

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Hässelby vårdcentral

Säkrad sjukskrivningsprocess för optimal handläggning

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Hässelby vårdcentral	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Åsa Petersson	asa.petersson@regionstockholm.se
Instruktioner till mottagningen	
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.sls@regionstockholm.se senast den 28 februari 2024 , obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.	
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 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2025 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..	
Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet	
Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se .	
Radera EJ text i grå fält.	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Maria Persson
Profession: Enhetschef/Bitr. Verksamhetschef
E-post: maria.a.persson@regionstockholm.se
Att involvera flera
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.
<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 sidosjukvård, 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).
A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner

A:

Annika Allard Rehabkoordinator
Maria Persson Enhetschef/Biträdande verksamhetschef
Eirini Mazneikou Specialist allmänmedicin
Anne-Lie Höppner Specialist allmänmedicin och medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA)
Maria Eklund Aspe ST-läkare

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

B:

Uppföljningssamtal via rehabkoordinator

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?

På Hässelby vårdcentral har vi identifierat flera problem som omfattar och påverkar sjukskrivningsprocessen för både läkare och patient.

Arbetsmiljön:

Arbetet med sjukskrivningar upplevs ofta av läkarna som ett tidskrävande ensamarbete som är psykiskt påfrestande och olustbetonat. Många läkare upplever att det är en utmaning att motivera ett nej till sjukskrivning eller att motivera en deltidssjukskrivning framför heltidssjukskrivning som är vad många patienter förväntar sig. Även mottagningsköterskorna upplever sjukskrivningsärenden belastande när patienter ringer för att boka läkarbesök gällande fortsatt sjukskrivning. Rehabkoordinatorns funktion används inte rutinmässigt av läkargruppen, kan vi få till en förändring? Behövs alltid läkarbesök vid psykisk ohälsa? Kan psykosociala teamet göra en kortare första bedömning i stället för att läkarbesök bokas?

Bristande kontinuitet:

Det förekommer tidsbrist vid patientbesök, brist på läkartider som leder till dålig kontinuitet i läkarkontakten och bristande planering för uppföljning samt att rehabiliteringsplaner saknas. Patienter bokas in på korta akuta besök, tidsbristen kan leda till sämre bedömning av arbetsförmågan vilket i sin tur kan leda till längre sjukskrivningsperioder.

Långa sjukskrivningar:

Hässelby vårdcentral har en stor grupp patienter som varit långtidssjukskrivna, den största gruppen över 365 dagar. Många av dessa sjukskrivningar är komplexa och tidskrävande ärenden som rullar på

utan planering. Sjukskrivningarna blir ofta passiva och sjukskrivning som behandling utvärderas eller omprövas sällan. Patienten fastnar i inaktivitet och ju längre tiden går desto svårare är det för patienten att komma tillbaka till ett välfungerande arbetsliv och självförsörjning.

Heltid framför deltid:

Många patienter blir sjukskrivna på heltid i stället för deltid. Heltidsjukskrivning förlänger ofta sjukskrivningsperioden, passiviserar patienterna och försvårar vid arbetsåtergång.

Sjukskrivningar mot stadsdelsförvaltningen (SDF) och ekonomiskt bistånd:

Hässelby Vårdcentral har många och långa sjukskrivningar mot SDF. Dessa sjukskrivningar pågår ofta under lång tid, inte sällan åratals och ofta på heltid utan rehabiliteringsplan. Många läkare upplever att dessa bedömningar blir utifrån patientens egna önskemål då läkarna inte vet vad de ska bedöma patientens arbetsförmåga mot. Läkare har även berättat om svårigheter att säga nej till sjukskrivning då de inte har tid att sätta sig in i ärendet pga. komplexiteten samt har svårt att ifrågasätta tidigare kollegors arbetsförmågebedömningar. Under många år har vi, tillsammans med Hässelby SDF, försökt få till ett samarbete runt dessa patienter men samverkan försvåras av den sekretess som råder mellan verksamheterna. Här vill vi åstadkomma ett bättre samarbete med SDF med målet att patienten som kommer för en arbetsförmågebedömning ska ha en tydlig dokumenterad aktivitetsplan med sig som läkaren kan använda som underlag i sin arbetsförmågebedömning. Önskemål och frågan vi ställer oss är, kan arbetsförmågebedömningar och sjukskrivning helt undvikas i dessa ärenden?

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.

Försäkringsmedicin – säkrad sjukskrivningsprocess av patienter för optimal handläggning på Hässelby vårdcentral.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Målet med kvalitetsarbetet är att minska sjukskrivningstalen, öka läkarkontinuiteten för bättre hälsa hos patienterna och förbättrad arbetsmiljö för personalen. Vi vill förbättra rutiner, struktur och processer som rör sjukskrivningar.

