas. En bra grund är lagd. Det återstår att bygga vidare på den plattformen

The social insurance medicine activities within health insurance have changed. Social insurance physicians have become social insurance medical advisors. The physician's role has changed from mainly writing sick-notes to being more externally oriented and providing expertise in teaching teams. The restructuring of the Swedish Social Insurance Agency has allowed skills to be better utilised nationally. The policy guidelines for social insurance medicine are now a common point-of-reference for health insurance questions. Care-givers now have an incentive to get more actively involved. Social insurance medicine has established a foothold in universities and medical courses. The Swedish Social Insurance Agency guidelines more clearly feature social insurance medicine. Collaborative interfaces with care-givers have been prioritised. The results must meet society's demands and expectations. A reduced ill-health index indicates positive development. A similar development in the long term is neither healthy nor desirable. The scientific knowledge and quality incentives in signing off practices need to be developed. Good foundations have been laid. Building further on these remains.

Bakgrund

I och med att Försäkringskassan har etablerat en ny myndighetsstruktur har uppdraget för de tidigare försäkringsläkarna förändrats. Ett av syftena med den nya myndigheten var och är att minska variationen i sjukskrivningsmönster samt bidra till att det så kallade ohälsotalet kan ligga på en långsiktigt stabil nivå [1].

De läkare som arbetar hos Försäkringskassan som medicinskt sakkunniga ska ägna mindre tid åt att yttra sig i enskilda ärenden och mera åt att vara medicinskt sakkunnig i teamarbete på Nationella och Lokala försäkringscenter. Därutöver ska deras kompetens användas i komplexa och svårtolkade ärenden. Läkarnas uppdrag har därmed ändrats från att vara en enskild befattningshavare, som verkar oberoende med i huvudsak granskning till att medverka i teamarbete på myndigheten. Beslutsprocessen har fått större professionellt stöd med kontinuerligt lärande i team.

Mer tid ska därmed ges för utåtriktade kontakter med vården. Den nya benämningen är Försäkringsmedicinska rådgivare (FMR) och Försäkringsmedicinska koordinaterer (FMK), de senare arbetar med regional samordning i fyra regioner, den västra, södra, östra och norra samt nationellt inom tidig bedömning i sjukförsäkringsärenden respektive arbetsskador. Detta har också bidragit till en självständigare roll för handläggare där ansvarsförhållanden i relation till den medicinske rådgivaren blivit tydliggjort.

Det försäkringsmedicinska ämnet har stärkts via bland annat egen professur, genomförda uppdragsutbildningar vid tre av landets universitet och en magisterutbildning vid Karolinska Institutet. En fortsatt satsning är under genomförande i samverkan med flera universitet inom såväl grundutbildning, specialistutbildning som via tilläggsutbildningar för läkare. Ett kontinuerligt försäkringsmedicinskt kunskapsbyggande har varit och är betydelsefullt för kommunikation och trovärdighet mellan de som skriver medicinska underlag och de som använder underlagen för beslut om ersättningar.

Förändringsarbetet har pågått under den period som Försäkringskassan omformades från 21 länskassor till en statlig myndighet. Den tidigare försäkringsläkarrollen har således ersatts med den mer moderna försäkringsmedicinska rådgivarrollen (FMR). Det förändrade arbetssättet har brutit upp gamla invanda mönster och bidrar till att underlätta och utveckla förbättrade arbetsformer.

Ohälsotalets förändring

Ämnet försäkringsmedicin är ett mångvetenskapligt kunskapsområde som hanteras i ett komplext samhällssammanhang [2]. Man kan fundera på vilka konsekvenser utvecklingen av kunskapsområdet haft på så kallade ohälsotalet (sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning samt rehabpenning).

Ohälsotalet har på sex år gått från rekordhög 43,3 (september 2003) till rekordlåga 33,6 (september 2009). Det betyder en minskning av antalet sjukskrivningsdagar (inklusive sjuk- och aktivitetsersättning och rehabilitering) med ca 57 miljoner på 12-månadersbasis. Nedgången motsvarar ca 150 000 "årsarbetare". Kostnaderna för staten har på årsbasis (2003-2009) sjunkit med närmare 20 miljarder kronor i 2009 års penningvärde. Den ackumulerade kostnadsbesparingen under hela sexårsperioden är naturligtvis ännu mycket större.

På vilken nivå ohälsotalet ska ligga för att vara "rätt" behandlas inte i detta sammanhang, men klart är naturligtvis att det inte kan sjunka hur långt ner som helst.

