

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Samsyn i sjukskrivningsärenden och handläggning av stressrelaterad ohälsa

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Ekerö Vårdcentral	
Verksamhetschef Magnus Edlund	Verksamhetschefens e-post Magnus.edlund@ptj.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med del 1 ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.slo@regionstockholm.se senast den 28 februari 2024, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Denna mall med även del 2 ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2025, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Anna Warensjö
Profession: leg psykolog/leg psykoterapeut
E-post: anna.warensjo@ptj.se
<h4>Att involvera flera</h4> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.• Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart.• Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>

A:

Andreas Johansson, psykolog

Ingela Hammerfeldt, rehabiliteringskoordinator

John Jägerfeld, specialist i allmänmedicin

Maria Eklöf, sjuksköterska

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B:

Vi planerar att utvärdera patientupplevelsen efter införande av den nya rutinen. Samma enkät som patienter fyllde i inledningsfasen av vårt förbättringsarbete 2023, ska ges till de patienter med stressrelaterad ohälsa som har pågående insatser på vårdcentralen. Mätperioden planeras till två veckor i januari 2025 (sjukskrivna + övriga med stressrelaterad ohälsa).

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PVQ) finns med (under huvudmeny -rapporter-PrimärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. Välj helst ett område där ni ligger under medel.

Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <https://skr.se/primarvardskvalitet>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/>

Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Vad det gäller arbetet med psykisk ohälsa ligger Ekerö Vårdcentral långt fram avseende triagering och god tillgänglighet till psykolog, evidensbaserad vård och utvärdering av resultat. Arbetet med att handlägga och behandla stressrelaterad ohälsa (utmattningssyndrom, anpassningsstörning, stress som ej klassificeras på annan plats, reaktion på svår stress ospec, andra spec reaktioner på svår stress, akut stressreaktion) har tidigare inte varit lika väl utvecklat. En anledning har varit att det saknats tydlig evidens för vad som är hjälpsamt för dessa patienter. I o m att MMR2 avvecklas det närmsta året kommer dessa patienter i högre utsträckning bli kvar på vårdcentralen, och här har vi sett ett ökat behov av att förtydliga handläggningen.

På vårdcentralen har det tidigare saknats en tydlig rutin för vårdprocessen generellt (flöde från triagering till bedömning och interventioner) och för sjukskrivningsprocessen specifikt. Detta har resulterat i en stor variation i handläggningen av dessa patienter.

Vi arbetade med detta förbättringsområde under 2023 och ansöker nu om att göra ett utökat förbättringsarbete på samma tema. Vi har under året arbetat igenom en tydlig sjukskrivnings- och handlägningsrutin. Sjukskrivningsrutinen gäller alla ärenden med tillägg av direkttriage till psykolog vid stressrelaterad ohälsa. Arbetet med att föra ut rutinen och få alla på vårdcentralen att följa den blir nu nästa steg.

Syftet med det fortsatta arbetet är att

- öka trygghet i handläggning av sjukskrivningsärenden från triage till bedömning och behandling
- verka för jämställd vård
- samverka i dessa ärenden och hålla ämnet aktuellt

Val av tema för förbättringsarbetet:

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

Samsyn i sjukskrivningsärenden och handläggning av stressrelaterad ohälsa

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Mål: Alla på vårdcentralen känner till hur rutinen för sjukskrivning samt handläggning av stressrelaterad ohälsa ser ut och jobbar i enlighet med den utifrån sin profession och roll (sjuksköterska i triageringen, rehabiliteringskoordinator, läkare, psykolog)

Specifika mål

- Standardisera handläggningen genom att utbilda personalen i den nya rutinen
- Fortsätta med regelbundet återkommande träffar med det försäkringsmedicinska teamet (1 g/mån)
- Undersöka vad effekten blir av att involvera fler professioner i vårdprocessen runt sjukskrivning och stressrelaterad ohälsa
 - o Upplevs psykologbedömningen hjälpsam för läkare som träffar patienter med stressrelaterad ohälsa och frågeställning arbetsförmågebedömning?
 - o Minskar mängden sjukskrivningar för patienter med stressrelaterad ohälsa genom direkttriage till psykolog?
 - o Minskar antal sjukskrivningsdagar/patient och ökar andelen deltidssjukskrivningar i gruppen sjukskrivna?
 - o Blir en större andel kontaktade av ReKo?

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Idéer till lösningar (För att nå målen)

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen)

<p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</p>	<p>Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/</p>
<p>1: Brist på intern samsyn och kunskap gällande handläggning av sjukskrivningsärenden och patienter med stressrelaterad ohälsa</p>	<p>1.1: Internutbildning</p> <ul style="list-style-type: none"> - ReKo utbildar hela personalgruppen ihop med psykolog och läkare - Varje teamchef utbildar sin profession i hur de ska arbeta - Tvärprofessionella tema-diskussioner
<p>2: Tidsbrist</p>	<p>2.1: Prioritera regelbundna möten med representanter för alla berörda professioner (försäkringsmedicinskt team)</p> <p>2.2: Följa upp utvalda mått, presentera statistik regelbundet på t ex läkarmöten, APT</p> <p>2.3: Förtydliga när intern samverkan är önskvärd och uppmuntras och möjliggör samverkan genom konsultationstider</p>
<p>3:</p>	<p>3.1: 3.2: 3.3:</p>
<p>Mått och mätetal (indikatorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål? • Hur kan det mätas? • Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal? <p>Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.</p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</p>	
<p>Mät utfallsmått (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90) men gärna även det ni gör (= "processmått", t.ex. antal årskontroller varje månad av patienter med diabetes. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)</p> <p>APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/</p> <p>Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett "balanserat mått" om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. En indikator ska börja med Antal eller Andel.</p>	

