

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: Din vårdcentral Bagarmossen: Säker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess för sjukskrivna med diagnoskod Foo-99, Moo-99 och Roo-99

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Din vårdcentral Bagarmossen	
Verksamhetschef Niran El Kouni	Verksamhetschefens e-post niranelkouni@dvcb.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 2023 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den 28 februari 2023, 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 2023 del1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2024 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: Kerstin Bronner
Profession: Rehabkoordinator, leg. hälso-och sjukvårdskurator
E-post: kerstin.bronner@dvcb.se
Att involvera flera Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. • 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).

A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.
A: Niran El Kouni Läkare, verksamhetschef, representant i det försäkringsmedicinska teamet Jessica Bylund läkare, representant i det försäkringsmedicinska teamet
B: Patienter tilldelas en enkät med frågor kring sina upplevelser av sjukskrivningsprocessen och får lämna denna anonymt i en förslagsslåda.
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 Tidigare arbeten hittar ni här: http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202021.html Stödmaterial finns här: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/ Och här: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/ Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/ Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför? <i>Din vårdcentral Bagarmossen har ca 12 600 listade patienter. En stor andel av patienterna söker vårdcentralen för sjukskrivning. Oftast relaterat till stress och/eller annan psykisk ohälsa eller smärta i rörelseapparaten.</i> <i>Sjukskrivningar är en stor, svår och viktig post inom primärvården i stort och särskilt på vår vårdcentral. I medrave, M4 ses att 9% av våra patienter är sjukskrivna. Att jämföra med Stockholm i stort, 6,6% och riket, 5%.</i> <i>Från Rehabstöd har vi följande data: (7/2 2023)</i>

155 patienter är sjukskrivna. 101, 65%, av dessa är sjukskrivna under någon av diagnosgrupperna

Foo-99, Moo-99 samt Roo-99.

66 patienter med psykisk ohälsa Foo-99

27 patienter med sjukdomar i muskuloskeletala systemet Moo-99

8 patienter med symptom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes Roo-99.

Rapporter i Rehabstöd visar att en stor andel av patienter med dessa diagnoser inte har kontakt med rehabkoordinator.

Sjukskrivningslängden i ovanstående patientgrupp varierar mellan 8 och 631 dagar.

Av dessa är 56 personer, 55%, sjukskrivna på heltid.

43 stycken, 43%, av dessa patienter har haft mer än en läkare som sjukskrivit under sjukskrivningsperioden, 14 stycken, 13%, har haft tre eller fler läkare.

Sjukskrivning är en integrerad del av vård och behandling vid sjukdom, där avsaknad av rehabiliteringsplanering och ett tvärprofessionellt samarbete runt patienten vid sjukskrivning utgör en risk för negativa effekter av sjukskrivningen, t ex risk att försvåra återgång i arbete, och på så sätt medföra att sjukskrivningen inte bidrar till den förbättring av patientens mående som en sjukskrivning syftar till.

I genomgång i M4 har 0% av sjukskrivna patienter en dokumenterad rehabiliteringsplan men det kan till stor del bero på bristande struktur i dokumentationen. När patienterna sjukskrivs och läkarna inte använder de tvärprofessionella kompetenserna så brister rehabiliteringskedjan. Läkarna har olika kunskap, vilket riskerar ojämlik vård där många patienter inte får tillräcklig information eller en fastställd och känd rehabiliteringsplan som en del av sjukskrivningen. Vi har identifierat att en stor del av missnöje i telefonrådgivningen handlar om sjukskrivningsprocessen. Dialog med arbetsgivare sker sällan och förberedelse inför återgång i arbete saknas i många fall. Detta väcker oro och innebär i sig en stress hos patienterna, vilket kan orsaka försämring av tillståndet, förlängning av sjukskrivning på heltid och försvåra återgång i arbete.

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.

Tema: Säkrare sjukskrivning -och rehabiliteringsprocess för personer med diagnoskod Foo-99, Moo-99 och Roo-99. Personer med diagnos Foo-99, Moo-99 och Roo-99 löper statistiskt större risk för längre sjukskrivningar och där vi genom förbättringsarbetet vill bidra till en säkrare sjukskrivning -och rehabiliteringsprocess samt implementera rehabiliteringsplanering tillsammans med patienten.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Vi vill förbättra hela sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen för patienter med diagnoskod Foo-99, Moo-99 och Roo-99.

