
* Bilden är framtagen på vårt dialogseminarium den 21 jan 2016 och visar deltagarnas samlade uppfattning om framgångsfaktorer för återgång i arbete

Etablering av projektet

2006 etablerades "Sjukskrivningsmiljarden" – ett nationellt projekt för att effektivisera sjukskrivningsprocessen Två år senare tillkom "Rehabiliteringsgarantin". Region Skåne startade "Sjukskrivningsprojektet" med uppdrag att med "Rätt, Lagom och Säker inklusive jämställd" sjukskrivningsprocess i samverkan leda effektiviseringsarbetet inom privat och offentlig hälso- och sjukvårdsverksamhet. Årliga handlingsplaner utarbetades. För sjukskrivningsintensiva verksamheter genomfördes under flera år ett strukturerat förbättringsarbete på klinik/-verksamhetsnivå i samverkan med Försäkringskassan och med stöd av Finsam93. Ambitionen är att öka patientsäkerheten med tidiga rehabiliteringsinsatser, som kan möjliggöra tidig återgång till arbete, studier och ett aktivt liv. Från och med 2014 avvecklades projektet och fortsatt förbättringsarbete integrerades i hälso- och sjukvårdens uppdragsstyrning.

2014 tog divisionsledningen för psykiatri i samverkan med regionens avdelning för hälso- och sjukvårdsstyrning initiativ till genomförande av ett förbättringsarbete inom Lundapsykiatri i samverkan med Försäkringskassan Skåne Väst. En samverkansöverenskommelse med 15 aktiviteter/uppdrag för översyn av sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen undertecknades 1 september. Projektstart genomfördes 15 september med styrgrupp(=beställarrepresentanter) och projektledningsgrupp. (Se bilaga 1) Två uppstartsseminarier genomfördes. Projektledare och övriga projektresurser förordnades. Försäkringskassan utsåg försäkringsmedicinsk sakkunnig, som finansierades på deltid. En extern resurs utsågs av avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning med uppdrag att medverka till att tecknad överenskommelse förverkligas i syfte att vara stöd för stöd åt projektledning och projektarbetsgrupp.

Patientorganisationerna utsåg en representant som ingått i projektledningsgruppen. December 2014 tillträdde ny verksamhetschef och kort tid därefter förstärktes projektledningsgruppen med tre medarbetare. Projektarbetsgrupp och referensgrupp tillkom under våren 2015. Ny projektledare tillträdde i september. Projektledningen kompletterades samtidigt med överläkare med allmänpsykiatrisk kompetens. Styrgruppen förlängde projekttiden till och med 15 februari 2016. Den 21 januari genomfördes dialogseminarium. Därefter har projektet dokumenterats som underlag för verksamhetsledningens implementering av nytt arbetssätt och fortsatt förbättringsarbete med stöd av verksamhetens försäkringsmedicinska kompetenser och rekommendationer från Försäkringsmedicinska Rådet.

Framgångsfaktorer

Inför kommande förbättringsprojekt är det viktigt, att dialog om mål och uppföljningsindikatorer säkras, att det finns förutsättningar att ur befintliga system följa upp verksamheten med föreslagna indikatorer. Projektarbetsgrupp och referensgrupp bör självklart etableras. Tidigt. Projektorganisation med beställare och utförare kan vara framgångsrik med en tydlig beställarfunktion. Projektledaren förutsätts ha ett tydligt mandat från verksamhetsledningen. Genomtänkt kommunikationsstrategi är en förutsättning för att projektet ska förankras i organisationen. Ett väl genomfört projektarbete kan skapa grund för att stärka medarbetarnas engagemang för en företagskultur präglad av ständiga förbättringar.

Bakgrund

Sedan tre år ökar sjukfrånvaron nationellt. I oktober 2014 var sjukpenningtalet 9,16 dagar, en ökning med 0,91 dagar sedan oktober 2013. I oktober 2015 hade sjukpenningtalet ökat till 10,3 dagar, och samtidigt kan vi konstatera att för tio år sedan var frånvaron dubbelt så hög som idag och att dagens nivåer är historiskt låga.