Det är många faktorer som påverkar ohälsotalets utveckling och det är svårt att identifiera vilka effekter de olika orsakerna haft var och en för sig. Det kan handla om till exempel en allmänt ändrad inställning till sjukskrivning, arbetsmarknadens påverkan, regelverkets utformning och de olika professionernas förhållningssätt både till sjukskrivning och dess integrering med vård och behandling [3]. Det finns också en liknande utveckling i Västeuropa med något undantag där sannolikt Sverige påverkat och påverkats av utveckling i västvärlden i övrigt [4]. Men det finns också anledning att tro att kunskapshöjningen och den ökade medvetenheten om den enskildes möjligheter, att komma tillbaka till arbete ökar ju förr man tar hennes/hans kapacitet i anspråk. Här

har sannolikt den försäkringsmedicinska kunskapen och det ändrade arbetssättet stärkt möjligheterna för en mera långsiktig och stabil utveckling av ohälsotalet [5].

Under samma period (2003-2009) har det försäkringsmedicinska inslaget i sjukskrivningsprocessen genomgått en radikal förvandling [6]. Som yttersta tecknet på denna förändring kan man konstatera att den tidigare rollen som försäkringsläkare inom Försäkringskassan bytt skepnad i och med att benämningen ändrats till försäkringsmedicinsk rådgivare. Summerat i termer av årsarbetare betyder det att den nominella kapaciteten kunnat reduceras motsvarande nästan en halvering jämfört med perioden innan förändringens genomförande

Betraktar man dessa två företeelser samtidigt så inställer sig naturligtvis frågan vad som är orsak och verkan. Och har den enskilda individen vunnit eller förlorat på denna utveckling. Denna artikel gör inte anspråk på att göra en samlad värdering av alla de faktorer som har påverkat utvecklingen. Den begränsar sig till att kommentera den förändring som skett inom den försäkringsmedicinska verksamheten, som har anknytning till Försäkringskassan och vilka samband och beroenden som den formats av. Den gör heller inte anspråk på att vara en vetenskaplig utvärdering av de olika företeelserna eller sambanden.

Den gör däremot anspråk på att få vara en reflekterande och retrospektiv betraktelse av de strategier som formades och utvecklades under processens gång. En förändringsprocess som i många fall måste hanteras i miljöer och förutsättningar som styrts av egna och andra myndigheters strukturella omorganiseringar, kunskapssamhällets och professionernas olika uppdrag och särintressen samt med starka politiska inslag med omfattande lagändringar med korta omställningstider [7, 8].

Strategiska förändringar

Skälen till såväl strukturella, organisatoriska och administrativa förnyelser är flera. Bland annat har försäkringsläkarrollen varit otydlig, ledningsformerna har skiftat stort inom landet, förankringen i organisationen varit bristfällig, kritiken varit stark från såväl yrkeskåren själva som allmänheten och läkarkollegorna i vården [9]. Anställnings- och ledningsformerna har varit svåra att överblicka och skiftat alltför mycket utifrån ett nationellt perspektiv. Det betyder inte att den enskilda försäkringsläkaren gjorde ett dåligt jobb, förutsättningarna har helt enkelt inte varit anpassade för att kunna tillvarata läkarkompetensen på ett effektivt sätt.

Den förändrade rollen för försäkringsmedicinska rådgivare kan i flera avseenden ses som en naturlig följd av förändringar som berör inte bara Försäkringskassan utan också hälso- och sjukvården och andra aktörer i sjukskrivningsprocessen. De strategiskt viktiga förändringarna i sam-

manhanget kan sammanfattas enligt nedan i punktform, dock utan inbördes rangordning:

1. Försäkringskassans omstrukturering till en nationell myndighet
2. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet tillkomst och implementering,
3. Ekonomiska incitament för sjukvården – den s.k. sjukvårdsmiljarden
4. Försäkringsmedicin som akademiskt ämne har fortsatt att utvecklas
5. Den nya sjukförsäkringen – rehabiliteringskedjans konsekvenser
6. Försäkringskassans vägledningar och metodstöd lyfter fram det försäkringsmedicinska arbetet, tydliggör arbetssätt och ansvar
7. Etablerade och förtroendeskapande samverkansformer med våra viktigaste partners på hälso- och sjukvårdsområdet.
8. Ändrad roll som försäkringsmedicinsk rådgivare

Åtgärderna har genomförts i parallella processer men med samordning sins emellan så långt möjligt [10-12]. Var och en av de sju första punkterna ovan har varit viktiga för den förändring som skett när det gäller försäkringsläkarrollen (punkt 8). De åtta stegen ovan kan ses som en sammanfattning av den strategi som legat bakom framväxten av det försäkringsmedicinska synsätt som vi menar är integrerat i Försäkringskassans arbetssätt numera. Vi kommenterar först de sju punkterna i strategin helt kort nedan för att sedan återkomma till försäkringslä-

karrollens förändring:

Försäkringskassan blir en nationell myndighet (punkt 1)

I och med att Försäkringskassan blev en myndighet den 1 januari 2005 kunde de försäkringsmedicinska resurserna för första gången i praktiken ses som en nationell tillgång och ledning, styrning och uppföljning gavs bättre förutsättningar att samordna verksamheten mer konsekvent utifrån likvärdiga och rättssäkra former [1].