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultat-värdet
Indikator 1	<i>Andel sjukskrivna patienter med stressrelaterad ohälsa som (förutom läkare) träffar mer än en profession (REKO och/eller psykolog)</i>	8/23 ReKo = 35% 9/23 Psykolog = 39% 5/23 ReKo + psykolog = 22%	8/3 2024	10%-ökning	Rehab stöd	
Indikator 2	2a. Antal patienter som är sjukskrivna för stressrelaterad ohälsa 2b. Andel av dessa patienter, som har en deltidssjukskrivning	23 65% (15/23)	8/3 - 2024	Öka andelen som har deltidssjukskrivning med 10%	Rehab stöd	
Indikator 3	<i>Medelvärde och medianvärdet för antal sjukskrivningsdagar/patient</i>	Medelvärde 278 dagar (minns ej om vi här tog bort en "outlier") Median-värde 137 dagar	8/3 2024	Minska med 10%	Rehab stöd	
Indikator 4	<i>Andel patienter med stressdiagnos som fyller i skattningsskala som fångar stress (t ex PSS-10) före och/eller efter insatser (sjukskrivning och /eller psykolog och/eller ReKo-insats)</i>	Patienter med stressdiagnos som haft besök hos psykolog v 8 4/20 =20% Sjukskrivna pats v 8 2/23 =9%	8/3	Öka med 100%	Rehab stöd samt stickprov från TC	
Indikator 5	<i>Kvalitativ analys utifrån enkät till personal på vc kopplad till orsak 2 (samsyn)</i>				Egenkonstruerad enkät	

	Tilläggsfråga om vad i psykologens arbete som är till hjälp för läkaren (tillgänglighet, bedömning, behandling)					
Indikator 6	Hur stor andel av patienter som träffar läkare och/eller psykolog och får F43 diagnos är under samma tidpunkt sjukskrivna?	33/63 pats = 52,3 %	Jan 2024	Minska med 10%	Medra ve/ Rehab stöd	

Kommentar (valfritt):

TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikorummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)

Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Skriv upp varje steg:

- Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad?
- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills?
- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet blev som ni tänk? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.

1. Regelbundna möten med förbättringsteamet (REKO, två psykologer, en läkare, en triageringssköterska) där processen utvärderas kontinuerligt och revideringar av rutiner görs utifrån behov.
2. Psykologerna driver projektet och ansvarar för att ta ut data tillsammans med Reko.
3. Reko ansvarar för att, med hjälp av läkare och psykolog, utbilda vårdcentralen i den nya rutinen.
4. Förbättringsteamet för ut rutinerna till respektive team och hjälper medarbetarna att komma i gång med förbättringen.
5. Regelbunden avrapportering om förbättringsarbetet på APT.

Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1 t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som **en bilaga (ej länk)** i **WORDFORMAT** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2024 till: forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Syftet med vårt arbete var att öka samsyn i ärenden gällande stressrelaterad ohälsa och sjukskrivning. Mer specifikt ville vi:

- öka trygghet i handläggning av sjukskrivningsärenden från triage till bedömning och behandling
- verka för jämställd vård
- samverka i dessa ärenden och hålla ämnet aktuellt

Målet var att alla på vårdcentralen skulle känna till hur rutinen för sjukskrivning samt handläggning av stressrelaterad ohälsa såg ut och jobba i enlighet med den utifrån sin profession och roll (sjuksköterska i triageringen, rehabiliteringskoordinator, läkare, psykolog). De specifika målen var att:

- Standardisera handläggningen genom att utbilda personalen i den nya rutinen.
- Fortsätta med regelbundet återkommande träffar med det försäkringsmedicinska teamet (1 g/mån)
- Undersöka vad effekten blev av att involvera fler professioner i vårdprocessen runt sjukskrivning och stressrelaterad ohälsa

Vi genomförde under året tre utbildningstillfällen med alla berörda professioner. Ett tillfälle var fokus på att beskriva rutinen och övriga två tillfällen genomfördes workshops kring fiktiva fall och svåra ärenden. Deltagarantalet var högt.

Under året har vi regelbundet träffats i det försäkringsmedicinska teamet en gång/månad för att planera utbildnings- och mättillfällen och vi har förfinat rutinen utifrån uppkomna fall. Vi har fört en dialog med de olika professionerna som givit input till mötena med det försäkringsmedicinska teamet.

Vi har följt upp alla sex indikatorer och har sett intressanta resultat som diskuteras nedan.

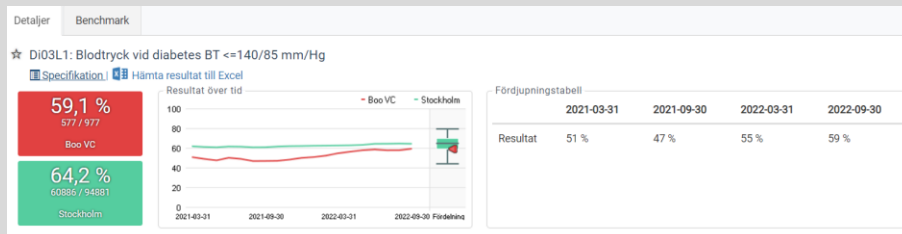
Vi kan konstatera att efter två års arbete har vi standardiserat rutinen för handläggning av stressrelaterad ohälsa och sjukskrivning på ett sätt som ökat tryggheten i arbetsgruppen. Rutinen verkar vara hjälpsam och känd i stor utsträckning bland de som möter denna patientgrupp. Och samverkan har ökat. Rutinen för handläggning finns i bilaga 1.

Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni

Kommenterad [AW1]: Formulering?

gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**



	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel sjukskrivna patienter med stressrelaterad ohälsa som (förutom läkare) träffar mer än en profession (REKO och/eller psykolog)	8/23 ReKo = 35% 9/23 Psykolog = 39% 5/23 ReKo + psykolog = 22%	8/3 2024	10%-ökning	17/28 (61%, 75% ökning) 25/28 (89%, 123% ökning) 16/28 (57%, 159% ökning)	Rehabstöd	10/12 2024
Indikator 2	2a. Antal patienter som är sjukskrivna för stressrelaterad ohälsa 2b. Andel av dessa patienter, som har en deltidssjukskrivning	23 65% (15/23)	8/3 2024	Öka andelen som har deltidssjukskrivning med 10%	28 79% (22/28, 21,5% ökning)	Rehabstöd	10/12 2024
Indikator 3	Medelvärde och medianvärdet för antal	Medelvärde 278 dagar (minns ej om vi här)	8/3 2024	Minskande 10%	285 dagar inkl alla, (även de 5/28 som är ss >700)	Rehabstöd	10/12 2024

Kommenterad [IH2]: fyi i FK arbetsrapport 2024:02. Stöd tillbaka i arbete. En landsomfattande enkät till 10200 personer hösten 2023 till personer som varit sjukskrivna cirka 6 månader, 41 procent svarade. Population 50% ss i psykiatrisk diagnos, 18% diagnos inom rörelseorganens sjukdomar och 33% utgör andra diagnoser. Sid 39, Av samtliga har 38 procent haft kontakt med en ReKo, 31% ej haft kontakt och ej haft behov, 23 5 ej haft kontakt trots behov.

Kommenterad [IH3]: fyi i FK arbetsrapport 2024:02. Stöd tillbaka i arbete. i rapporten, s 40, anger 17 % av pat att de tror att de hade kunnat börja arbeta tidigare!

Kommenterad [IH4R3]: från Sjukskrivning och rehabiliteringsbehov, Författare Anna-Sophia von Celsing, handledare Norlander och Wahlström kurs i grundläggande forskningsmetodik för personal i primärvård 2004-2006

Försäkringskassans statistik och tidigare studier har visat att rehabiliteringspotentialen hos sjukskrivna individer sjunker redan efter 3-6 månaders sjukskrivning. Tidigt insatt rehabilitering har större förutsättningar att lyckas och kräver mindre resurser än om insatserna görs senare. Behov av rehabilitering hos sjukskrivna individer måste kartläggas och initieras så tidigt som möjligt.

	<i>sjukskrivningsdagar/patient</i>	tog bort en "outlier") Medianvärde 137 dagar			dagar varav 4 är deltids ss 50 - 75% och en ss 100% och ska börja arbetsträna Median 98 dgr (28% minskning)		
Indikator 4	<i>Andel patienter med stressdiagnos som fyller i skattningsskala som fångar stress (t ex PSS-10) före och/eller efter insatser (sjukskrivning och/eller psykolog och/eller ReKo-insats)</i>	Pat med stressdiagnos som haft besök hos psykolog v 8 4/20 =20% Sjukskrivna pats v 8 2/23 =9%	8/3	Öka med 100%	Pat med stressdiagnos som haft besök hos psykolog v50 21/28 =75%* (275% ökning) Sjukskrivna pats v50 17/28 = 61%* (578% ökning) *Inklusive patienter vars kontakt inleddes innan rutinen infördes.	<i>Rehabstöd samt stickprov från TC</i>	<i>Pat med stressdiagnos som haft besök hos psykolog v50</i> <i>Sjukskrivna pats v50</i>
Indikator 5	<i>Kvalitativ analys utifrån enkät till personal på vc kopplad till orsak 2 (samsyn)</i> <i>Tilläggsfråga om vad i psykologens arbete som är till hjälp för läkaren (tillgänglighet,</i>				Se bilaga 2 för sammanställning av intern enkät	<i>Egenkonstruerad enkät</i> <i>Tilläggsfrågan blev: Läser du journalnotat från psykolog/reko inför ditt besök med pat, upplevs psykologbedömningen hjälpsam vid arbetsförmågebedömning</i>	10/12-24

	bedömning, behandling)						
Indikator 6	Hur stor andel av patienter som träffar läkare och/eller psykolog och får F43 diagnos är under samma tidpunkt sjukskrivna?	33/63 pats = 52,3 %	Jan 2024	Minska med 10%	Dec 2024 28/59 (47,5% = minskning 9,2%)*	Medrave/Rehabstöd	
					*siffror från Rehabstödsif fra 59 från Medrave		

Övriga kommentarer:

Indikator 1 tittade på andelen sjukskrivna patienter med stressrelaterad ohälsa som träffade mer än en profession. Vår målsättning var att öka andelen patienter där mer än en profession var inblandad med 10 % då vi utgått från att ökat samarbete mellan professionerna ska vara till gagn för patienterna*. Resultatet visade att andelen patienter som träffat mer än en profession ökat med 123 %. Andelen patienter som träffade ReKo ökade med 75 %. Andelen som träffade psykolog ökade med 123 %. Andelen som träffade ReKo och psykolog ökade med 159 %.