Sjukpenningtalet (redovisat totalsumma för kvinnor och män och sjukpenningtalet för kvinnor inom parentes) för november 2015 ser ut enligt nedan för landets tre landsting samt riket samt för några kommuner som ingår i upptagningsområdet för psykiatri Lund, Eslöv och Arlöv;

Skåne 8,8

Stockholm 78,9 (10,2)

Västra Götaland 11,09)

Riket 9,9

Malmö 8,4 (10,6)

Göteborg 9,8(12,4)

Burlöv 9,7 (12,2)

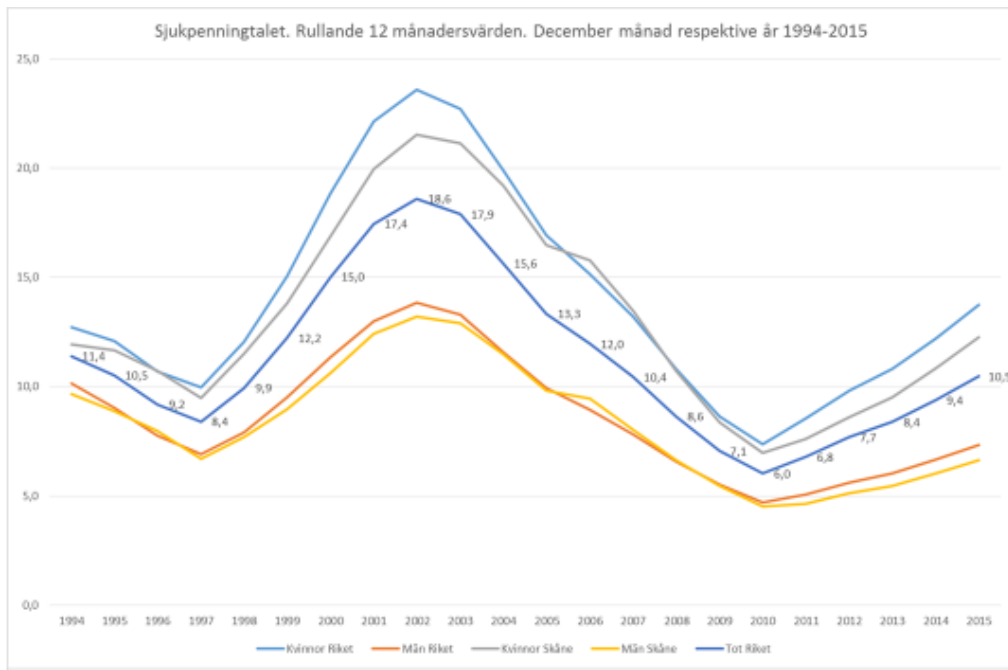
Kävlinge 9,5 (13,1)

Eslöv 10,3 (13,7)

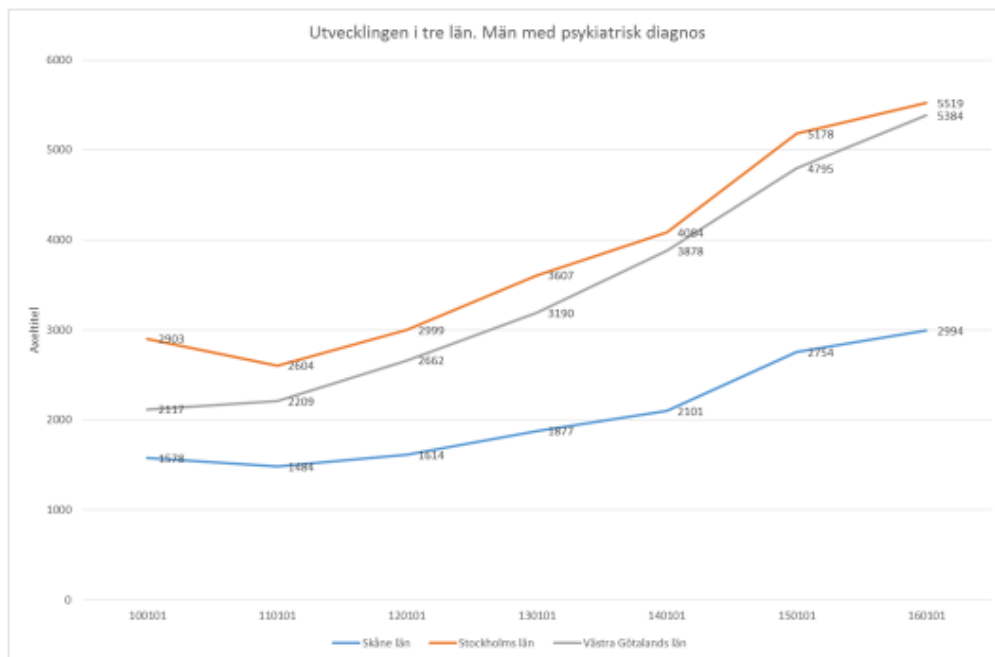
Hörby 10,5 (14,6)