Vi vill jobba för samstämmighet i läkargruppen vid handläggning av sjukskrivningsärenden för optimal sjukskrivningsprocess och sjukskrivningsperiod utifrån lokal sjukskrivningsrutin grundad i aktuella riktlinjer och föreskrifter.

För att uppnå målet tror vi oss behöva etablera ett sjukskrivningsteam som tillsammans med sjukskrivande läkare går igenom och diskuterar sjukskrivningsärenden. Teamet träffas varje vecka, initialt får varje läkare själv välja ut ett par sjukskrivningsärenden som de vill diskutera. Det slutgiltiga målet är att kunna etablera sjukskrivningsteam från dag 14, där alla sjukskrivningar över dag 14 måste lyftas i teamet för gemensam bedömning och planering. Sjukskrivningsteamets syfte är att säkerställa att inga sjukskrivningar inleds eller fortgår på oklara grunder, att vi sätter in rätt insats i rätt tid och att vi gör allt för att sjukskrivningen ska bli så kort som möjligt. Förslag är att sjukskrivningsteamet ska bestå av rehabkoordinator, chef, försäkringsmedicinsk ansvarig läkare (LUF), MLA, ST-läkare och person från psykosociala teamet.

Vi tror att tydliga rutiner och forum för samarbetet skapar trygghet för läkarna i arbetsförmågebedömningarna och leder till en mer aktiv sjukskrivningsprocess för patienterna.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet) Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/	Idéer till lösningar (För att nå målen) Initiala idéer till lösningar (För att nå målen) 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/
1: Tidspress och brist på läkartider	1.1: Inga arbetsförmågebedömningar bokas på 15 min 1.2: Sjukskrivningsteam 1.3:
2: Olika synsätt och handläggning i sjukskrivningsärenden	2.1: Tidig kontakt med rehabkoordinator 1.3: Sjukskrivningsteam 2.2: Kompetensutveckling / föreläsning som stöd för optimal bedömning och våga säga nej 2.3:
3: Brist på rehabiliteringsplaner och läkarkontinuitet	3.1: Sjukskrivningsrutin 3.2: Sjukskrivningsteam 3.3:
Mått och mätetal (indikatorer) <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 snabbspirometrier 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 för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Minska antal sjukskrivna	202 personer 72/36% män 130/64% kvinnor	10/1–24	175 personer	Rehabstöd	10/1–25
Indikator 2	Antal träffar sjukskrivningsteam med läkare å 15 min/ärende	0	10/1–24	80	Manuellt via reko	10/1–25
Indikator 3	Minska antal heltidssjukskrivningar gentemot deltidssjukskrivningar	123 st/61%	10/1–24	50%	Rehabstöd	10/1–25
Indikator 4	Sjukskrivningslängd minska <90 90–180 181 – 365 >365	61 st 27 st 40 st 74 st	10/1–24	55 st 20 st 33 st 67 st	Rehabstöd	10/1–25
Indikator 5	Kompetenshöjande föreläsningar i försäkringsmedicin och sjukskrivningsprocessen	0	10/1–24	2 st		10/1–25

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 fikarummet, 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 som ni tänkt? 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.

Vid arbetets start har övergripande sjukskrivningsstatistik tagits fram från Rehabstöd som underlag till kvalitetsarbetet. Dessa siffror kommer succesivt följas och dokumenteras av rehabkoordinatoren varannan månad samt läsas av i slutfasen av kvalitetsarbetet. Varje enskild läkare kommer dessutom under året att få sin sjukskrivningsstatistik kontinuerligt presenterad var tredje månad.

Rehabkoordinatoren bör alltid kopplas in tidigt i sjukskrivningsprocessen som ett individuellt stöd till patient men även som ett internt stöd till sjukskrivande läkare.

Det försäkringsmedicinska teamet har påbörjat arbetet med att utforma/revidera en sjukskrivningsrutin och arbetet ska skyndsamt färdigställas. Sjukskrivningsrutinen skall sedan implementeras hos alla, oavsett yrkeskategori, med målet att alla medarbetare ska vara väl insatt i sjukskrivningsprocessen. Implementeringsarbetet kommer att ske på APT tillsammans med hela arbetsgruppen samt ytterligare förankring i läkargruppen på läkarmöten. Med en välförankrad sjukskrivningsrutin är vår förhoppning att läkarna får ett gemensamt arbetssätt kring arbetsförmågebedömningar och en mer aktiv sjukskrivningsprocess för patienterna.

