

Ny metod för att bedöma arbetsförmåga efter första 180 dagarna

Försäkringskassan har under hösten 2011 prövat en ny modell för att bedöma arbetsförmåga. Modellen, som fortfarande är under utveckling, kommer att börja införas under senhösten 2012.

Metoden ska användas för bedömning av arbetsförmåga efter de första 180 dagarna, det vill säga vid bedömning i förhållande till hela arbetsmarknaden.

Resultatet av höstens »provkörning« i liten skala, 86 sjukfall, redovisas i en delrapport som nyligen lämnades till regeringen.

– Det har gått bra, även om det är ett litet material. Erfarenheterna är positiva, doktorerna tycker att metoden är på rätt väg, och handläggarna tycker att det är lättare att begripa intygen, säger Jan Larsson, projektledare vid Försäkringskassan.

Vad tycker de försäkrade?

– Där har vi inte riktigt analyserat klart. Vi har låtit TNS Sifo undersöka det, och jag vet mer om en månad, men det verkar som att de flesta tycker att självrapporterad förmåga är ett bra inslag.

Metoden är fortfarande under utveckling. Utvärderingen så här långt kommer att leda till justeringar i stort och smått. En större förändring som behöver göras rör informationen till den försäkrade om vad besöket hos bedömningsläkaren innebär.

– Vi ska vinnlägga oss ännu mer om att informera om vad det är för typ av bedömning, att det inte är ett vanligt läkarbesök.

Det nya instrumentet kommer att införas stegvis.

– Vi har infört det i väldigt liten skala och utvärderar och ser vad som behöver förbättras.

Försäkringskassan har sedan 2010 arbetat med att ta fram modellen, och arbetet ska slutrapporteras till regeringen i januari 2013. Under senhösten i år räknar Jan Larsson med att det används i större skala, i 500–700 ärenden. Under 2013 beräknas omkring 4 000 ärenden bedömas enligt modellen.

Den nya metoden ska inte användas av alla läkare, utan endast av de särskilda bedömningsläkare som gör bedömning efter 180 sjukdagar och som får utbildning för det. Det blir till att börja med samma läkare som fått utbildning i att skriva SLU och TMU (särskilt läkarutlåtande och teamutredningar). I dag har 360 personer i landet fått sådan utbildning. Kanske kommer det att krävas utbildning av ytterligare 100–200, tror Jan Larsson.



Jan Larsson

Så här är det tänkt:

■ Inför den 180:e sjukdagen får patienten besvara frågor om sin hälsa, vardagsaktiviteter, sina förmågor och sin syn på möjligheter att arbeta, med hjälp av ett frågeformulär. Under rubriken »Dina förmågor« ska patienten

» Vi ska vinnlägga oss ännu mer om att informera om vad det är för typ av bedömning, att det inte är ett vanligt läkarbesök.«

ta ställning till 13 olika förmågor, från mer konkreta som »lyfta och bära föremål som väger fem kilo eller mer« till mer abstrakta som »snabbt anpassa dig till nya krav, till exempel om du ombeds utföra en ansvarsfull uppgift som du tidigare inte provat«. Dessa ska skattas med hjälp av alternativen »Ja, utan svårighet«, »Ja, med vissa svårigheter«, »Ja med stora svårigheter« eller »Nej, inte alls«.

■ Resultatet har den sjukskrivne med sig till bedömningsläkaren, som försöker skapa en bild av funktionsförmågan, en bild som de båda kan ställa sig bakom, med hänsyn tagen även till den medicinska information som läkaren har.

■ Det hela, både sjukdomsbild och förmågeprofil, skrivs in i en ny typ av intyg som förmodligen får namnet »medicinska förutsättningar för arbete«.

■ Intyget skickas till Försäkringskassan där en handläggare

Medicinska förutsättningar för yrket »Läkare«

Höga krav ställs vad gäller psykiska förmågor. Praktiskt taget ingen tolerans finns för begränsningar i dem, medan arbetet i många fall kan utföras även med måttlig begränsning av förmågor relaterade till fysiska funktioner.