Höör 11,3 (15,6)

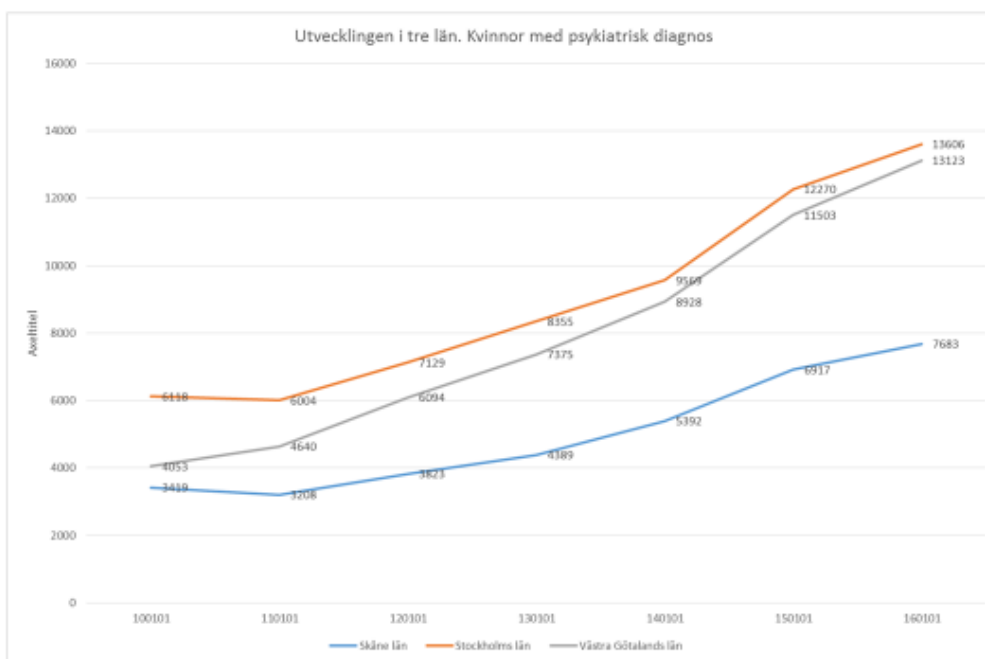
Lund 6,7 (9,5)



Källa: Försäkringskassan februari 2016



Källa: Försäkringskassan februari 2016



Källa: Försäkringskassan februari 2016

Enligt Försäkringskassans bedömning är det följande faktorer som **ökar** sjukpenningtalet:

- 1: Högt ohälsotal
- 2: Hög ålder
- 3: Hög arbetslöshet
- 4: Hög andel kontaktyrken (vård, skola, omsorg)

Förklaringen till att sjukfrånvaron är högre inom kontaktyrken är enligt Arbetsmiljöverkets Rapport 2014:3 att resurserna på arbetsplatserna är mindre, arbetssituationen är mera pressad, möjligheter att påverka den egna arbetssituationen mindre samt att cheferna har fler medarbetare.

Även att ha ett barn med extra omsorgsbehov där vårdbidrag utgår ökar sannolikheten att vara sjukskriven för både kvinnor och män.