Det planerade sjukskrivningsteamet ska bestå av rehabkoordinator, försäkringsmedicinsk läkare, MLA, ST-läkare, chef och person från psykosociala teamet. Som start på kvalitetsarbetet kommer rehabkoordinatoren ta fram sjukskrivningsstatistik per läkare från Rehabstöd med notat där det framgår om rehabiliteringsplan saknas. Dessa ärenden ska vara underlag för varje läkare att välja ut de patienter som ska lyftas i sjukskrivningsteamet. I de fall där läkaren själv inte väljer att lyfta något ärende kommer sjukskrivningsteamet att utse lämpliga sjukskrivningsfall. Initialt kommer teamet finnas tillgängliga 15 min/fall vid fyra tillfällen/vecka som läkaren kan boka.

Åtgärden med sjukskrivningsteamet ska vara ett sätt för läkarna att kunna lyfta komplicerade och långa ärenden för att få stöd, tips och hjälp att komma vidare i sjukskrivningsprocessen. Målet är att patienterna inte ska fastna i långa sjukskrivningar utan att sjukskrivning ska vara en behandling där åtgärden sjukskrivning skall utvärderas och omprövas om den inte fungerar. Alla arbetsförmågebedömningar som resulterar i en sjukskrivning ska ha en medicinsk orsak.

Arbetet med sjukskrivningsteamet hoppas vi till viss del, även kommer påverka läkarnas arbetsmiljö då teamet ger möjlighet till att samarbeta tvärprofessionellt i svåra ärenden.

För att öka kompetensen i hela arbetsgruppen kring arbetssätt i sjukskrivningsärenden kommer föreläsare bjudas in under året. Läkargruppen kommer under året fortlöpande engageras på läkarmöten och ges möjligheter till synpunkter och diskussioner för utveckling och förändring av kvalitetsarbetet.

Många av vårdcentralens sjukskrivningar rör psykisk ohälsa där besök ofta bokas till läkare. I de flesta fall resulterar dessa ärenden även besök till psykosociala teamet. Kan patienter med psykisk ohälsa bedömas via psykosociala teamet innan eventuellt läkarbesök?

Samarbete med SDF finns idag i form av möten där rehabkoordinator och MLA träffar socialsekreterare fyra ggr/år där diskussioner förs för generell samverkan i sjukskrivningsärenden. Här vill vi fördjupa och förbättra samarbetet med SDF. Målet är att patienter som kommer för arbetsförmågebedömning ska ha en tydlig dokumenterad aktivitetsplan med sig som läkaren kan använda som underlag i sin bedömning för eventuell sjukskrivning. Önskemål och frågan vi ställer oss är, kan arbetsförmågebedömningar och sjukskrivning helt undvikas i dessa ärenden?

Ansvariga socialsekreterare på SDF kommer att informeras om vårt kvalitetsarbete och de mål vi satt för vårt samarbete.

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

Kvalitetsarbetet inleddes med genomgång av läkarnas sjukskrivningsstatistik för att delge alla läkare sina pågående sjukskrivningar. Läkarna uppmanades att kontinuerligt själva gå in i Rehabstöd för att "hålla koll" på sina sjukskrivningar. Hela VC delgavs information om införande av sjukskrivningsteam via skriftligt utskick i Take Care samt att information lämnades på läkarmöten och APT .

Rehabkoordinator och enhetschef bokade in varje läkare på sjukskrivning team a ´ 15 min. Sjukskrivningsteamet kom i gång vecka 15. Många läkare kom väl förbereda med patientärenden som de önskade lyfta i teamet. Andra läkare kom mindre förbereda till teamet men gemensamt för alla läkare var att de hade komplexa sjukskrivningsärenden som de önskade diskutera och få hjälp med. För de läkare som inte hade förberett ett ärende, gick vi, under teamets gång, in i Rehabstöd och läkaren valde då ut ett ärende. Här identifierade vi att det var en ojämn fördelning och stora skillnader i antal sjukskrivningar mellan läkarna. Flera läkare hade många sjukskrivningsärenden och andra nästan inga alls.

Ett problem som initialt dök upp vid läkarens genomgång med teamet var; hur dokumenterar vi det som bestäms under mötet? Frågan om dokumentationen ställdes till SLSO Kanslienhet- Verksamhetsstöd. Svaret var att det var okej att hantera patienten i teamet aidentifierat och de konkreta insatserna som bestämdes i ärendet dokumenterades sedan i patientens journal. Ansvaret för dokumentationen varierade. I början skickade rehabkoordinator ut korta anteckningar från det som bestämdes på teamet till ansvarig läkare för dokumentation i patientens journal, senare skrev rehabkoordinatören en daganteckning i de fall där läkaren inte själva dokumenterade planen.