Ett mer strukturerat omhändertagande av patienter i behov av sjukskrivning som beräknas överstiga en månad. Dessa patienter ska få tillgång till rätt information om rättigheter och skyldigheter samt en dokumenterad rehabiliteringsplan där patienten är delaktig. Dessa patienter ska även säkras tillgång till det tvärprofessionella teamets kompetens där behov av andra insatser kan kartläggas.

Vi vill minska risken för skadlig sjukskrivning och negativa effekter på rehabiliteringsprocessen genom att:

- **Införa ett försäkringsmedicinskt team, FMT, på vårdcentralen bestående av rehabkoordinator, verksamhetschef samt försäkringsmedicinskt ansvarig läkare för strukturerad kvalitetssäkring med uppföljning, revidering och förbättring av sjukskrivningsrutiner samt stöd i kompetensutveckling av medarbetare.**
- **Säker och jämlik bedömning av arbetsförmåga vid långvarig smärta och psykisk ohälsa, vilka innebär särskilda svårigheter och kan behöva mer stöd eller anpassning för att återgå i arbete.**
- **Tvärprofessionella ronder för fler patienter i kartläggning och planering av rehabiliteringsinsatser.**
- **Förbättra sjukskrivningsprocessen genom att öka kontinuiteten i läkarbesöken**
- **Använda sjukskrivning på deltid som ett sätt att minska sjukskrivningens skadliga effekter.**

Specifika delmål:

- **Öka kontinuitet, samma läkare som påbörjat sjukskrivning ska boka uppföljning och återbesök till sig själv. Dessa bedömningar av ev förlängning och plan för rehabilitering ska inte bokas på akuttid. Patienten ska i så stor utsträckning som möjligt få träffa samma läkare som är insatt i ärendet.**
- **Öka andelen patienter med sjukskrivning på deltid istället för heltid**
- **Öka andelen patienter som får kontakt med rehabkoordinator på vårdcentralen**

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: Läkarnas kalendrar är fullbokade. Det är svårt och tar tid för läkaren att hitta en ledig tid i sin kalender. Det saknas tid för administration av sjukskrivningar och för att skriva en bra rehabplan tillsammans med patienten.	1.1: Införa ett försäkringsmedicinskt team för att kvalitetssäkra rehab- och sjukskrivningsprocessen och ge stöd i kompetensutveckling av medarbetare 1.2: Arbeta mer effektivt med sjukskrivningar för att kunna se långsiktiga vinster i kvalitet och minskad tidsåtgång för sjukskrivningar. 1.3: Ökat samarbete mellan läkare och rehabkoordinator genom att rehabkoordinator träffar patienten för kartläggning av arbetsrelaterad ohälsa vid sjukskrivningens start.
2: Det har varit 3-4 anställda rehabkoordinatorer på vårdcentralen vilket gör att det har varit svårt att sätta rutiner och få igång samarbeten mellan yrkesgrupper på vårdcentralen	2.1: Bli tydlig med rehabkoordinatorns roll 2.2: Förenkla remittering till rehabkoordinator 2.3: Öka antal tillfällen/områden för tvärprofessionellt samarbete
3: Det har saknats etablerade rutiner kring sjukskrivningsprocessen och för hur återbesökstider hos läkare skall bokas. Ibland förväntas patienter återgå i arbete efter sjukskrivningens slut och tid för uppföljning av sjukskrivningen saknas. Enligt tidigare rutin skall patienter själv ta ansvar för att boka återbesök.	3.1: Ändra skriftliga rutiner för sjukskrivning. 3.2: Kommunicera och diskutera föreslagna förändringar i sjukskrivningsprocessen med läkare på vårdcentralen. 3.3: Tvärprofessionella konferenser för fler patienter i kartläggning och planering av sjukskrivning och rehabinsatser

Mått och mätetal (indikatorer)

- 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?

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.

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/>

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.)

APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer:

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

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.**

	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 mål-värdet
Indikator 1	<i>Andel av patienterna i den här gruppen som endast har haft en läkare involverad i sjukskrivningsprocessen</i>	58%	2302	80 %	Take Care, Intygssstatistik	Dec 2023
Indikator 2	<i>Färre andel heltidssjukskrivna (100%) i förhållande till deltidssjukskrivna av diagnoser Foo-99, Roo-99 och Moo-99</i>	55 %	2302	Max 20 %	Webcert Intygsstatistik	Dec 2023
Indikator 3	<i>Andel sjukskrivna patienter som haft kontakt med rehabkoordinator</i>	21 %	2302	80 %	M4	Dec 2023
Indikator 4						
Indikator 5						

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 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 kan fyllas på under arbetets gång.

Vi har börjat med att ha träffar i det försäkringsmedicinska teamet som vi hoppas kan utökas med en sjuksköterska. Vi kommer utbilda oss via workshops som vi erbjuds digitalt samt delta på en utbildningsdag den 27/4 på APC för att få mer stöd och vägledning. Vi kommer att, och har nu fler konferenser tvärprofessionellt kring enskilda patienter. Vi behöver ha övergripande samtal kring sjukskrivningsrutiner t.ex. på läkarmöten. Rehabkoordinator profilerar sin roll vilket bl.a. innebär att nya rutiner för remittering införs vilket gör det lättare

att hänvisa och för patienten att snabbt få en kontakt. Vi ser detta förbättringsarbete som långsiktigt och tar ett steg i taget för att arbetet skall kännas meningsfullt och inte bli en börda för kollegor och oss själva.

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

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1
t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2023 till:
forbattringsarbeten.apc.slso@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 bilfogas

1.1: Införa ett försäkringsmedicinskt team för att kvalitetssäkra rehab- och sjukskrivningsprocessen och ge stöd i kompetensutveckling av medarbetare
Vi har infört ett försäkringsmedicinskt team som har haft regelbundna möten, en gång per månad, där vi arbetat för att öka kvaliteten på våra sjukskrivningar. Teamet har bestått av verksamhetschef, rehabkoordinator och LUF.

1.2: Arbeta mer effektivt med sjukskrivningar för att kunna se långsiktiga vinster i kvalitet och minskad tidsåtgång för sjukskrivningar.
Vi har diskuterat saken i läkargruppen och LUF har genomfört en kortare utbildningsinsats med läkargruppen.
Vi har ändrat rutinen för återbesök i samband med sjukskrivning. Sjukskrivande läkare ska nu boka in ett besök för uppföljning innan sjukskrivningen går ut. Detta har fungerat väl.
Vi har försökt arbeta med blankett för rehabplan som skulle delas ut vid läkarbesök och fyllas i av patienten. Tanken var att patientens och arbetsgivarens ansvar skulle bli tydligare. Läkarna har dock tyckt att det var krångligt och det har inte fungerat så bra.

1.3: Ökat samarbete mellan läkare och rehabkoordinator genom att rehabkoordinator träffar patienten för kartläggning av arbetsrelaterad ohälsa vid sjukskrivningens start.
Samarbetet har ökat. Rehabkoordinator har haft individuella möten med alla fastanställda läkare, inklusive ST-läkare, för genomgång av samtliga sjukskrivningsfall. Denna insats har resulterat i

samtal och diskussioner mellan läkare och rehabkoordinator. Den kräver även en viss förberedelsetid framförallt för läkare som har många sjukskrivna. Den har för vissa läkare inneburit en förbättrad läkarkontinuitet, genererat besök hos rehabkoordinator för översyn och kartläggningssamtal, diskussion om förutsättningar för återgång i arbete samt samtal kring vikten av kommunikation med patienten om sjukskrivnings- och rehabplanen.

Veckovisa telefontider ordnades hos rehabkoordinator där sjuksköterskorna skulle boka alla patienter med arbetsrelaterad stress som kontaktat vårdcentralen för sjukskrivning. Syftet var att göra en kartläggning av patientens arbetssituation inför mötet med läkaren. Dessa tider användes endast vid två tillfällen under året. Det visade sig att sköterskorna glömt bort att möjligheten fanns, att det var svårt att motivera patienterna, att det kändes krångligt och att det var svårt att veta vilka patienter som var lämpliga.

2.1: Bli tydlig med rehabkoordinatorns roll

Rehabkoordinator har på läkarmöten, möten inom psykosociala teamet och APT givit tydlig information kring vilken roll hon har.

2.2: Förenkla remittering till rehabkoordinator

Vi har tydliggjort rutinen för internremittering till rehabkoordinator så att kontaktvägen nu är internremiss i Take care.