Kartläggning

Vid kartläggning av sjukskrivningarna har projektgruppen granskat hur lång sjukskrivningsperioden är sammanlagt för en person, hur många läkare som varit inblandade i sjukskrivningsprocessen, övriga yrkeskategorier som varit delaktiga, om patienten är sjukskriven heltid eller partiellt och om vårdplan finns. Projektgruppen har granskat vilka frågor som tagits upp med patienten som vi vet kan påverka

sjukskrivningens längd. Det gäller olika former av missbruk/riskbruk och våld. Om arbetsgivare finns, om kontakt finns med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller om försörjningsstöd finns samt frågor om patientens livssituation ser ut. Utifrån dessa faktorer har det gjorts en genomlysning av sjukskrivningarna för öka hälsan och att den enskilde ska kunna återgå i arbete eller kunna stå till arbetsmarknadens förfogande.

Vid genomgång av läkarintygen från verksamhetsområde Vuxenpsykiatri Lund var bedömningen att 86 % av läkarintygen var tillräckliga och korrekt ifyllda. Läkarintygen innehöll tillräcklig information vad gäller diagnos, vilka funktionsnedsättningar som fanns och hur dessa funktionsnedsättningar påverkade aktivitetsförmågan. De diagnosgrupper där läkarintygen var godkända till största delen var F33.1 (recidiverande depression medelsvår episod), F 33.9 (recidiverande depression ospecificerat), F50 (ätstörning), F60 (personlighetsstörning) samt F90 (ADD, ADHD). Vad gäller diagnos F41.9 (ångesttillstånd ospecificerat) och F43.2 (anpassningsstörning) hade läkarintygen i högre utsträckning bristande kvalitet.

Då psykiatrin i Landskrona/Svalöv kommer att gå över till Helsingborgs verksamhetsområde är inte Landskrona/Svalöv med i vår kartläggning.

Samverkan mellan psykiatrin och Försäkringskassan vad gäller avstämningsmöten

Vid genomgång av sjukskrivningarna vid projektstart uppmättes att i 17 % av ärendena hade ett avstämningsmöte hållits. I de fall då vi frågade läkare och handläggare på Försäkringskassan varför avstämningsmöte inte hade hållits fanns flera svar. Läkarna påstod att det inte gick att nå handläggarna på Försäkringskassan, att handläggarna inte såg behov av avstämningsmöte så som vården såg eller så hölls inte avstämningsmöte för att läkarna ansåg att man kunde lösa de frågeställningar telefon i stället.

Handläggarna svarade som skäl till att avstämningsmöte inte kunde ske att läkaren bara hade fasta tider för avstämningsmöte en dag varannan vecka, att läkaren inte hade tid överhuvudtaget eller att läkaren skulle sluta och annan läkare skulle ta vid och därmed ansågs det inte meningsfullt med ett avstämningsmöte.

Redovisning av data

I uppdaget till projektet ingick att granska samtliga sjukskrivningar från Vuxenpsykiatri Lund och utifrån kvalitet på läkarintyget, avstämningsmöten och ett antal andra faktorer (som redovisats ovan).

Då patientgruppen med psykossjukdomar legat stabilt över tid undantogs denna patientgrupp ur inventeringen. Diagnosgrupper under diagnoskod "F" undantagits som inte är vuxenpsykiatrins patienter som till exempel diagnoskoderna F70, F93 - F98.9. Under vissa diagnoser har psykiatrin patienter men diagnosen i sig ger inte en

funktionsnedsättning eller aktivitetsbegränsning som kan leda till sjukskrivning. Därmed finns det inte heller läkarintyg att granska för dessa F-diagnoser. Dessa diagnoser kan dock finnas som bidiagnoser tillsammans med de redan granskade diagnoserna.

Diagnostiskt har projektet tittat på läkarintyg där diagnosen var F30 (manisk episod) – F43.8 (andra specificerade reaktioner på svår stress än utmattningssyndrom), F 50 (äts störning), F60 (personlighetsstörning), samt F99 (ADHD, ADD).

Samtliga sjukskrivna under diagnos äts störning var kvinnor. 90 % av de sjukskrivna under diagnos personlighetsstörning var kvinnor. Samsjukligheten var hög för de med personlighetsstörning där den vanligaste bidiagnosen (i fallande ordning) var bipolär sjukdom, recidiverande depression/depression, ADHD, ångest samt PTSD.