Ett dilemma som uppdagades i samband med sjukskrivningsteamet var svårigheten att hålla tiden. Det visade sig att 15 minuter var för kort tid. Tiden för sjukskrivningsteamet utökades till 30 min då många komplexa ärenden krävde längre tid och det kändes viktigt att allas input och synpunkter kom fram för en optimal fortsatt planering av ärendet. Några läkare kom inte alls till sjukskrivningsteamet trots bokning i läkarens tidbok samt skriftlig påminnelse i Take Care samma dag, detta åtgärdades under arbetets gång.

Parallellt med sjukskrivningsteamet pågick ett arbete med att se över remisshanteringen från specialistmottagningar. Chef, MAL och försäkringsmedicinsk läkare gick igenom remisser som rörde övertag av sjukskrivningar. Noggranna bedömningar gjordes, hade patienten pågående behandling eller bokade tider på specialistmottagning avsågs remissen. Tidigare hade många av dessa remisser accepterats utan kritisk granskning vart ansvaret för fortsatt sjukskrivning av patienten borde ligga.

Mottagningens sjuksköterskor har medvetandegjorts angående ansvar för sjukskrivningar, de patienter som själva ringer VC för förlängning av sjukskrivning, som inte är påbörjad på VC hänvisas åter till sjukskrivande mottagning. Patienten informeras även om att ska vårdcentralen ta över någon sjukskrivning får patienten be respektive mottagning att skicka en remiss för eventuell övertagning av sjukskrivningen. Vid frågor eller problem lyfts ärendet med det försäkringsmedicinska teamet innan tid för arbetsförmågebedömning bokas in. Under årets gång blev mottagnings sjuksköterskor bättre och bättre på att konsultera FM teamet vid komplicerade ärenden innan patienten bokades in för en arbetsförmågebedömning.

Under sommaren gjorde sjukskrivningsteamet uppehåll och verksamheten upptogs ånyo vecka 35. Andelen heltidssjukskrivna ökade under sommaren och låg på ca 65%.

I september ökade antal sjukskrivningar med ca 15–20 ärenden. Under denna period var en hyrläkare anställd. Vi tror att ökningen av sjukskrivningstalet kunde bero på att hyrläkaren inte var införstådd med vårt nya arbetssätt med sjukskrivningar och tidsbrist vid patientbesök kunde resultera i åtgärden sjukskrivning även om

det kanske inte var befogat. Dessa sjukskrivningar bevakades och följdes upp av rehabkoordinatören, många avslutades och andra bokades in på återbesök till annan läkare.

Senare under hösten infördes ny rutin som innebar att nya läkare med begränsad anställning inte fick sjukskriva längre än 14 dagar utan kontakt med handledare eller FM ansvarig läkare. Förutom detta beslutades att jourläkare inte ska belastas med långa sjukskrivningar utan endast arbetsförmågabedömningar från dag 8 till dag 15. För de patienter som sökte för psykisk ohälsa infördes ny rutin där möjlighet gavs att boka ett kortare bedömningssamtal direkt till psykosociala teamet i stället för ett läkarbesök.

En bit in på hösten noterades även en minskning av heltidssjukskrivna patienter som för första gången gick ner från 60% till 51 %.

Under oktober påbörjades en rejäl djupdykning i arbetet med de långa sjukskrivningarna.

Alla sjukskrivningar över 180 dagar, 99 st, genomgick en grundlig och noggrann journalgranskning av FM-läkare, en ST-läkare och rehabkoordinator.

Syftet med arbetet var att se över hur vi jobbar med patienter som är långtidssjukskrivna. Vi satte upp en rad frågor som vi önskade svar på för att kunna gå vidare i dessa ärenden.

Frågeställningarna var;

1. Mot vem är patienten sjukskriven, Försäkringskassan FK eller Socialtjänsten SDF?
2. Kontakt med reko?
3. Har patienten gjort en ansökan om sjukersättning? När? Finns dokumentation om ev avslag?
4. Har patienten genomgått en Aktivitetsförmågeutredning AFU? När? Finns dokumentation i journal?
5. Har det varit ett avstämningsmöte i ärendet?
6. Har patienten fått tid för uppföljning? Eller har patienten fått boka själv? Kontinuitet?
7. Finns det en rehabiliteringsplan? Är det lätt eller svårt att hitta den i journal?