Den kompetens och erfarenhet som har funnits och finns inom gruppen försäkringsläkare kan nu tillvaratas på nationell nivå. Erfarenhet och specialistkunnande kan tillföras sjukskrivningsprocessen oavsett geografisk hemvist eller organisatorisk tillhörighet.

Fram till år 2005 hade varje län sin egen autonoma försäkringskassa och byggde upp försäkringsmedicinska kontakter på skiftande sätt, dock med viss nationell styrning via vägledning- ar, konferenser och sammankomster med ambitionen att skapa koncensus.

Försäkringskassans omorganisation har varit den grundläggande förutsättningen för att vi över huvud taget skulle kunna genomföra de flesta av de förändringar som gjorts på det försäkringsmedicinska området. Samtidigt har Försäkringskassans omorganisation i sig självt varit en begränsande faktor på så sätt att mycket energi och kraft satsats på den strukturella förändringen. där de försäkringsmedicinska frågorna – av naturliga skäl –

inte har legat högst på dagordningen.

Försäkringsmedicinska beslutsstödet tillkomst (punkt 2)

Regeringen gav Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag, hösten 2005, att ta fram förslag till rekommendationer kring sjukskrivning [13]. Det arbetet har i huvudsak bedrivits med Socialstyrelsen som ansvarig utgivare och tillsammans med läkarprofessionen själva. Svenska Läkarsällskapet och Läkarförbundets olika vetenskapliga sektioner har varit engagerade och den professionella förankringen har varit och är grundläggande för trovärdigheten. Den processen har verksamt bidragit till att sjukskrivningsfrågan flyttats in mer påtagligt i dialogerna mellan patient, läkare och handläggare [10].

Det försäkringsmedicinska beslutstödet är indelat i två delar, en del som är av övergripande karaktär som publiceras i tryckt form och en del som består av specifika rekommendationer för olika diagnoser, den senare publiceras elektroniskt. De övergripande principerna omfattar

- Övergripande principer som gäller vid alla sjukskrivningsbedömningar
- Vägledning för hur specifika rekommendationer ska användas
- En redogörelse för hur beslutsstödet arbetats fram och hur det är planerat att utvecklas.

Beslutsstödet anger de grundläggande förhållnings- och arbetssätt som ska präglade inblandade aktörers arbete med sjukskrivning som behandlingsmetod

och som socialförsäkringsinstrument. De specifika rekommendationerna ska användas som stöd vid sjukskrivningsbedömningar av arbetsförmåga.

Ekonomiska incitament för sjukvården (punkt 3)

Det fanns en tidig medvetenhet hos de inblandade parterna, Sveriges Kommuner och Landsting, Läkarförbundet och Försäkringskassan, att de ekonomiska förutsättningarna har en verksam effekt på vårdens engagemang för sjukskrivningsfrågorna. Det är vården som levererar i stort sett samtliga medicinska beslutsunderlag, det är vården och dess läkare som har den direkta kontakten med patienten i samband med sjukdom, det är vården som rekommenderar aktuell sjukskrivningstid, det är vården som ger förutsättningar för utbildningsinsatser för vårdens anställda osv. Vårdens engagemang och deltagande har därmed stor betydelse för sjukskrivningsfrekvens och sjukskrivningslängder.

Den så kallade sjukvårdsmiljarden har tillkommit för att stimulera vården att effektivisera (produktivitet och kvalitet) sin del inom sjukskrivningsprocessen. Avsikten har varit att synliggöra de ekonomiska sambanden mellan sjukskrivning och samhällskostnad samtidigt som sjukskrivningsfrågan integreras som en naturlig del i vård och behandling. En gemensam effektiv sjukskrivningsprocess gör såväl individen, vården som sjukförsäkringen till vinnare. Bra medicinska underlag möjliggör tidiga insatser och skapar större möjligheter för den enskilda att återgå till ett arbete [5].

Sjukvårdsmiljarden har funnits sedan 2006. Sjukvårdsmiljarden riktar sig till vården och ger landstingen ekonomisk stimulans för ökat engagemang i sjukskrivningsfrågorna. Sjukvårdsmiljarden har haft ett starkt inflytande på att samarbetet och har öppnat vägen för ett mer professionellt förhållningssätt till sjukskrivningarna och underlättat samarbetsformerna mellan Försäkringskassan och vårdens olika funktioner/professioner. Sjukvårdsmiljardens konstruktion har utvecklats under hand och den kommer med all sannolikhet att bestå åtminstone de två närmaste åren för att sedan utvärderas och utvecklas vidare i någon form.