Vid diagnosen personlighetsstörning framkom att sjukfallen i stor utsträckning slutade i sjukersättning. För de under 30 år hade aktivitetsersättning beviljats. Det fanns dock även de sjukskrivna som kunde återgå i arbete som ställde höga krav på koncentrationsförmåga, stresstålighet och förmåga att ta stort ansvar.

Totalt var det 232 patienter sjukskrivna mer än ett år med brytdatum 6 oktober 2014.

Av de 232 patienterna var 164 patienter kvinnor (70 %).

29 patienter av de 232 var under 30 år, varav 22 stycken var kvinnor (75 %).

Av de 232 patienterna tillhör:

Psykiatrisk Öppenvårdsmottagning Arlöv (22 %). Av dessa är 65 % kvinnor.

Psykiatrisk Öppenvårdsmottagning Eslöv (31 %). Av dessa är 80 % kvinnor.

Psykiatrisk Öppenvårdsmottagning 1 (20 %). Av dessa 70 % kvinnor.

Psykiatrisk Öppenvårdsmottagning 2 (27 %). Av dessa 57 % kvinnor.

1 patient (kvinna) DBT-teamet (dialektisk beteendeterapi).

3 patienter (kvinnor) tillhör äts störningsmottagningen.

173 stycken (74 %) av de 232 var sjukskrivna 100 %. Av dessa 173 heltidssjukskrivna var 124 kvinnor (71 %).

Den patient som träffat flest läkare har träffat 16 stycken. Medelantalet är 4,2 läkare. I 58 fall fanns det en dokumenterad vårdplan (27 %). I ytterligare 6 fall var det oklart om det fanns vårdplan eller inte (3 %). I 66 fall (31 %) så har man dokumenterat att frågan om missbruk har tagits upp. Vid ytterligare 2 fall är det oklart. I 17 fall (8 %) är det dokumenterat att frågan om man blivit utsatt för våld eller utsatt någon för våld tagits

upp. 93 patienter har en arbetsgivare (43 %). Hos 4 patienter är det oklart om arbetsgivare finns (2 %).

Analys ur ett psykiatriskt perspektiv

De allra längsta ärendena tenderar att ha haft många ansvariga läkare. De ärenden där endast läkare varit inkopplade och inte andra professioner såsom arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator, psykolog dessa ärenden tenderar att bli längre.

En stabil längre läkarkontakt/behandlingskontakt ger en stabilare rehabiliteringsprocess. Flytt och omorganisation och personalomsättning skapar avbrutna processer vilket påverkar sjukskrivningsprocessen. Man kan också fundera över om sjukskrivningslängden ibland påverkats av läkarsituationen och svårigheter att få en läkartid vilket kan ha lett till längre sjukskrivningsperioder utifrån omtanke om patientens ekonomiska situation.

I många av de ärenden vi granskat saknas en vårdplan/rehabiliteringsplan. Innehållet i de vårdplaner som finns har inte alltid en plan för rehabilitering trots en sjukskrivnings-situation. Rehabiliteringsplan används mycket sällan eller aldrig. Rehabiliterande insatser såsom rehabenhet, sjukgymnastik, arbetsterapi kommer in sent i sjukskrivningsprocessen, ibland så sent som efter två till tre år då sjukpenningen håller på att ta slut. I detta läge har förutsättningarna för att arbeta med den sjukskrivnes situation kraftigt försämrats. Ekonomisk problematik kommer in vid långvarig sjukskrivning, patientrollen har manifesterats, vanor och roller i vardagen understödjer inte längre återgång i arbete En rehabiliterande insats med inriktning mot arbete borde vara en självklar åtgärd tidigt i en sjukskrivningsprocess. Rutinerna kring sjukskrivningar i verksamheten är otydliga.

Formellt korrekt ifyllda läkarintygen tenderar att se i det närmsta identiska ut under en längre period (år). En hypotes är att dessa formellt sett korrekta läkarintyg, där rätten till sjukpenning är uppfylld, kan innebära en fördröjning av att avstämningmöten hålls och att arbetslivsinriktad rehabilitering därmed initieras sent i sjukskrivningsperioden. Sjukskrivningsperioden blir därmed längre i vissa fall.