Indikator 2 tittade på antal patienter som var sjukskrivna för stressrelaterad ohälsa samt hur stor andel av dessa som hade en deltidssjukskrivning. Målsättningen var att öka andelen patienter som hade en deltidssjukskrivning med 10 %**. Resultaten visade att andelen deltidssjukskrivna ökade från en redan hög nivå (65 %) till en ännu högre nivå (79 %), en ökning på 21,5 %.

Indikator 3 tittade på medelvärde och medianvärde för antal sjukskrivningsdagar per patient. Målsättningen var att korta ner sjukskrivningslängden med 10 %. Medelvärdet var i princip oförändrat vilket förklarades av enstaka väldigt långa sjukskrivningar som fick stor påverkan på medelvärde. Medianvärdet bedöms vara ett bättre mått för att fånga den sjukskrivningslängd som är vanligast förekommande. Det mättet påvisade att sjukskrivningslängden minskat från 137 dagar till 98 dagar, vilket var en minskning med 28 %.

Indikator 4 tittade på andel patienter med stressdiagnos som fyllde i skattningsskalan PSS-10. Målsättningar var att kunna mäta och utvärdera stress-symtom före och efter behandling på mer tillförlitliga sätt än via självrapportering. Vi ville införa en skattningsskala och öka andel patienter som fyllde i skattningsskalan med 100 %. Skattningsskalan ingår nu i standardscreening för patienter som bokas till psykolog för bedömning, och nästan alla patienter med sökorsak stressrelaterad ohälsa bokas nu först till psykolog enligt rutinen. Resultaten visade en ökning från 20 % till 75 % för patienter som träffat psykolog (ökning med 275 %). I gruppen som var sjukskrivna ökade andelen som fyllde i skattningsskala från 9 % till 61 % (ökning med 578 %). Det vi noterade var dock att det inte fanns någon mätning hos patienter som enbart träffat läkare.

Indikator 5 var en kvalitativ analys utifrån enkät till personalen på vårdcentralen som mätte olika aspekter av samsyn. Enkäten administrerades i samband med starten på förbättringsarbetet för två år sedan och i samband med att projektet avslutades. Sammanfattningsvis visade enkäten att rutinen kring sjukskrivningsärenden blivit mer känd av alla professioner, att en ökad andel ansåg att rutinen var till hjälp i det dagliga arbetet och att tryggheten vid handläggning av patientgruppen ökat. Samtliga läkare uppgav att de tog del av journalanteckningar från psykolog och/eller ReKo innan besöket. 80 % av läkarna uppgav att psykologbedömningen alltid var hjälpsam vid arbetsförmågebedömning, övriga 20 % upplevde den ofta som hjälpsam. Vid mätningen som gjordes i samband med att projektet avslutades var svarsfrekvensen 100 % för psykologer och sjuksköterskor, men endast 60 % för läkare (pga frånvaro med anledning av randning). Se bilaga 2 för sammanställning av enkäten.

Kommenterad [IH5]: ev ref SOU 2023:48 Rätt förutsättningar för sjukskrivning: framgångsfaktorer för ett välfungerande teamarbete eller samarbete mellan professioner inom hälso och sjukvården, s 129 ref. 34: 1. ett tydligt gemensamt mål, ett multiprofessionellt team tillsammans med patienten, 2 att medlemmarna i teamet har kunskap och förståelse för såväl den egna kompetensen som för andras kompetenser. Personerna i teamet behöver ha samverkanskompetens. Det krävs rutiner och arbetsmetoder som stödjer samarbetet. Samarbetet mellan fler professioner måste motiveras av att det finns ett behov och att det skapar nytta. Ett hälsofrämjande, rehabiliterande och förebyggande fokus kräver också involvering av professioner med olika kompetens. Att antalet personer som involveras i personens vård ökar gör att det finns ett större behov av att sätta personens behov av vård i centrum och att det finns effektiva metoder för samordning av vården.

Kommenterad [IH6]: En till ref. i FK Arbetsrapport 2024:1 - Faktorer som kan påverka återgång i arbete, sid 20 refereras till att Blomberg och Hensing (2020) finner stöd för att sjukvårdande insatser i kombination med åtgärder på arbetsplatsen har en bättre effekt än bara sjukvårdande insatser. Slutsatsen gäller både vid rörelseorganens sjukdomar och vid psykiatriska diagnoser (Blomberg & Hensing 2020; se även SBU 2022a, Cullen mfl 2018; Forte 2015; Aronsson & Lundberg 2015).

Eller från Myndigheten för arbetsmiljö kunskap Riktlinjer för psykisk hälsa på arbetsplatsen, riktlinjer 1, version 2. sid 60 " I de flesta fall bör längre inaktivitet och heldidssjukskrivning undvikas eftersom ett aktivt förhållningssätt att ta kontroll över sin situation är viktigt enligt forskningen. Det finns inget stöd i den vetenskapliga litteraturen för att symtomen förbättras vid sjukfrånvaro eller försämrans vid upprätthållande av arbete. Tvärtom finns stöd bland annat vid sömnstörning att upprätthållande av vardagsaktivitet inklusive arbete hjälper individen och att