Sjukvårdsmiljarden har förändrats genom åren. Utvecklingen har gått från att ha varit starkt kopplad till hur ohälsotalet utvecklats inom respektive landstingsområde till att mer ha utvecklats till att premiera insatser inom utpekade områden. De områden som kommer att vara i fokus 2010-2011 är vårdens ledningssystem där sjukskrivningsfrågan ska integreras, kvalitetsfrågan betr. de medicinska underlagen, ökad fokus på genderperspektivet, satsning på bättre kommunikationsmöjligheter mellan vården och sjukförsäkringen samt ökat ansvar för fördjupade medicinska underlag.

Försäkringsmedicin som akademiskt ämne (punkt 4)

Det försäkringsmedicinska ämnet har inte haft den status och betydelse som krävts för att kunskapsbyggande kunnat ske på olika nivåer och områden

på ett strukturerat och medvetet sätt. Kunskapen kring sjukskrivningsfrågorna bör ges ökad akademisk status och prioriteras som en integrerad och naturlig del i vård och behandling och mindre som ett renodlat försörjningsstöd [14].

Under 2008 genomfördes, på uppdrag av Försäkringskassan, fyra akademiska utbildningar med olika profil [15]. Tre av utbildningarna avsåg målgruppen nuvarande eller blivande Försäkringsmedicinska rådgivare och Försäkringsmedicinska koordinatörer samt en utbildning med målgrupp bland professionella som arbetar i team med att bedöma arbetsförmåga, förhindra långa sjukskrivningar mm. Utbildningarna, som omfattade 7,5 högskolepoäng (hp), genomfördes vid universitetet i Lund, Linköping, Göteborg och vid Karolinska institutet i Stockholm där omfattningen var 60 hp.

- Lunds universitet: Försäkringsmedicinsk kurs med fokus på Rörelseorganens sjukdomar (19 deltagare) Kursen har bland annat förmedlat kunskap om rörelseorganens sjukdomar och skador avseende förekomst, risk- och friskfaktorer samt påverkan på individ, samhälle och försäkringssystem.
- Linköpings universitet: Hälsa och arbetsförmåga i arbetslivet (25 deltagare). Kursen har förmedlat kunskap om hur man beskriver, analyserar och kritiskt granskar teorier och modeller avseende hälsa/ohälsa, biopsykosocial modell,

stressteorier och hälsans bestämningfaktorer. Vidare förmedlades kunskap om metoder för att mäta hälsa, ohälsa och sjukdom och analys av centrala begrepp som arbetsförmåga, anställningsbarhet samt hälsa och arbetsförmåga i teori och praktik

- Göteborgs universitet: Försäkringsmedicinska bedömningar i sjukskrivningsprocessen (16 deltagare). Kursen har bland annat förmedlat kunskap om värdering av medicinska faktorer för nedsatt arbetsförmåga, möjligheten att skilja mellan medicinska, psykologiska, sociala och samhälliga faktorer i försäkringsmedicinska bedömningar samt hur man kan identifiera faktorer som kan bidra till att reproducera ojämlikhet i hälsa baserad på genus eller sociala förhållanden.
- Karolinska institutet: Magisterprogram i försäkringsmedicin (17 deltagare). Utbildningen har bland annat förmedlat kunskap om hur diagnostik, behandling och förebyggande av sjukdom påverkar och påverkas av försäkringsförmåner, kunskap om samband mellan sjukförsäkringssystemens utformning, övriga samhällets utformning samt individers hälsa och sjuklighet, fördjupad kunskap om riskfaktorer för sjukfrånvaro, konsekvenser av sjukskrivning, faktorer som hindrar respektive främjar återgång i arbete samt sjukskrivningspraxis.

Syftet med utbildningarna har bland annat varit att stärka försäkringsmedicinens teori och praktik samt att öka kunskapen om begreppet arbetsförmåga i teori och praktik [16]. De kursutvärderingar som gjorts visar sammantaget på höga omdömen från deltagarna. Översatt på en gemensam tio-gradig skala återfinns snittomdömena runt 7-9.

Förstärkningen av det försäkringsmedicinska kunskapsbyggandet under senare år kan sammanfattas på följande sätt. Inrättandet 2006 av den första försäkringsmedicinska professuren (Göteborg) har bidragit till fördjupad respekt för ämnet. De uppdragsutbildningar som genomförts med fyra av landets universitet har genomgående fått goda vitsord från de totalt 77 deltagarna. De menar att utbildningarna i försäkringsmedicin bland annat bidragit till att utveckla försäkringsmedicin som akademiskt ämne, stärkt den medicinska förankringen, ökat ämnets förståelse samt även tydliggjort Försäkringskassans roll i utbildningssammanhang.