Läs hela utkastet till beskrivningen av vilka förmågor och medicinska förutsättningar som krävs för läkaryrket i anslutning till denna artikel på Lakartidningen.se. ■

Frågeformulär och intyg

Frågeformulär och blankett för intyg, se bilagor i rapporten »Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – delrapport III« på Försäkringskassans webbplats. ■

gare tar ställning till frågan huruvida personen har medicinska förutsättningar för att arbeta; huruvida det verkar rimligt att personen kan arbeta. Prövningen görs i relation till hela arbetsmarknaden.

■ Som ett stöd i bedömningen ska handläggaren ha en omfattande förteckning över vilka medicinska förutsättningar som krävs för olika yrken. Även denna del av modellen är under utveckling. För läkare, se ruta.

Elisabet Ohlin

elisabet.ohlin@lakartidningen.se

»Normalt förekommande arbete« återinförs i sommar

Arbetsförmåga vid sjukskrivningar längre än 180 dagar ska från den 1 juli i år åter bedömas i förhållande till »normalt förekommande arbete«, i stället för som nu mot »den reguljära arbetsmarknaden«. Men ändringen blir tillfällig. Regeringen avser att lägga en proposition

i frågan, meddelade socialförsäkringsminister Ulf Kristersson (M) den 1 mars.

Men båda begreppen innebär problem, enligt Försäkringskassan, som föreslår att ett helt nytt arbetsförmågebegrepp införs.

Ett nytt begrepp kan enligt

Ulf Kristersson formuleras först 2013, efter att Försäkringskassans arbete med att ta fram en ny metod att bedöma arbetsförmåga i relation till hela arbetsmarknaden är klart.

■ **LÄS MER** En längre version av artikeln är publicerad på Lakartidningen.se

Ny modell minskar specialiteternas insyn

Att ersätta externa bedömare med sakkunniga på Socialstyrelsen kan leda till att specialitetsföreningarnas inflytande över processen minskar. Det framhåller Läkarförbundet i sitt remissvar angående ny modell för prövning av specialistkompetens.

Efter omfattande problem med långa handläggningstider för ansökningar om specialistbevis, som bland annat lett till flera JO-anmälningar, meddelade Socialstyrelsen i januari att man vill ändra rutinerna för prövning av specialistkompetens.

I stället för att låta varje ansökan granskas av två externa granskare, utsedda av respektive specialitetsförening, vill man anställa nio sakkunniga specialistläkare på deltid, en för varje medicinskt område, som ska stå för bedömningen. Detta hoppas man ska göra

handläggningen både snabbare och mer enhetlig.

Läkarförbundet konstaterar i sitt remissvar att många medlemmar upplever dagens handläggningstider som orimligt långa.

– Ur löne- och karriärsynpunkt är det väldigt viktigt att den som gjort klart sin ST någorlunda snabbt kan komma i gång och arbeta som specialist, säger Malin Wreder, utredare på Läkarförbundets kansli.

Samtidigt anser Läkarförbundet att det är viktigt att värna den nära koppling till specialitetsföreningarna som finns i nuvarande system.

– Allmänt sett är det bra om bedömningen görs av personer som står nära verksamheterna.

Det finns en risk att specialiteternas inflytande minskar om man inte hittar sätt att ga-

rantera ett kontinuerligt samarbete mellan de sakkunniga och specialitetsföreningarna, säger Malin Wreder.

Läkarförbundet ser också med »viss oro« på den sårbarhet som följer av att det bara finns en anställd per område, och man förutsätter att det finns en plan för hur bedömningsarbetet ska fortlöpa när någon av de sakkunniga är frånvarande.

För närvarande pågår en översyn av specialitetsstrukturen som kommer att leda till en ny förordning för ST-utbildningen.

– En pragmatisk hållning är att man provar den nya modellen och utvärderar den i samband med att den nya förordningen ska skrivas, så får man se om fördelarna eller nackdelarna väger över, säger Malin Wreder.

Michael Lövrup



Foto: Colourbox

»Förslag kan osynliggöra den kliniska forskningen«

Läkarförbundet är oroat över att ett förslag till nytt resursfördelningssystem kan missgynna den kliniska forskningen.