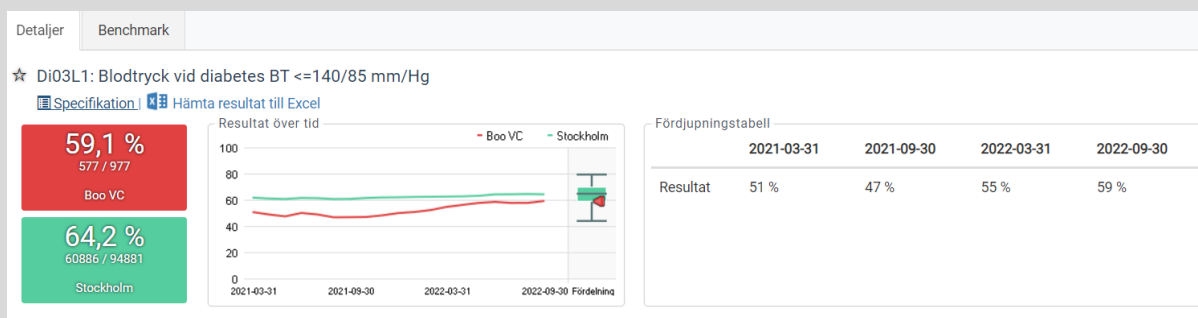
FM-läkare, rehabkoordinator och ST-läkare gav feedback i alla ärenden, skrev ner förslag på åtgärder och skickade till ansvariga läkare hur de skulle komma vidare i handläggningen.

Läkarna bokades därefter in på nya sjukskrivningsteam där ärendet lyftes och diskuterades utifrån de förslag ansvarig läkare fått. En rehabiliteringsplan skulle därefter utformas och förmedlas vidare till patienten.

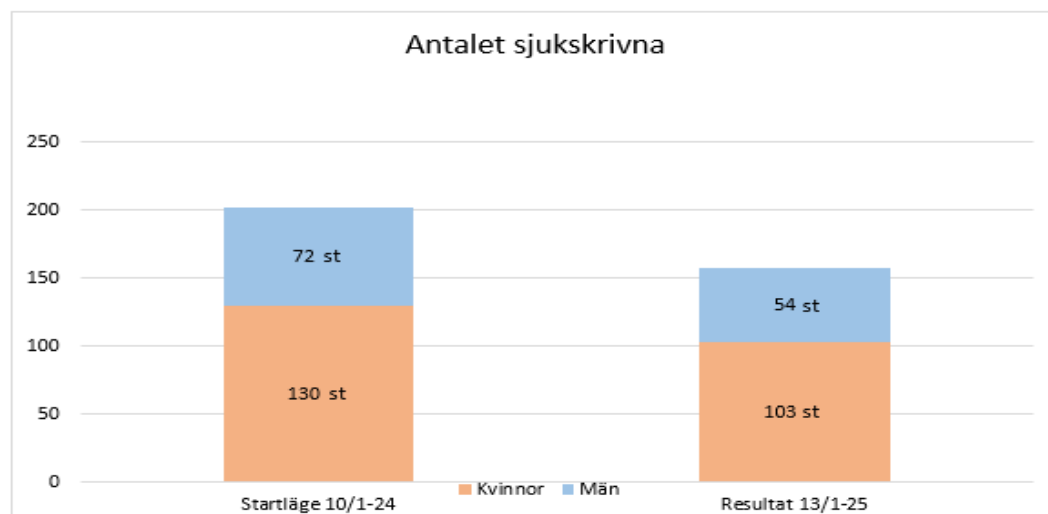
Vad som ytterligare framkom efter journalgranskningen var att det generellt var många och långa sjukskrivningar som helt saknade rehabiliteringsplaner och där kontinuitet inte prioriterats. Likaså var det många ärenden där rehabkoordinatören aldrig varit inkopplad.