2.3: Öka antal tillfällen/områden för tvärprofessionellt samarbete

Rehabkoordinator deltar i psykosociala teamets möten en gång per månad. Rehabkoordinator har också deltagit i läkarmöte.

3.1: Ändra skriftliga rutiner för sjukskrivning.

Rutinen för sjukskrivning har ändrats och implementerats. Läkarna bokar nu uppföljande besök för sina sjukskrivna patienter.

3.2: Kommunicera och diskutera föreslagna förändringar i sjukskrivningsprocessen med läkare på vårdcentralen.

Vi har börjat utbilda läkargruppen och samtalat kring sjukskrivning för att öka kvaliteten och göra uppgiften lättare.

3.3: Tvärprofessionella konferenser för fler patienter i kartläggning och planering av sjukskrivning och rehabinsatser

Tider för tvärprofessionella konferenser finns avsatta i rehabkoordinators, läkares och behandlare i det psykosociala teamets kalendrar. I februari 2023 utökades denna tid till 45 minuter istället för 30 minuter. Konferenstiderna har dock inte använts fullt ut. Ungefär hälften har varit obokade. Konferenstiderna har vid två tillfällen fallit ur vissa av läkarnas tidböcker, vilket nu har åtgärdats. Tidsbristen gör att konferenstiden konkurrerar med tiden för patientbesök. Hos behandlare i det psykosociala teamet har de endast använt konferenstider vid tre tillfällen. För dem ligger reko-tiden på bokningsbar tid.

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	Start-läge (% eller antal)	Datum /period för start-läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultat-värdet
Indikator 1	<i>Andel av patienterna i den här gruppen som endast har haft en läkare involverad i sjukskrivningsprocessen</i>	58%	7/2 6/4 1/6 15/8 25/10 27/12	80%	58 % 64 % 58 % 61 % 60 %	Rehab stöd	<i>Dec 2023,</i>
Indikator 2	Färre andel heltidssjukskrivna (100%) i förhållande till deltidssjukskrivna av diagnoser F00-99, R00-99 och M00-99	55%	7/2 6/4 1/6 15/8 25/10 27/12	20%	61 % 55 % 59 % 58 % 54 %		<i>Dec 2023</i>
Indikator 3	Andel sjukskrivna patienter som haft kontakt med rehabkoordinator	21%	7/2 6/4 1/6 15/8 25/10 27/12	80%	23 % 29 % 38 % 48 % 43 %	MedRave	<i>Dec 2023</i>

Övriga kommentarer:

Slutreflektion
Vad har ni lärt er?
Förbättringsarbetet har givit en fördjupad kunskap om problemen men mer arbete måste ske för att man skall kunna se siffermässiga resultat. Vi kan se en viss attitydförändring i läkargruppen. Det återstår dock en hel del arbete. Förslag är att sjuksköterskegrupper får utbildning i försäkringsmedicin. Läkare skulle behöva ytterligare tid för internhandledning och stöd i svåra ärenden. Finns arbetsmiljömässiga vinster då patienter och ibland personal utövar en viss press och hot om att byta vårdcentral då sjukskrivning inte utförs som patienten alltid vill. I patientenkäten framkom bland annat att det fanns en tendens att patienter som varit sjukskrivna länge var nöjdare än de med kortare sjukskrivning. (Se bilaga 1.) Detta har fått oss att fundera kring om nöjdhet hos patienten är ett bra mått på en lyckad sjukskrivningsprocess, eller om att sträva efter nöjdhet bara leder till längre sjukskrivningar.
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?
Vi har använt en patientenkät som delats ut av läkare, rehabkoordinator och psykosociala teamet. 27 svar kom in. Många patienter har skattat stor nöjdhet, medan andra varit missnöjda med sjukskrivningsprocessen. De som varit nöjda har skrivit att de uppskattat läkare som varit kloka och inkännande. När de fått en fast läkarkontakt har de blivit nöjda. De som varit missnöjda har klagat på dåligt bemötande, dålig kommunikation, avsaknad av delaktighet i rehabplan och att de fått träffa flera olika läkare. Se bilaga
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 teamets regelbundna möten kommer att fortgå. Mötestiden utökas till 45 minuter per månad. Vi planerar att fortsätta verka för en ökad kontinuitet i sjukskrivningsärenden. Förhoppningen är att få med en sjuksköterska och kanske en ST-läkare i det försäkringsmedicinska teamet. Läkargruppen har planerat för fallgenomgång där sjukskrivningsärenden ska diskuteras och vi planerar för vidare utbildningsinsatser. Vi planerar också för utbildning av sjuksköterskorna för att underlätta deras bedömningar i telefon. Vi planerar för att det även fortsättningsvis ska finnas särskilda bokningsbara tider i Rekos kalender där sköterskorna kan boka in patienter med behov av kartläggning av förhållandena på arbetsplatsen. Vi ska verka för att mötestiderna med rehabkoordinator och läkare används i högre utsträckning. Vi har gjort ett försök att använda en mall för rehabplan på papper som var tänkt att delas ut i samband med längre sjukskrivningar. Detta har dock inte fungerat särskilt bra. Få har delats ut till patienter och ännu färre har sedan kommit tillbaka in. Vi planerar att fortsätta arbetet med att få