Regeringen vill att forskningsanslagen till lärosäten ska bli mer prestationsbaserade. En utredare har lämnat förslag till nya indikatorer som bland annat ska belöna lärosäten som är bra på att samverka med det omgivande samhället.

Rent generellt tycker Läkarförbundet att det är positivt att resursfördelningssystemet premierar samverkan. Problemet, menar man i sitt remissvar, är att den föreslagna indikatorn, uppdragsforskning, kommer att osynliggöra mycket av samverkan mellan akademi, sjukvård och näringsliv. Skälet är att klinisk forskning sällan har formen av uppdragsforskning.

Man opponerar sig också mot förslaget att publikationer från sjukhus inte ska räknas in i indikatorn för publicering. Rent praktiskt är det svårt att dra gränsen, då forskning i samverkan med hälso- och sjukvården ofta har flera olika finansieringskällor. Dessutom skulle det slå undan ett av incitamenten för samverkan i ett läge när den kliniska forskningen redan är hårt trängd på sjukhusen. Utgångspunkten, menar Läkarförbundet, borde vara att sådana publikationer ska räknas, men att systemet utformas så att det inte missgynnar lärosäten som inte har koppling till något sjukhus.

Läkarförbundet konstaterar också att indikatorer som baseras på tidskrifters genomsnittliga citeringsgrad, impaktfaktor, kan missgynna klinisk forskning, som trots att den kan vara världsledande sällan publiceras i de allra högst rankade tidskrifterna.

Michael Lövrup

PATIENTSÄKERHET/ÄRENDE

Sammanlänkade journalsystem hade kunnat minska risken

Läkaren på kvinnokliniken bedömde att fostret var dött, fast det senare skulle visa sig att det levde. Om de två sjukhus där den gravida kvinnan sökte hjälp hade haft sammanlänkade journalsystem, hade risken minskat för en sådan felbedömning. (Soc 9.2-5495/2011 och 9.3.1-14481/2010)

En kvinna sökte hjälp för magsmärtor på Södersjukhusets akutmottagning i Stockholm. Undersökning med ultraljud och graviditetstest visade att hon var gravid i vecka 5 eller 6. Hon uppmanades återkomma om smärtorna skulle tillta.

Smärtorna tilltog och fem dagar senare sökte hon åter hjälp akut, denna gång på Karolinska universitetssjukhuset i Solna. Efter en ny ultraljudsundersökning kom läkaren där fram till att graviditeten varat drygt 9 veckor. Eftersom ingen hjärtaktivitet

kunde upptäckas, drog läkaren slutsatsen att fostret var dött. Patienten ordinerades att ta misoprostol i vaginaltabletter för att fostret skulle stötas ut.

Tabletterna hade dock ingen effekt, och några dagar senare var patienten tillbaka på samma mottagning. Där undersöktes hon av en annan läkare, som konstaterade att fostret levde. Trots stor vända för om läkemedlet kunde ha skadat fostret, valde kvinnan att fortsätta graviditeten.

Läkaren som sade att fostret var dött har av kvinnan anmälts för felaktig diagnos och information. Samtidigt har vårdgivaren, Karolinska universitetssjukhuset, anmält händelsen enligt lex Maria. Socialstyrelsen har utrett båda ärendena parallellt.

I sin bedömning riktar Socialstyrelsen kritik mot den anmälda läkaren på flera punkter, bland annat för felbedömning

av graviditetens längd, felaktigt besked till patienten och för att ha ordinerat ett abortframkallande läkemedel redan vid första besöket, trots att detta stred mot klinikens rutiner.

Men Socialstyrelsen lyfter också fram att Södersjukhuset och Karolinska universitetssjukhuset – trots att de tillhör samma landsting – har olika journalsystem. Det förefaller som om journalhandlingar från Södersjukhuset inte fanns tillgängliga på Karolinska, konstaterar Socialstyrelsen. Därmed hade läkaren på Karolinska ingen direktinformation från undersökningen på Södersjukhuset. Nu hoppas Socialstyrelsen att informationsöverföringen ska bli bättre när båda sjukhusen får samma journalsystem.

Miki Agerberg

Redaktör:

Sara Gunnarsdotter 08-790 34 10
sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se