Magisterutbildningen i försäkringsmedicin vid Karolinska Institutet har stärkt den försäkringsmässiga legitimiteten hos de läkare som genomgått utbildningen. En mer strukturerad och riktad utbildning kring försäkringsmedicin till läkare i form av veckokurser (fördjupningsutbildningar) har kompletterat kunskapsprofilen kring försäkringsmedicinen.

Den fortsatta satsningen på försäkringsmedicin som kunskapsområdet redovisas längre fram i artikeln.

Den nya sjukförsäkringen – rehabiliteringskedjans konsekvenser (punkt 5)

Rehabiliteringskedjans införande under 2009 – med tydliga tidsgränser för hur länge man kan befinna sig i de olika stegen – ställer ökade krav på kortare men effektivare handläggningstider. Det innebär i sin tur ökade kvalitetskrav på de medicinska underlagen. De som befunnit sig i långa mer eller mindre passiva sjukskrivningsperioder ska snarast utredas inför övergång till aktivare insatser med målet att pröva varje individs möjligheter för återgång till arbete i någon form.

Till den nya sjukförsäkringen bör också räknas rehabiliteringsgarantin som bidrar till att vissa aktuella rehabiliteringsinsatser (f n KBT och multimodal rehabilitering) kommer att göras inom tidsgränserna för vårdgarantin. Garantin bidrar till ökade möjligheter att hålla de fastställda tiderna för rehabiliteringskedjan.

Vidare kan man utgå från att såväl arbetsförmåeutredningen som regeringens kommande förslag om företagshälsovårdens utformning och utbildning kommer att påverka såväl rehabiliteringskedjans resultat som formerna för de försäkringsmedicinska inslagen [17, 18].

Försäkringskassans arbetsmetoder (punkt 6)

En förändring har genomförts av de försäkringsmedicinska avsnitten och arbetssätten i Försäkringskassans egna vägledningar och metodstöd. Detta har varit en nödvändig förutsättning för att arbetssättet som de anställda försäkringsmedicinska rådgivarna förväntas utöva ska fungera och accepteras inom Försäkringskassans egen organisation.

Det har varit viktigt att tydliggöra att det är handläggaren som fattar det avgörande beslutet och som måste känna egen trygghet i att det beslut som fattas är grundat på hans/hennes egen bedömning att det bygger på fullgoda underlag och har stöd av den kompetens som i övrigt finns att tillgå inom Försäkringskassan. Detta inkluderar försäkringsspecialister och försäkringsmedicinska rådgivare. Beslutet är dock alltid handläggarens och måste kunna försvaras utifrån det egna ställningstagandet.

Samverkansformer med hälso- och sjukvården (punkt 7)

Försäkringskassan och sjukförsäkringen är beroende av en väl fungerande samverkan med hälso- och sjukvården. Det gäller alla nivåer, nationellt, regionalt och lokalt. Samverkan måste bygga på långsiktighet och förtroende med fokus på största möjliga patient- eller individnytta. Ett flertal såväl tillfälliga som mer permanenta samarbetsformer har etablerats under perioden i syfte att bygga upp ett förtroendeskapande och hållbart samarbetsklimat. Den omstrukturering som

genomfördes av Försäkringskassan har medfört att nya kontaktvägar behövt och behöver etableras. På strukturell nivå finns fortfarande mycket att göra när det gäller samverkan.

Ett viktigt nationellt samarbete finns inom Nationellt Försäkringsmedicinskt Forum som varit etablerade sedan starten på denna förändringsresa. Detta har varit en väg både att förankra och möjliggöra inflytande över utvecklingen. Forumet har fungerat både som tankesmedja, koncensusplattform, påtryckningsgrupp, debattforum och konferensarrangör. Det består av företrädare på ledningsnivå från de inblandade myndigheterna och organisationerna på vårdsidan; Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet, Läkarförbundet, SBU och Försäkringskassan.

Ändrad roll som försäkringsmedicinsk rådgivare (punkt 8)

Med de möjligheter som skapats via ovanstående sju steg gavs de nödvändiga förutsättningarna för det åttonde steget: att förändra den roll som försäkringsläkaren traditionellt haft.

Det är angeläget att framhålla att utan den satsning som gjorts på det försäkringsmedicinska kunskapsområdet med beslutsstöd, försäkringsmedicinsk kunskapsuppbyggnad och samverkansformer så skulle den ändrade rollen inte varit möjlig att genomföra [19].

I och för sig så har rollen aldrig varit något annat än att vara rådgivare till handläggaren. I det dagliga arbetet har det utvecklats en praxis som dels undergrävt handläggarens självständighet dels överbetonat försäkringsläkarens yttrande i relation till övrigt underlag i ärendet där yttrandet i sig självt upplevts som överordnat.