en tydlig rehabplan nedtecknad i journalen och att genom den öka patientens delaktighet i sin sjukskrivning.

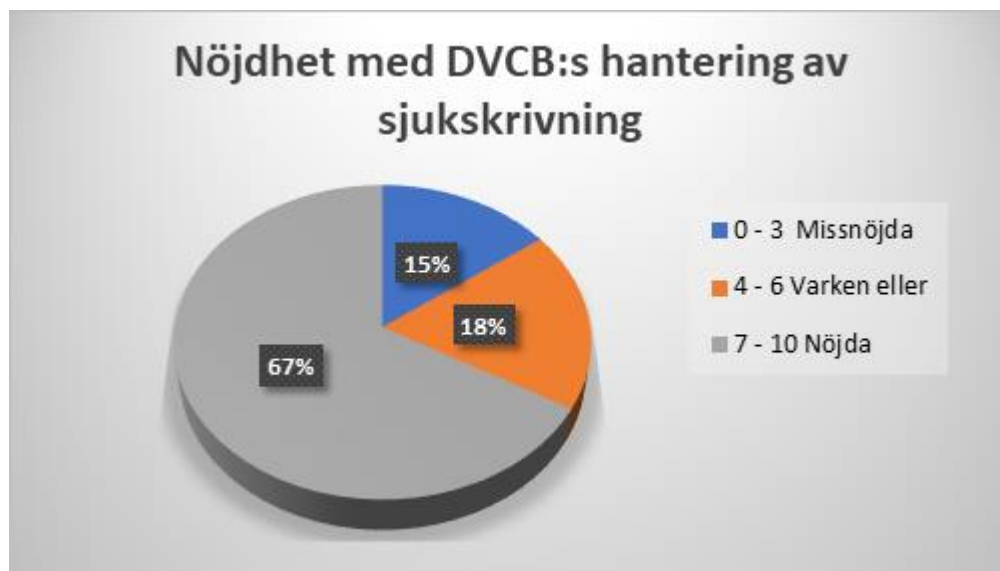
Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