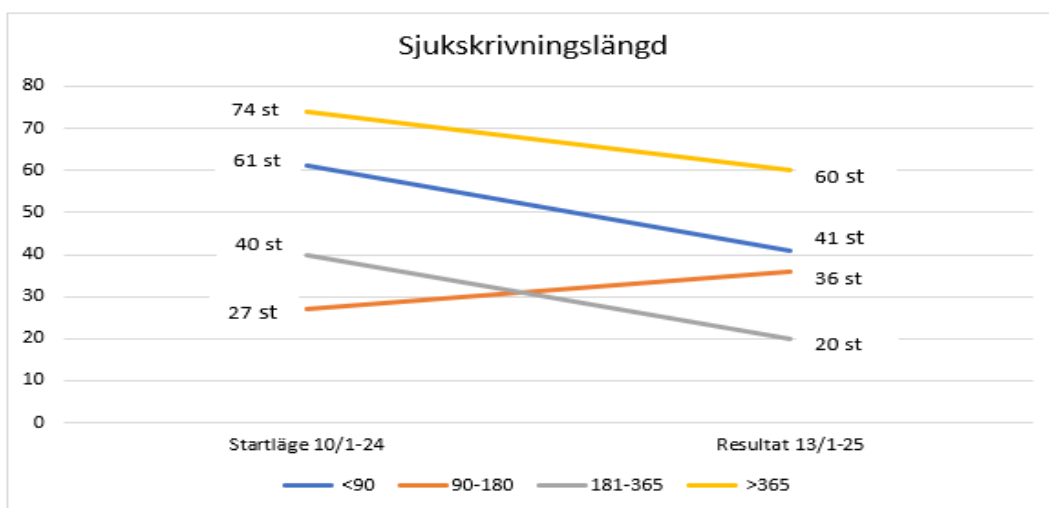
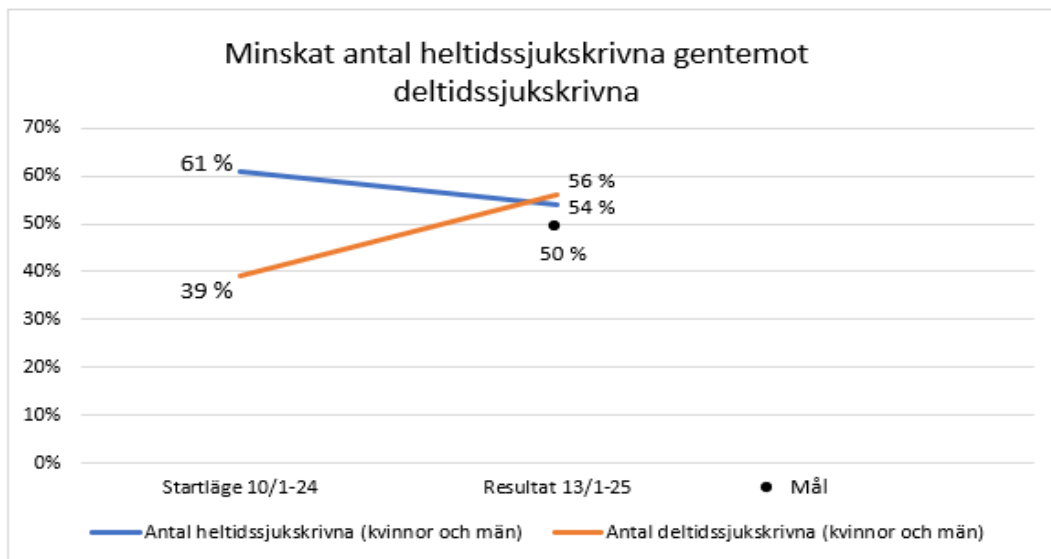
Resultat

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 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. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Minska antal sjukskrivna	202 personer 72/36% män 130/64% kvinnor	10/1-24	175 personer	157 personer 54/34% män 103/66% kvinnor	Rehab stöd	13/1-25
Indikator 2	Antal träffar sjukskrivningsteam med läkare å 15 min/ärende	0	10/1-24	80	32 st	Rehab stöd	13/1-25
Indikator 3	Minska antal heltidssjukskrivningar gentemot deltidssjukskrivningar	61% heltid/ 39% deltid	10/1-24	50%	54% heltid/ 56% deltid	Rehab stöd	13/1-25
Indikator 4	Sjukskrivningslängd minska <90 90-180 181 - 365 >365	61 st 27 st 40 st 74 st	10/1-24	55 st 20 st 33 st 67 st	41 st 36 st 20 st 60 st	Rehab stöd	13/1-25
Indikator 5	Kompetenshöjande föreläsningar i försäkringsmedicin och sjukskrivningsprocessen	0	10/1-24	2 st	0 st		13/1-25

Övriga kommentarer:




Bilaga 1: Resultat av journalgranskning på 99 journaler för långtidssjukskrivna patienter > 180 dagar

Bilaga 2: Lokal försäkringsmedicinsk rutin – Hässelby vårdcentral

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Under arbetets gång har det blivit tydligt att det behövs konkreta, implementerade rutiner som stöd för läkarna i arbetet med att säkra sjukskrivningsprocessen. Sjukskrivningsrutinen och teamarbetet har under året genomsyrat hela kvalitetsarbetet som en lärandeprocess för alla läkare och sjuksköterskor. De försäkringsmedicinska frågor som dykt upp under arbetet har ofta löst sig efter konsultation med FM-teamet eller att svaret fanns i sjukskrivningsrutinen. Att implementera nya rutiner kräver både flexibilitet och tålamod innan alla har anammat ett nytt arbetssätt. Viktigt är att rutinen hålls levande, ses över och uppdateras med jämna mellanrum, samt att all ny personal introduceras om rutin och arbetssätt när det gäller bedömning av patienters arbetsförmåga.