De grundläggande principerna som varit vägledande för den ändrade läkarrollen kan sammanfattas på följande sätt

- Generellt ska läkarens arbetstid ha sin tyngdpunkt i utåtriktat arbete (kolleger inom vården, sjukskrivningskommittéer, utbildning o dyl.) samt arbete i grupp inom Försäkringskassan (lärande teamarbete) – innebärande en tyngdpunktsförskjutning i relationen till att skriva egna yttranden.
- Engagemanget som försäkringsmedicinsk rådgivare ska bygga på att anställningen som tjänsteman inom Försäkringskassan bör vara halvtid, gärna mer, men dock inte lägre än 20 %.
- Kompetens och erfarenhet ska värderas likvärdigt över landet och på sikt preciseras i form av mer specifika behörighetskrav som försäkringsmedicinsk rådgivare.
- Rekrytering och urval samordnades över landet via särskilda rekryterings- och bedömningsgrupper, en grupp per geografiskt område (fyra områden) oberoende av den organisatoriska tillhörigheten.
- Benämningen på tjänsten ändras från försäkringsläkare till försäkringsmedicinsk rådgivare, huvud-

sakligen för att markera att det är i form av rådgivare till beslutande handläggare som man är anställd, inte som behandlande läkare eller med uppdrag att göra second opinion eller motsvarande medicinska bedömningar eller överprövningar.

- Samtliga befintliga försäkringsläkare, anställda som konsulter, har erbjudits möjlighet att ta ställning till om man vill fortsätta sitt engagemang med de nya förutsättningarna.

Alla försäkringsmedicinska rådgivare är numera integrerade i Försäkringskassans ordinarie verksamhet där ledarskap och tillhörighet tydliggjorts. De tillhör en försäkringsmedicinsk enhet med en egen chef som i sin tur är knuten till en försäkringsmedicinsk koordinator (kan närmast jämföras med tidigare försäkringsöverläkare) per verksamhetsområde och utgör därmed en del av Försäkringskassans fastställda linjeorganisation.

Ändrade samarbetsformer

Något som kan ses som mest utmanande inom denna del av förändringsprocessen var att etablera ett nytt arbetssätt inom Försäkringskassan där den försäkringsmedicinske rådgivaren gavs möjlighet att arbeta i team och integreras i vanligt lednings- och styrningsarbete inom respektive enhet. Det ställde stora krav på förändringar av traditionellt etablerade arbetsformer inom Försäkringskassan.

Att förändra väl inarbetade mönster och etablerad praxis som funnits sedan många år är kraftödande men framgångsrikt när det väl accepterats och tagits in. Ett nationellt utbildnings- och handledningsprogram genomfördes över hela landet där det nya arbetssättet förankrades med samtliga berörda yrkesroller representerade.

Utbildningsprogrammet och dess förhållningssätt har fått viktigt stöd hos den högsta ledningen som gett det sanktion och därmed prioritet i verksamheten.

Det nya arbetssättet fungerar väl och har stärkt såväl handläggjarrollen, specialistrollen som rådgivarrollen. Erfarenheterna så här långt är mycket positiva och implementeringen av det nya arbetssättet pågår i hela organisationen.

Hur ser resultatet ut?

Det är för tidigt att bedöma hur framgångsrikt det nya arbetssättet är. Processen kommer att utvärderas med stöd av underlag som mäter resultatet ur ett mer vetenskapligt perspektiv vad avser volym, kvalitet och struktur. Flera aktiviteter pågår redan nu för att ge bättre grundat material för fortsatt utveckling.

Vi kan ändå konstatera att de underlag som vi hittills har tagit del av ger positiva signaler om att vi går åt rätt håll. Samtidigt vet vi att det återstår en hel del innan sjukförsäkringens kvalitetsnivåer är i paritet med krav och förväntan från omgivningen och uppdragsgivare. Man kan summera

resultaten ungefär så här:

Tilltron till det försäkringsmedicinska beslutsstödet är starkt och väl förankrat i de professionella leden.

Det nya arbetssättet för försäkringsmedicinska rådgivare är i stort sett genomfört och accepterat inom sjukförsäkringen.

Vårdgivarna har tagit ansvar för sjukskrivningsfrågan på ett tydligt och framgångsrikt sätt som grund för ett fortsatt samarbete.

Det försäkringsmedicinska kunskapsbyggandet har på flera nivåer fått genomslag och det försäkringsmedicinska ämnet är på väg att sakta men säkert få ökat utrymme inom såväl grundutbildningen, specialistutbildningen som i form av tillägs- och uppdragsutbildningar.

Försäkringskassans policy i försäkringsmedicin

Regeringen har under ett antal år konstaterat att det finns ett behov av att utveckla ämnesområdet försäkringsmedicin dels genom yrkesmässig och akademisk kompetenshöjning, och dels genom att stödja utvecklingen av vetenskaplig evidens.