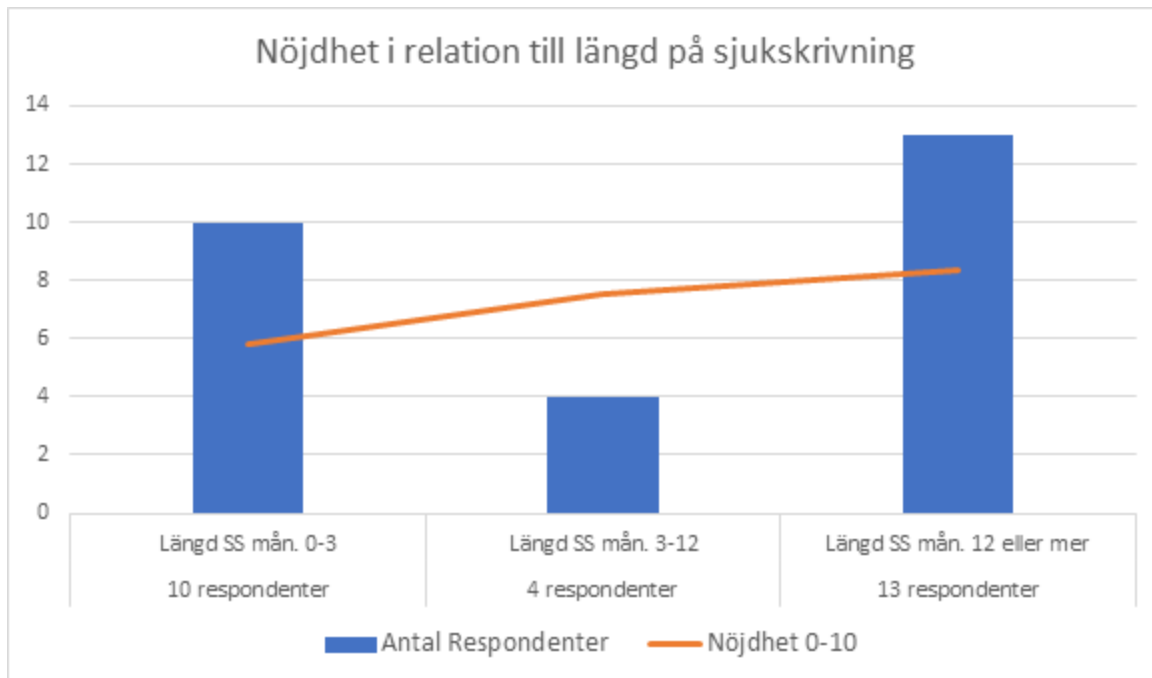
Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.

Bilaga 1

Resultat patientenkät



Figur 1. Skattad nöjdhet (0 – 10, där 10 motsvarar mycket nöjd) av 27 respondenter.



Figur 2. Figuren visar respondenternas längd på sjukskrivning i relation till upplevd nöjdhet (0 – 10, där 10 motsvarar mycket nöjd).

Bilaga 2

Vårdcentralens rutin för sjukskrivningar

Din Vårdcentral Bagarmossen AB

RUTIN FÖR SJUKSKRIVNING

Målet är att tillsammans med patienten låta sjukskrivning vara en del av behandlingen med syfte att kunna återgå i arbete

1. Läkaren ska ta ställning till

- är det sjukdom?
- är arbetsförmågan nedsatt?
- hur och i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt?

2. Sjukskrivning skall ske vid personligt möte

Sjukskrivning per telefon i undantagsfall, tex.

- behöver några dagars förlängning efter kort sjukskrivning.
- långtidssjukskriven, väl känd patient, som behöver förlängd sjukskrivning av sin ordinarie läkare. Det bör dock inte ske vid upprepade tillfällen.

3. Väg risk mot nytta med sjukskrivning.

Utnyttja möjligheten till deltidssjukskrivning. Att vara sjukskriven på heltid har flera psykologiska och

ekonomiska nackdelar och riskerar att skada patienten. Vid varje sjukskrivningsbeslut görs en bedömning av om graden av sjukskrivning kan minska, förbered patienten på detta så att hen bland annat kan informera sin arbetsgivare. Alternativt gör en plan för upptrappning av arbetsgraden så att den ökas redan innan nästa återbesök.

4. När bokningen görs bör sköterskan vara tydlig med att det är läkaren som bedömer om sjukskrivning ska var en del av behandlingen. Bokningen bör göras för smärta/ångest/trötthet etc, inte för sjukskrivning. Telefontid med REKO kan gärna bokas parallellt.

5. Engagera patienten i sjukskrivningsprocessen. Stöd patienten i att göra en aktiv plan för hur sjukskrivningstiden skall utnyttjas och vilka förberedelser patienten skall vidta. Skriv en rehabplan. Be patienten fylla i dokumentet rehabplan både patientdelen och arbetsgivardelen och ta med till återbesöket.

6. Föreligger risk för långvarig sjukskrivning?

Då bör du koppla in REKO, rehabiliteringskoordinator, tidigt i förloppet. Skriv en internremiss till REKO och boka vid behov in patienten på REKO-tiden för diskussion.

7. När läkaren sjukskriver och bedömer att det är sannolikt med förlängning av sjukskrivningen ska läkaren själv boka in ett återbesök för ställningstagande till detta. Patienten ska inte själv behöva kontakta vårdcentralen och ev få en akuttid hos en annan läkare.

Kontinuitet är mycket viktigt.