Statistiken visar att vi har lyckats få ner antalet sjukskrivna, vad det exakt beror på är svårt att säga då många parametrar påverkar siffrorna. Det vi med säkerhet vet, är att vi alla har lärt oss mycket under kvalitetsarbetets gång och upplever förbättringar i arbetet med försäkringsmedicinska frågor. Alla, då framför allt läkarna har fått ökade kunskaper och stärkts i sina arbetsförmågebedömningar tex att det ska vara en medicinsk orsak som är anledning till sjukskrivning och därav kunnat "stå på" sig och nekat sjukskrivning när andra anledningar åberopats av patienten.

Arbetsmiljön:

Specialistkompetens i form av ett försäkringsmedicinskt team på vårdcentralen i syfte att stärka upp bedömningar och handläggning i sjukskrivningsärenden har varit gynnsamt för alla yrkeskategorier. Arbetsmiljön för läkarna har förbättrats då sjukskrivningsteamet har varit ett bra forum för hjälp och stöd med komplexa ärenden för att komma vidare i sjukskrivningsprocessen och utarbeta rehabiliteringsplaner med uppföljning.

Samarbete och teamarbete i sjukskrivningsärenden är viktigt för att stärka den enskilde läkaren. Alla yrkeskategorier bör samarbeta för att få ett gemensamt förhållningssätt kring sjukskrivningsarbetet. Det tidskrävande ensamarbete som många läkare upplever att sjukskrivningar är har blivit lättare att hantera och komma vidare i med hjälp av sjukskrivningsteamet.

Mottagningens sjuksköterskor uttrycker också en positiv utveckling av arbetet gällande sjukskrivningar vilket även förbättrat deras arbetsmiljö. En dokumenterad rehabiliteringsplan underlättar redan i telefonkontakten vid tidsbokning. Sjuksköterskorna upplever att de inte lika ofta behöver boka in patienter på akuta tider gällande fortsatt sjukskrivning utan nu finns allt oftare tydliga rehabiliteringsplaner att ta del av med inbokade uppföljningar till läkare. Alla har kännedom om att de kan vända sig till försäkringsmedicinska teamet vid oklarheter för frågor och svar som rör försäkringsmedicin och arbetsförmågebedömningar. Som ett led att öka tillgängligheten till Försäkringsmedicinska teamet inrättades en mejlgrupp i Take Care benämnd Försäkringsmedicin.

Det regelbundna sjukskrivningsteamets tillsammans med läkarna har varit en avgörande faktor för oss att nå vårt resultat, genom att vi tillsammans har lyft och diskuterat komplicerade ärenden, fått tips, förslag och stöd av kollegor. Detta har hjälpt till att höja kompetensen och förbättra handläggningen av arbetsförmågebedömningar. Det har även styrkt läkarna i sina beslut som rör sjukskrivning att dessa ska grunda sig på medicinska orsaker och inte på patientens "önskemål".

Vår slutsats är att de insatser som gjorts har haft positiv effekt på personalens upplevelse av arbetsmiljön, både bland läkarna och mottagningens sjuksköterskor.

Kontinuitet

Arbetet med bibehållen kontinuitet i läkarkontakten har gynnat patienten. Läkarens kännedom i patientärendet har bidragit till fler korrekta bedömningar och planeringar. Rehabilitering samt utvärdering av den pågående sjukskrivningen har flutit på bättre då patienten träffar samma läkare under pågående sjukskrivning. Sjukskrivningarna har blivit mer aktiva. Även här har sjukskrivningsrutinen och de regelbundna sjukskrivningsteamets varit till stöd och hjälp. När det uppmärksammas brist i kontinuiteten har ärendet "bollats" åter till ansvarig läkare med hänvisning till rutinen.

Heltid framför deltid

Under arbetets gång har vi sett resultat av att läkarna nu börjat anamma deltidssjukskrivning framför heltidssjukskrivning. Om heltidssjukskrivning är aktuell väljs nu allt oftare en kortare period med utvärdering och att rehabiliteringsplaner finns dokumenterat men dessa behöver fortfarande förbättras och utvecklas. Dessutom avslutas nu allt oftare en sjukskrivning mitt i veckan och inte på en söndag detta för att underlätta patients återgång till arbete.

Långa sjukskrivningar

Vi har lärt oss den hårda vägen att en sjukskrivning som pågått under lång tid, i de flesta fall har varit lättare att inleda än att avsluta. Fördjupningsarbetet med de långa sjukskrivningarna >180 dagar med förslag på vidare handläggning har resulterat i aktiva planer i flera av våra långa komplexa ärenden. Dessutom har vissa av dessa ärenden avslutats genom ansökan om permanent sjukersättning. Vi ser dock att mycket arbete kvarstår innan alla patienter har en aktiv rehabiliteringsplan.

Sjukskrivning mot stadsdelsförvaltningen (SDF) och ekonomiskt bistånd.