Kommenterad [IH7R6]: Äv SBU rapport nr 167, dec 2003. Sjukskrivning -orsaker, konsekvenser och praxis. sid16 "Sjukskrivning kan påverka en människas liv både positivt och negativt. Negativa konsekvenser kan vara fortsatt sjukskrivning eller förtidspension, eller att ytterligare sjukdomar uppstår, t ex depression. Andra tänkbara konsekvenser är påverkan på karriärmöjligheter, ekonomi, livsstil (rökning, alkoholkonsumtion, motion) och sociala relationer. Detta är viktiga aspekter för läkare och patient att ta ställning till när sjukskrivning är aktuell. De få studier av konsekvenser som inkluderats tyder på att sådana effekter kan föreligga och varierar mellan olika individer. Studierna är dock alltför få

Kommenterad [IH8R6]: Dokumentet är utarbetat av Region Stockholms expertgrupp försäkringsmedicin ■ Region Stockholm ■ Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ■ Box 30017, 104 25 Stockholm ■ Telefon: 08-123 132 00 Till dig som har en anställd som blivit sjukskriven För dig som arbetsgivare är det en fördel att veta hur ökade effekter av en medarbetares sjukskrivning kan undvikas. Effekter som inte är gynnsamma för återhämtning och arbetsåtergång har på sikt även påverkan på arbetsgivare och arbetskamrater. Att missa information, tappa samvaron med arbetskamrater eller att inte känna sig behövd kan göra att man drar sig undan eller känner sig osäker i sin yrkesidentitet. Det ger ofta en känsla av kontrollförlust

Kommenterad [AW9]: Ingela: varför är deltidssjukskrivning bättre än heltid? Källa på det?

Kommenterad [IH10R9]: Källa 1: Socialstyrelsen Uppföljningsmått för hälso- och sjukvårdens insatser i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen En förstudie. Artikelnr 2021-1-7183: Kommenter "Det är önskvärt att andel deltidssjukskrivna ökar på bekostnad av heldidssjukskrivningar. Måttet är viktigt att följa över tid. Andelen deltidssjukskrivna kan spegla resultatet av patientens behandling och en god samverkan mellan patienten, hälso- och sjukvården, arbetsgivare och andra myndigheter. En fördel med deltidssjukskrivning kan utgöras av den bibehållna kontakten med arbetsgivare och arbetskamrater. Flera faktorer

Indikator 6 tittade på hur stor andel av de patienter som träffade psykolog och/eller läkare och fick F43-diagnos som samtidigt var sjukskrivna. Indikatorn var tänkt att fånga huruvida initial psykologkontakt kunde motverka sjukskrivning. Målsättningen var att minska andelen sjukskrivna med 10 %. Initialt var 52,3 % av patientgruppen sjukskrivna och vid slutmätningen var 47,5 % sjukskrivna. Detta motsvarade en minskning på 9,2 %.

En möjlig felkälla är att mätperioderna skiljer sig åt. Startmätning skedde i mars 2024 efter feedback på ansökan gällande indikatorerna. På grund av inlämningsdatum behövde slutmätning genomföras tidigare. Vårt förbättringsarbete har dock löpt över två år då projektet visade sig vara ambitiöst och inte gick att slutföra år 1. Första året genomfördes två punktmätningar med ett års mellanrum. Data var samstämmig, vilket var förväntat då inget systematiskt förändringsarbete hunnit genomföras. Det som kunde utläsas av vår data var att vår första punktmätning verkade vara representativ som lägesbeskrivning eftersom vår data var oförändrad ett år senare. Nu efter år två har vi väldigt övertygande resultat på förändring gällande alla indikatorer som vi mätt. Det gör att vi vågar tolka våra resultat som sammanhängande med införande av det nya arbetssättet även om vår population är liten.

*ⁿ de flesta fall bör längre inaktivitet och heldidssjukskrivning undvikas eftersom ett aktivt förhållningsätt att ta kontroll över sin situation är viktigt enligt forskningen. Det finns inget stöd i den vetenskapliga litteraturen för att symtomen förbättras vid sjukfrånvaro eller försämras vid upprätthållande av arbete." (Myndigheten för arbetsmiljökunskap; Riktlinjer för psykisk hälsa på arbetsplatsen, riktlinjer 1, version 2.)

*** Andelen deltidssjukskrivna kan spegla resultatet av patientens behandling och en god samverkan mellan patienten, hälso- och sjukvården, arbetsgivare och andra myndigheter. En fördel med deltidssjukskrivning kan utgöras av den bibehållna kontakten med arbetsgivare och arbetskamrater." (Socialstyrelsen; Uppföljningsmått för hälso- och sjukvårdens insatser i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen. En förstudie. Artikelnr 2021-1-7183)

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har positiv eller mycket signifikant positiv trend på alla indikatorer som vi tittat på. Resultaten tyder på att användningen av nya rutinen har ökat och både rehabiliteringskoordinator och psykolog kopplas oftare in.

Målet var att alla på vårdcentralen skulle känna till hur rutinen för sjukskrivning samt handläggning av stressrelaterad ohälsa såg ut och jobba i enlighet med den utifrån sin profession och roll (sjuksköterska i triageringen, rehabiliteringskoordinator, läkare, psykolog). Indikator 1 och indikator 5 visar positiv trend gällande att involvera fler professioner och samverka, samt gällande trygghet i handläggning. Vi tolkar resultaten som att vi har uppnått vårt huvudmål genom att utbilda personalen, fortsätta med regelbundna möten i försäkringsmedicinska teamet och iterera rutinen i det dagliga arbetet.