För att på ett ändamålsenligt sätt kunna arbeta med kunskapsuppbyggnad inom försäkringsmedicin ansåg ledningen för myndigheten att det behövs en gemensam utgångspunkt i form av en policy. Syftet med en policy inom det försäkringsmedicinska

området är att dels internt skapa en gemensam utgångspunkt och inriktning för Försäkringskassans engagemang inom ämnesområdet, dels tydliggöra för samverkansparter och uppdragsgivare vilken utgångspunkt och inriktning Försäkringskassan har när det gäller ämnesområdet.

Försäkringskassan ska ansvara för att en kvalificerad kunskapsuppbyggnad sker inom verksamhetsområden som myndigheten ansvarar för. Detta framgår av 2 § 2 förordningen (SFS 2007:1235) med instruktion för Försäkringskassan. Som en konsekvens av detta beslutade Försäkringskassans ledning i november 2009 att anta en policy i försäkringsmedicin. Arbetet med att ta fram denna har pågått under stora delar av 2009.

Fortsatt satsning på försäkringsmedicinsk kunskapsuppbyggnad

Den fortsatta satsningen på försäkringsmedicinsk utbildning och kunskapsbyggande är för Försäkringskassans del samlad i ett ”genomförandeprojekt” där policydokument utgör utgångspunkten [16]. De fortsatta satsningarna handlar främst om förbättringar inom läkarnas grundutbildningar, strukturerat utbildningsmaterial för AT- o ST-utbildningarna, fortsatt satsning på vissa uppdragsutbildningar hos universiteten samt vidareutbildningar för läkare och annan berörd personal i samarbete med främst landstingen. Det handlar även om att höja kunskapen och kompeten-

sen inom området försäkringsmedicin, när det gäller Försäkringskassans egna medarbetare. ”Utbildare” kommer att rustas och stå till förfogande för utbildningsinsatser där Försäkringskassan har intressen. Ambitionen är också att etablera en utbildning som ger behörighet som försäkringsmedicinsk rådgivare. Samordning kommer även att ske med de utbildningar som kommer att genomföras inom ramen för de kommande utbildningarna för företagshälsovården. Nedan följer några exempel på vad som planeras inom det s.k. ”genomförandeprojektets” ram.

Grundutbildning för läkare

När det gäller grundutbildningen till läkare har diskussioner förts med representanter för läkarutbildningarna vid aktuella universitet. Tillsammans har man kommit överens om att ta fram ett gemensamt underlag enligt nedan inför fortsatta diskussioner med syftet att förbättra förutsättningarna för det försäkringsmedicinska inslaget i grundutbildningen.

- 1) Ta fram ett förslag på förväntade lärandemål (learning outcomes) för ämnet försäkringsmedicin under grundutbildningen till läkare inklusive förslag på användbara examinationsformer. Förslaget ska omfatta hela läkarutbildningen fram till läkarexamen och utgöra underlag för fortsatt diskussion mellan de ansvariga vid de sex universiteten
- 2) En bärande princip ska vara att sjukskrivningsfrågan ska ses som en väl integrerad del i vård och be-

handling

- 3) Förslaget ska kompletteras med en idé om hur de förväntade lärandemålen kan förankras hos aktuella kursansvariga under läkarprogrammen

AT- och ST-utbildningarna

Utgångspunkt när det gäller AT- och ST-utbildning är att satsningen sker lokalt. Landstinget som arbetsgivare ansvarar för att det genomförs AT/ST utbildningar i respektive landsting. Försäkringskassan och landstinget planerar lokalt hur arbetet ska läggas upp och överenskommer om vem som gör vad under utbildningen.

Inom ramen för ”genomförande-projektet” gällande Försäkringsmedicinsk utbildning håller ett utbildningsmaterial på att tas fram i form av olika teman samt förslag till disposition av utbildningsdagar.

Tanken är att upprätta en ”informationsbank” gällande

- försäkringens syfte och historia inkl internationell utblick
- rollen som försäkringsmedicinsk rådgivare
- sjukförsäkringen och andra aktuella försäkringsförmåner
- intyg och blanketter
- ärendegången
- handlägningsprocessen och rehabiliteringskedjan
- olika fall

Materialet kommer att finnas tillgängligt för Försäkringskassans personal.

Försäkringskassan planerar att rustar sina specialister och försäkringsmedicinska rådgivare, som utsetts till ”utbildare”, så att framtaget material inom ovan angivna temaområden blir kända och bekväma att använda i det lokala arbetet med AT/ST-utbildningen.

Förslagen på disposition samt allmänna bilder som kan vara av intresse och stöd, för personer inom respektive landsting som arbetar med AT- och ST-utbildning, läggs ut så det finns tillgängligt för den som har behov.