Journalssystemet är svåröverblickbart. Vårdplaner kan finnas under flera olika vård-tillfällen exempelvis från slutenvården, rehabiliteringsenheten eller öppenvårdsmottagningen. En samordning av processen kring behandling och rehabilitering är nödvändig. Möjligheten att söka i journalen är begränsad vilket försvårar för att få en god överblick över patientens vård, behandling och sjukskrivningsprocess och viktig information riskerar att drunkna i den stora mängden information. Då specifika sökord inte finns/inte används går det inte att på ett effektivt sätt få en överblick av till exempel om frågor kring våldsutsatthet/erfarenhet av våld har tagits upp. Denna information är av stor vikt för att få en god klinisk bild av patienten. Man kan ställa sig frågan om journalföringen, sättet att dokumentera, understödjer en jämställd sjukskrivningsprocess,

underlättar för vårdgivaren och leder till en bättre vård för patienten. Fasta sökord i journalsystemet och övriga förbättringar för att få journalerna mera lättöverskådliga borde presenteras för Melioransvarig.

Analys ur ett individperspektiv

I registerstudien framkom att sjukfall finns i många fall tecken på psykisk ohälsa mycket tidigt i livet. Beskrivningar av svårigheter redan i skolåldern. Samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd, smärtproblematik, neuropsykiatrisk problematik eller somatisk sjukdom är vanligt förekommande i långa sjukfall. I många fall av långa sjukskrivningar finns en besvärlig familjesituation inte helt sällan finns barn med sjukdom/funktionshinder med i bilden. Situationen försvårar rehabiliteringsprocessen. Ekonomiska problem finns ofta med i bilden och blir till ett hinder i rehabiliteringen då Socialförvaltningen behöver kopplas in.

Analys utifrån ett jämställdhetsperspektiv

Ur ett nationellt perspektiv är det 28 % högre risk för kvinnor än män att bli sjukskrivna. Störst är risken i åldern 30 – 39 år. Det är större risk i kontaktyrken och högre risk för personer i offentlig sektor. Den svenska arbetsmarknaden är könssegregerad och kvinnorna är ofta verksamma i yrken som lärare, socionom, undersköterska.

SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) anger att flera av de forskningsfynd som redovisas vad gäller vad som genererar psykisk ohälsa så blir slutsatsen att det inte finns några könsskillnader i riskerna - förutsatt att män och kvinnor har likartade arbetsvillkor. Se SBU; *Arbetsmiljöns betydelse för symptom på depression och utmattningssyndrom*.

Journalgranskningen visar att frågor kring våld och riskbruk, som är väsentliga ur ett jämställdhetsperspektiv, var svåra att få fram ur journalanteckningarna. Detta område ser vi som ett fortsatt förbättringsområde.

Analys ur ett samverkansperspektiv

Kommunikationsvägarna mellan psykiatrin, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialförvaltningen är komplexa och vi hindras av svårigheter kring tillgänglighet. Vi har ibland svårigheter att hitta snabba enkla vägar att kommunicera. Kunskaperna om och förståelse för våra respektive uppdrag är ibland bristfälliga och skapar onödigt lidande för den sjukskrivne. Antal inblandade personer att samverka med är mycket stort och kombinationsmöjligheterna är många vilket leder till att det samverkansklimate som kan skapas i varje enskilt fall är oförutsägbart. Detta skapar otrygghet i processer som

utmanar patienten både utifrån ett aktivitetsperspektiv men också ett ekonomiskt perspektiv.

Det är mycket svårt att ge en entydig bild av varför sjukfallen är så långa. Gemensamma faktorer som vi kunde se var att kvinnor och arbetslösa är överrepresenterade. Bland de sjukskrivna kvinnorna arbetade många inom kommunal eller offentlig sektor. Några av kvinnorna hade barn som hade sjukdom och där vårdbidrag utgick och där kvinnorna tog ett stort ansvar i de kontakter som krävdes mellan skola, omsorg och myndigheter som gällde barnet. Flertalet har haft sin sjukdom under lång tid och har i sin ungdom haft kontakt med BUP. Flertalet anger också att de redan under tidig skolgång hade svårigheter som de idag kopplar till sin sjukdom.