Det tycks föreligga en positiv trend vad gäller andelen deltidssjukskrivna och en minskning av sjukskrivningslängden som effekt av ett förändrat arbetssätt. Andelen patienter med F43-diagnos som var sjukskrivna minskade med ungefär 10 %, vilket kanske också var en effekt av det förändrade arbetssättet. Vi tror att resultaten kan förklaras av strukturerad handläggning, teamsamverkan, tidiga och rätt insatser och tydlig information till patienter. Vår rutin fokuserar på aktiv insats snarare än passiv, motiverar till återgång i sysselsättning och vi arbetar tidigt med att hjälpa patienterna förändra kontext och eget beteende. Eventuellt blir det lättare för läkare att motivera deltidssjukskrivning när patienterna redan påbörjat aktiv insats hos psykolog och/eller rehabiliteringskoordinator.

Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patienters delaktighet eller involvering i vården?

Förbättringsarbetet har löpt över två år. År 1 skapade vi och skickade ut en enkät till patienter som träffade läkare, rehabiliteringskoordinator och/eller psykolog för stressrelaterad ohälsa (3 veckors mätperiod) Vi fick då 18 svar. 16/18 träffade läkare varav 15 blev sjukskrivna, 15/18 träffade psykolog och 9/18 träffade rehabiliteringskoordinator.

Kommenterad [IH11]: Indikator 6 tittade på hur stor andel av pat som fick F43 diagnos och som samtidigt blev/var sjukskrivna...

Det som framkom av enkätsvaren var följande:

Patienterna önskade snabbare kontakt med läkare och helst fysiska möten för att utesluta somatisk orsak. De tog även upp enstaka negativa upplevelser kring sjukskrivning: otydlighet i vårdansvar, delade meningar avseende när sjukskrivning är lämpligt och dåligt engagemang från läkarens sida vid uppföljning.

Vi tog emot få förslag på förbättring år 1, men sammanfattningsvis kunde vi se en önskan om mer samverkan och tydlighet från vårdens sida. Patienterna beskrev en ökad stress då det inte var tydligt hur sjukskrivningen skulle följas upp, otydlighet kring vem som hade huvudansvaret och upplevelse av att det blev rörigt när patienten hade flera vårdkontakter och behövde balansera detta själva.

Vi gjorde en eftermätning under två veckor i november-december 2024 där vi använde samma enkät för att få inblick i om det nya arbetssättet påverkat patientupplevelsen.

Vi fick 15 svar. 13/15 träffade läkare varav 10 blev sjukskrivna, 15/15 träffade psykolog och 7/15 träffade rehabiliteringskoordinator.

Det som framkom nu av enkätsvaren var följande:

Den stora majoriteten (13/15) upplevde att åtgärderna var hjälpsamma, och betydligt fler nämnde att samverkan/kombinationen av insatser från läkare, psykolog och rehabiliteringskoordinator var hjälpsamt. Våldigt få nämnde sjukskrivning som specifikt hjälpsamt. Desto fler betonade aktiva insatser, som t ex psykologsamtal eller fysioterapi. Medicin nämndes inte specifikt, trots att hälften behandlades med läkemedel.

Några upplevde den digitala kontakten (textbaserad kommunikation) som negativ, ineffektiv och opersonlig.

Det fanns inga förbättringsförslag gällande otydlighet i handläggning eller vårdansvar. Detta skulle kunna tolkas som att den nya rutinen gör att vårdpersonalen vet vad som ska göras, i vilken ordning, och av vem, vilket avspeglas i en ökad trygghet och tydlighet i bemötandet av patienter.

Vad har ni för plan framåt gällande detta område? Här beskriver ni hur ni planerar att vidmakthålla positiva förändringar, eller om det inte blev som tänkt om ni avser att lägga ner eller förändra ansats.

Det försäkringsmedicinska teamet kommer att bestå med representanter från olika professioner och mötesfrekvensen kommer att vara fyra gånger per år.

Den stora utmaningen på en stor vårdcentral som Ekerö vårdcentral blir att bibehålla kunskap om rutinen och arbetssättet trots personalomsättning. Det gäller att vid introduktion av nya medarbetare informera om arbetssätt och sedan ständigt påminna om rutinen. Den dagliga konsultationstiden (15 minuter) då alla oavsett profession har tid avsatt för konsultation är viktig för att möjliggöra samverkan.

Vi ser att ett potentiellt utvecklingsområde är att utbilda läkare i att använda skattningsskalor oftare i bedömning och vid uppföljning av stressrelaterad ohälsa, då det kan vara ett bra hjälpmedel för att se förbättring/försämring.

Under arbetet noterade vi att det finns en stor variation bland läkare i diagnosättning av stressrelaterad ohälsa. En rekommendation är att vi internt behöver arbeta med att utbilda psykolog och läkargrupp i diagnosticering av utmattning för att få större samsyn. Detta är viktigt med tanke på att diagnosen styr hur vi tänker kring behandlingslängd och prognos för återgång i arbete, och diagnosen styr även patientens förväntan.