Försäkringskassans ”internutbildare”

Förslaget som tagits fram bygger på att ett begränsat antal försäkringsmedicinska rådgivare och specialister får ett specialuppdrag som utbildare. Beror på efterfrågan kan det handla om 30-40 försäkringsmedicinska rådgivare och lika många specialister. Denna grupp kommer att få kompetensutveckling gällande själva uppdraget att vara pedagoger.

Förutom genomgång av framtaget utbildningsmaterial planeras en grundläggande utbildning som kommer att ges i form av en två dagars utbildning. Fokus kommer att vara på pedagogiska grundprinciper och teorier kring lärande (bl a Kolbs teorier) [20]. Förslaget är att utbildningen även ska innehålla avsnitt för att tydliggöra rollen som pedagog och vad det innebär att representera Försäkringskassan som myndighet och vara ledningens förlängda arm.

Det finns fortfarande potential för utveckling

Grunden är lagd för ett fortsatt försäkringsmedicinskt kvalitetsarbete och med den plattformen är förutsättningarna för fortsatt utvecklingsarbete etablerad. Men det återstår fortfarande mycket som behöver förbättras.

Informationsutbytet med hjälp av de medicinska underlagen behöver förbättras. Försäkringskassan och hälso- och sjukvården behöver enas om vilken information som är essentiell för att kvaliteten på de medicinska underlagen ska bli hög. Det är nog enskilt den mest angelägna uppgiften i närtid. Förståelsen för att ge rätt information från början behöver motiveras tydligare för professionen liksom att Försäkringskassan måste bli bättre på att inhämta kompletteringar när det behövs.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet kommer att fortsätta utvecklas liksom tillämpningen av beslutsstödet inom såväl vården som sjukförsäkringen.

Försäkringsmedicinsk utbildning behöver förädlas mer på i stort sett samtliga utbildningsnivåer.

Forskning och utveckling inom ämnesområdet behöver fortsatt stöd och ekonomisk stimulans.

Referenser

1. SOU, Försäkringskassan (The Social Insurance Administration) (In Swedish). 2004, Socialdepartementet: Stockholm.
2. Alexanderson, K. and E. Söderberg, Försäkringsmedicinsk forskning - en litteraturgenomgång 2000, Försäkringsmedicinskt Centrum och Linköpings Universitet: Linköping.
3. Socialdepartementet, Den svenska sjukan II - regelverk och försäkringsmedicinska bedömningar i åtta länder. 2003, Studier av offentlig ekonomi, RFV och Socialdepartementet: Stockholm.
4. Wadell G and B. A.K., Is work good for your health and well-being? 2006, TSO: London.
5. Socialstyrelsen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:12) om ledningssystem och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. 2005.
6. Socialdepartementet, Uppdrag att utforma en mer enhetlig och kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess 2005: Stockholm.
7. Socialdepartementet, Proposition 2009/10:45 Kompletterande förändringar i sjukförsäkringen, mm i samband med förstärkta insatser för återgång i arbete. 2009: Stockholm.
8. Socialdepartementet, Prop. 2009/2010:1 Utgiftsområde 10, Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp. 2009.
9. Edlund, C., et al., Läkarnas arbete med sjukskrivning och rehabilitering. Intervjuer med 14 läkare i Västerbotten. I avhandlingen: Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering. Institutionen för Epidemiologi och Folkhälsovetenskap. 1998, Umeå Universitet: Umeå.
10. Socialstyrelsen, God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. 2006: Stockholm.
11. Socialstyrelsen, Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. 2006: Stockholm.

12. Socialstyrelsen, Tillsyn av sjukskrivningsprocessen 2003-2005 – sammanfattande slutsatser. 2006: Stockholm.
13. Socialstyrelsen and Försäkringskassan, Utformning av en mer kvalitetssäkrad, enhetlig, och rättssäker sjukskrivningsprocess. 2006: Stockholm.
14. Försäkringskassan, Ekonomiska drivkrafter för hälso- och sjukvården, Delrapport 2007: Stockholm.
15. Socialstyrelsen, Uppdrag att fullfölja arbetet med de försäkringsmedicinska riktlinjerna. 2007.
16. Försäkringskassan, Försäkringskassans policy inom området Försäkringsmedicin. 2009.
17. SOU, Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/medicinska förutsättningar/försörjningsförmåga. 2009.
18. SOU, Bättre samverkan. Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och försäkring. Delbetänkande om Utredning om patientens rätt 2009:49: Stockholm.
19. Försäkringskassan, Nya yrkesroller i sjukförsäkringen. 2004, Försäkringskassan Östergötland: Linköping.
20. Kolb, D., Experimental Learning. 1984: Prentice Hall PT R.