Det generella samarbetet med socialtjänsten har fortgått med regelbundna träffar för samverkan i arbetet med sjukskrivningar gentemot SDF. Arbetet med sjukskrivning mot SDF är tidskrävande. Arbetet har gått sakta framåt genom att vi bokar in teammöten där patient, läkare, socialsekreterare och rehabkoordinator träffas och tagit fram en rehabiliteringsplan. I vissa fall har ärenden avslutats helt. Det råder fortfarande oklarheter kring vad eller vilka aktiviteter läkaren ska bedöma patientens arbetsförmåga mot. Allt för ofta vet inte patienten heller vad som hen förväntas klara av vilket leder till svårigheter för läkaren att göra en optimal arbetsförmågebedömning. Ny uppdaterad punkt i sjukskrivningsrutinen är att inga nya sjukskrivningar mot SDF utföres utan kontakt med ansvarig socialsekreterare i ärendet. På så sätt kan vi komma i gång med tidigt samarbete och motarbeta sjukskrivningar utan delaktig patient och aktiv plan.

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?

Patienten och dennes behov har varit i fokus under hela kvalitetsarbetet för förbättrad sjukskrivningsprocess. Många av patienterna har varit sjukskrivna under lång tid, utan rehabiliteringsplan och utan pågående insatser vilket inte gynnat patienten eller bidragit till bättre hälsa. Detta har tyvärr medfört att patienterna har fastnat i långa omotiverade sjukskrivningar.

En del av rehabkoordinators arbete har varit att informera och samtala med patienterna om sjukskrivningens för- och nackdelar. Det har inneburit att göra patienten aktivt delaktig och ta ansvar för sitt tillfrisknande som skall leda till återgång i arbete eller annan aktivitet.

Arbetet med patientens delaktighet har bitvis varit ganska tungt då de inte alltid uppskattat vårt ändrade arbets sätt med att utarbeta aktiva rehabiliteringsplaner. Ett antal patienter har velat fortsätta som vanligt dvs sjukskrivning utan krav på prestationer och aktiv rehabilitering. Belysas bör att vi har fått positiv återkoppling från patienter som varit sjukskrivna länge där det framförts uppskattning av att det, efter lång sjukskrivning, påbörjats insatser som gjort att de har kommit framåt i sin rehabilitering.

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.

Arbetet med regelbundna sjukskrivningsteam tillsammans med läkarna kommer nu vara en fortgående arbetsprocess som implementerats. Det finns fortsatt behov av specialistkompetens och stöd internt för att stärka upp bedömning och handläggning i sjukskrivningsärenden.

Alla läkare med långa sjukskrivningsärenden >180 dagar som granskades under hösten, är under 2025 inbokade på sjukskrivningsteam. Målet med de nya teamen är att alla patienter ska få en aktiv rehabiliteringsplan för att komma vidare i sitt ärende. Förutom detta kommer alla läkare kontinuerligt bokas upp tillsammans med sjukskrivningsteamet för genomgång av alla övriga pågående sjukskrivningar.

Sjukskrivningsrutinen och arbetsprocessen under året där sjukskrivning har varit i fokus har stärkt läkaren med nya kunskaper i deras bedömning av arbetsförmåga samt stärkt läkarna i att våga ta beslut om när sjukskrivning inte är aktuellt i vissa ärenden.

Intentionen om att få med psykosociala teamet i sjukskrivningsteamet har tyvärr inte varit genomförbar. Dock tror vi att multiprofessionella team är till gagn för patienten så arbetet med att inkludera fler yrkeskategorier i teamet fortgår.

Tyvärr lyckades vi inte hitta kompetenshöjande föreläsare i försäkringsmedicin till en rimlig kostnad. Däremot hade rehabkoordinatör återkommande kontakt med rehabkoordinator i Linköping där man drivit ett framgångsrikt projekt i ämnet sjukskrivningar. Detta utbyte var mycket värdefullt då deras erfarenheter har hjälpt oss att utveckla vårt arbete i försäkringsmedicinska frågor.

Vi ska fortsätta arbeta aktivt tillsammans med socialtjänsten och socialsekreterarna för att, om möjligt, undvika sjukskriva patienter gentemot stadsdelsförvaltningen. Flera gemensamma möten är inplanerade för att, patient, Hälso- och sjukvård samt socialtjänst tillsammans ska komma fram till en aktiv plan ut ur sjukskrivning. Målet kvarstår, samarbete utan sjukskrivningar.

Rehabkoordinatör kommer jobba vidare med att följa sjukskrivningsstatistiken och hålla läkarna uppdaterade. Vidare ska sjukskrivna patienter i ett tidigt skede komma i kontakt med rehabkoordinator för stöd till en aktiv rehabilitering och återgång i arbete eller annan aktivitet.

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 forbattringsarbeten.apc.sloso@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.