Försäkringsmedicinska teamets nästa möte är planerat i april. Utifrån ovan nämnda utvecklingsområden planerar vi att hålla ett seminarium om diagnosättning i höst. Vi kommer också att repetera rutinen i höst vid

ett utbildningstillfälle. Vi har god förhoppning om att kunna vidmakthålla arbetssättet då personalen är nöjda. Sköterskorna i triaget vet vad de ska göra och kan motivera patienterna till psykologbedömning som första steg. Läkarna upplever att psykologbedömningarna är hjälpsamma och upplever sig avlastade i sjukskrivningsärenden gällande stressrelaterad ohälsa. Psykologernas arbetsbörda har ökat något och det återstår att utvärdera hur det blir i längden. Psykologernas upplevelse är ändå att det är lättare att hantera sjukskrivningsärenden nu jämfört med tidigare, just för att det finns en tydlig rutin. Slutligen, patienterna tycks uppleva att de får en god sammanhållen vård och genom ett tydligt arbetssätt får vi en mer jämlik vård.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.apc.siso@regionstockholm.se
Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.

Bilaga 1.

Rutin sjukskrivning Ekerö vårdcentral - Handläggning/bokning

Praktiska handläggningsrutiner för patienter med behov av bedömning och eventuell sjukskrivning

Inkommande ärenden, triagering och bokning

- Nya inkommande ärenden tas emot via MittPTJ eller via telefon av sjuksköterskor i akutteamet. Bedömning görs om ärendet ska hanteras av Ekerö VC eller om patienten ska hänvisas till annan behandlande instans. Sjukskrivning ska ske av den vårdenhet som ansvarar för medicinsk bedömning och behandling. [Rekommendationer Vårdgivarguiden](#).
- Ta reda på om patienten redan varit sjukanmäld på arbetet 1 v eftersom det då vid nedsatt arbetsförmåga behövs ett sjukintyg från och med dag 8. Retroaktiv sjukskrivning sju dagar kan accepteras vid inledningen av en sjukskrivning.
- Formuläret "bedömning av arbetsförmåga" skickas till patienter som tar kontakt via MittPTJ.
- Chattläkare konsulteras. Enklare sjukskrivning, t ex gällande förkylningar och annat, kan göras direkt via chattläkare. Mer komplicerade ärenden bokas på inrådan av chattläkare till psykolog, patientansvarig läkare (PAL) eller jourläkare, enligt rutiner nedan.

Rutin vid bokning till läkare vid mer komplicerade ärenden gällande sjukskrivningsfrågor, med undantag för stressrelaterad ohälsa

- Konsultera PAL som tar ställning till var patienten ska bokas. Bokas i första hand på grön tid (planerat besök), i andra hand på subakut gulorange tid inom 1 vecka, i tredje hand till PAL:s jourtid om sådan finns inom de närmaste dagarna. I sista hand bokas patienten till den som har jouden. Retroaktiv sjukskrivning upp till en vecka, gjord av PAL, är att föredra framför jourbokning, som ska undvikas om det går.
- Om patient bedöms av jourläkare är det av största vikt att återbesök bokas till PAL, alternativt aviseras via ett adminärende i PAL:s kalender.
- Patienter som inte är namnlistade bokas enligt gällande rutin.

Rutin vid stressrelaterad ohälsa

- Efterfråga om det finns övervägande arbetsrelaterade orsaker, såsom överbelastning eller konflikter, om patienten har tagit upp det med sin chef eller skyddsombud, och om åtgärder satts in. Undersök om patienten har tillgång till företagshälsovård. Arbetsgivaren avgör om företagshälsovård ska kopplas in.

- Vid stressrelaterad ohälsa, även där patienten efterfrågar sjukskrivning, bokas i första hand till psykolog för bedömning inom en vecka i enlighet med rutin för bokning till psykolog, se [Centuri](#). Skattningsskalan PSS-10 fångar stress. Om nybesökstider är fullbokade inom en vecka bör denna patientgrupp prioriteras.
- Om det vid psykologbesöket visar sig att sjukskrivning framåt inte behövs/efterfrågas av patienten aviseras PAL via adminärende om retroaktiv sjukskrivning för den tidsperiod som patienten varit hemma från och med dag 8 till och med datum för besöket hos psykologen. Sjukskrivning görs då retroaktivt utifrån psykologbedömningen.
- Om det vid psykologbesöket visar sig att en arbetsförmågebedömning behövs och att en sjukskrivning framåt efterfrågas se ovan för hur bokning till läkare görs.

Övrigt att tänka på vid bokningen

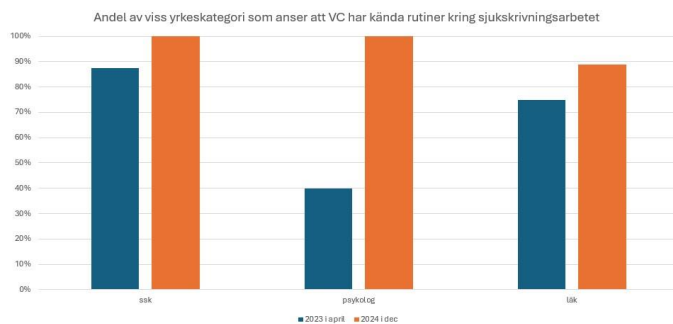
- Tolk bokas om patienten inte talar bra svenska.
- Utfärdandet av intyg ska som huvudregel utfärdas efter en undersökning av patienten vid ett besök. Läkaren avgör om det är möjligt att göra en patientsäker medicinsk och försäkringsmedicinsk bedömning via en annan kontaktform, som digitala vårdbesök eller telefon. Digitala vårdbesök är säkerhetsmässigt olämpligt för en våldsutsatt person.
- Om patienten begär förstadagsintyg från vårdcentralen ska en skriftlig begäran om förstadagsintyg från arbetsgivaren uppvisas. Ibland har företag avtal med företagshälsovård (FHV) som ansvarar för utfärdande av förstadagsintyg, hänvisa då dit. Arbetsgivarens skriftliga begäran om förstadagsintyg berättigar inte per automatik till ett läkarbesök på vårdcentralen utan en medicinsk prioritering görs. I de fall patienten inte bedöms behöva vård på vårdcentralen hänvisas patienten till intygmottagning eller dylikt. I de fall intyg skrivs av VC betalar patient både ordinarie besöksavgift och en avgift för intyget enligt regelverk. Informera patienten om förutsättningarna och en tid samma dag bokas till PAL eller jouren. Det är rimligt att arbetsgivaren betalar patientavgiften i detta sammanhang men det är upp till patienten att reda ut det med dem.