Rehabiliteringskoordinatorernas roll

I samverkansöverenskommelsen betonades vikten av en effektiv och patientsäker sjukskrivningsprocess i syfte att skapa förutsättning för patienterna att snabbt få tillgång till rehabiliterande insatser och möjliggöra återgång i arbete. För att praktiskt uppnå och tillämpa målen i samverkansavtalet så ingick ett antal aktiviteter som skulle genomföras inom ramen för projekttidens utgång. En aktivitet var att rehabiliteringskoordinatorernas mandat i sjukskrivningsprocessen skulle tydliggöras och implementeras på samtliga öppenvårdsmottagningar under projekttiden. Inledningsvis rådde det oklarhet gällande funktionens praktiska tillämpning i psykiatrin. Rehabiliteringskoordinatorernas roll hade redan börjat etablera sig i flera landsting utifrån sjukskrivningsmiljarden - överenskommelsen mellan staten och SKL 2005. I socialstyrelsens kartläggning och analys 2015-02-27 av landstingens arbeten med sjukskrivningsfrågan s 23 heter det;

I kartläggningen visar det sig att det i samtliga landsting finns en koordinerande funktion som i de flesta fall är i form av rehabkoordinator. Majoriteten av intervjuade anser att koordinatorsrollen är viktig för att arbetet med sjukskrivningsfrågorna eftersom koordinatören, utöver det samordnande uppdraget internt och externt, fungerar som en bärare av kunskap kring sjukskrivnings- rehabiliteringsfrågor.

I analysen av Region Skånes arbete med sjukskrivningsfrågan anges under rubriken roller och funktioner s 39.

Region Skåne rekommenderar tillsätta rehabkoordinator på sjukskrivningsintensiva vårdenheter som psykiatri och primärvård. I dokumentet Rehabkoordinatorer på sjukskrivningsintensiva vårdenheter i Skåne hänvisas till vad som ingår i uppdraget.

Januari 2015 förstärktes uppdragen i förvaltningarna under rubriken försäkringsmedicin och jämlikvård, vilket innebär att vårdförvaltningarna ansvarar för att medarbetarna har uppdaterade kunskaper om försäkringsmedicin. Inom samtliga verksamheter där sjukskrivning förekommer ska det finnas en tydlig ansvarsstruktur såväl på

ledningsnivå som på medarbetarnivå. Dessa skall samverka med motsvarande nivåer inom försäkringskassans och arbetsförmedlingens verksamheter.

På enhetsnivå ska det finnas riktlinjer för sjukskrivningsprocessen ”Rätt lagom säker och jämställd sjukskrivning”, en utsedd försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare samt en rehabiliteringskoordinator. För att säkra processen är det väsentligt att tillräcklig tid avsätts för uppdragen.

Jämlik vård

Inom alla verksamheter skall finnas en tydlig ansvarsstruktur för arbetet med jämlik vård, inklusive våld i nära relationer. I uppdragsbeskrivningen av rehabiliteringskoordinatorernas mandat, funktion och arbetsuppgifter klar. Utifrån det dokumentet har vi arbetat med att implementera funktionen på berörd mottagning.

Inom projektet har rehabiliteringskoordinatorerna fått utbildning i försäkringsmedicin, IT- systemet Qlikview, genusutbildning samt föreläsningar av personer som har haft uppdraget en längre tid. Regelbundna träffar för utbyte av kunskap och erfarenheter har erbjudits. Nätverket har blivit ett viktigt forum för att hjälpa varandra och se till att koordinatorfunktionen utformas likvärdigt. Vi har informerat kollegor och läkare om uppdraget och fått god respons på den samordnande funktionen.

I Qlikview ges möjlighet att överblicka patienternas sjukskrivningar, vem som är ansvarig läkare, hur länge patienten skall vara sjukskriven och patientens ålder. Rehabiliteringskoordinatorns roll är att initiera diskussion med läkaren om/när ett avstämning-möte är lämpligt och kallar parterna när patienten bedöms vara redo att gå vidare med rehabiliteringen.