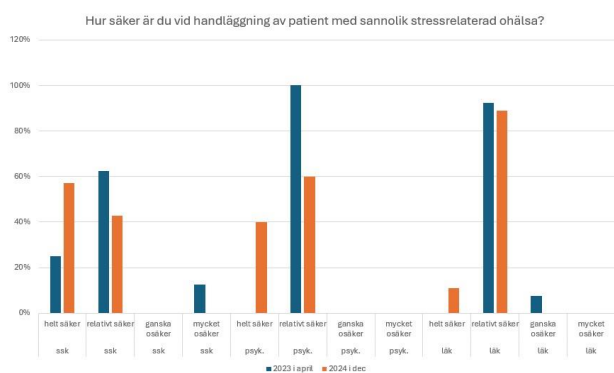
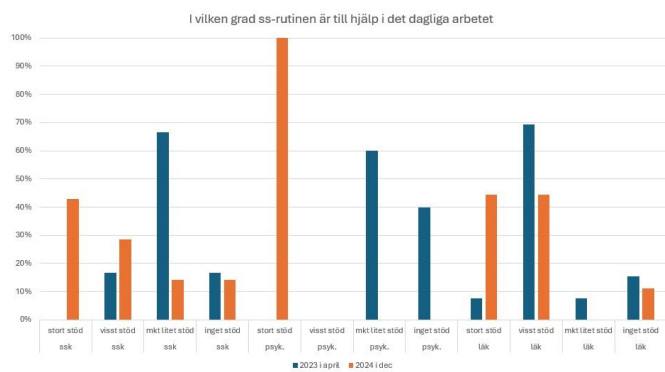
Bilaga 2

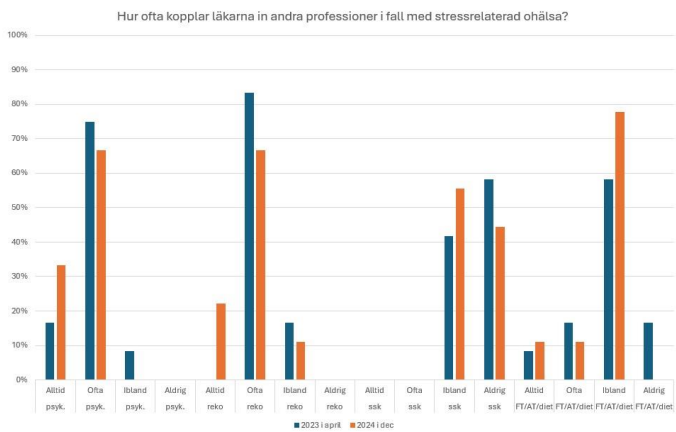
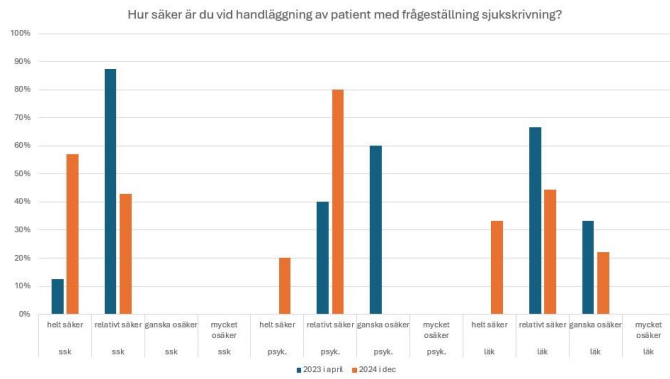
Uppföljning av intern enkät om
handläggning av patienter med stressrelaterad ohälsa
och/eller sjukskrivning på Ekerö VC.

December 2024 jämfört med april 2023

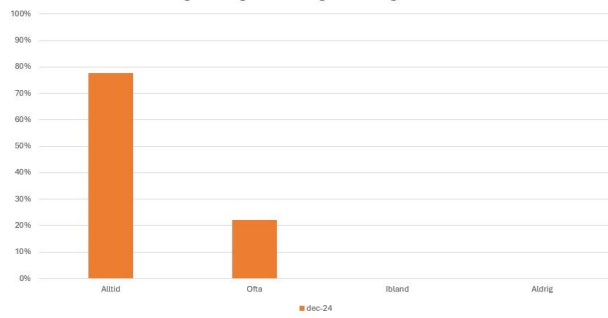
Totalt svar från 7/7 ssk, 5/5 psykologer och 9/15 läk där fem var frånvarande pga randning.







Samtliga läkare uppger att de läser journalnotat från psykolog o/rel reko inför läkarbesöket. Upplevs psykologbedömningen hjälpsam vid stressrelaterad ohälsa och frågeställning arbetsförmågebedömning? Dec 2024



Vad i ReKo's jobb är till hjälp i läkarens arbete med sjukskrivna patienter?