Rehabiliteringskoordinatorns samordnande funktion i rehabiliteringsprocessen ger förutsättning för en kvalitetssäker process och är en trygghet för patienten. Uppdraget är att bevaka frågor på enheten/mottagningen gentemot Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunen. Att vara uppdaterade på förändringar i regelverk och bestämmelser, bevaka jämlikhetsperspektivet och samverka med enhetschefer och övriga medarbetare ingår också.

Lärdomar och förbättringsområden.

Utveckla stöd för sjukskrivande läkare och rehabiliteringskoordinatorer:

Insatser har genomförts i syfte att utveckla stöd för sjukskrivande läkare och rehabiliteringskoordinatorer. Sjukskrivningarna inom psykiatri är ofta både långa och

många och involverar många parter. Processen kompliceras av svårigheter med kontinuitet utifrån en rörlig läkarsituation samt svårigheter med kontinuitet även hos olika myndigheter. Under projekttiden har stöd utvecklats för att underlätta processen för läkare och rehabiliteringskoordinatorer.

Under projekttiden intensifierades närvaron i psykiatrin från Försäkringskassans vilket ledde till ökade kunskaper i försäkringsmedicin hos psykiatrins medarbetare samt en större förståelse för kassans uppdrag. Den ökade tillgängligheten mellan organisationerna har gynnat en effektiv samverkansprocess. Denna fysiska närvaro har inneburit kortade och mindre komplexa kommunikationsvägar, ökad förståelse för varandras yrkeskompetens och utmaningar samt möjlighet till snabba korrigeringar vid missförstånd. Vinsterna av detta har varit stora. Initiativ har tagits till att det framöver ska vara specifika handläggare som samverkar med respektive enhet. På så sätt kan vi också i framtiden behålla ett arbetssätt med så korta och enkla kommunikationsvägar som möjligt vilket ökar tryggheten i processen för den enskilde patienten och därmed också möjligheterna till att uppnå optimala förutsättningar för en god rehabiliteringsprocess.

Sjukskrivningspolicy

En sjukskrivningspolicy har uppdaterats under projekttiden. Denna utgör en viktig utgångspunkt för ett gemensamt förhållningssätt till sjukskrivningar inom organisationen. (Se bilaga 1)

PM för sjukskrivande läkare och rehabiliteringskoordinatorer:

Ett PM har utarbetats för att ge stöd i sjukskrivningsprocessen och underlätta vid introduktion av nya läkare och rehabiliteringskoordinatorer. Grundtanken har varit att kvalitetssäkra sjukskrivningsprocessen och eftersträva ett gemensamt förhållningssätt. Detta PM tydliggör en jämställd sjukskrivningsprocess.

Försäkringsmedicinsk konsultationsgrupp:

Vid ett tillfälle hölls en försäkringsmedicinsk gruppkonsultation med försäkrings-specialist samt försäkringsmedicinsk rådgivare där läkare och rehabiliteringskoordinatorer deltog. Frågorna som ställdes i gruppen utgick från de intyg som läkarna skrivit.

Jämställdhet

2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. *Lag (1997:142).*

En jämställd sjukskrivningsprocess har varit en viktig grundläggande utgångspunkt. Den registerstudie som genomförts har genomsyrats av ett jämställdhetsperspektiv. Vår analys visar på att 70 % av alla sjukskrivna mer än ett år i vuxenpsykiatri Lund är kvinnor.

Genusutbildning har erbjudits samtliga medarbetare. 55 anställda har deltagit i föreläsning om en jämställd sjukvård. 12 av dessa var läkare inom öppenvård och 90 % av alla arbetsterapeuter och fysioterapeuter deltog. 2 nya genusambassadörer har utbildats och i verksamheten finns nu sju genusambassadörer. Former kring hur våra genusambassadörer ska kunna användas i verksamheten på ett effektivt sätt är ett förbättringsområde. På samtliga enheter inom verksamhetens arbetsplatsträffar med fokus på jämställdhet, lyfts frågor kring jämställdhet samt vilka rutiner som finns i verksamheten för att vi ska kunna ge en så jämställd vård som möjligt. Ett enklare material har utarbetats för att understödja diskussionen och stöd till enhetschefer av genusambassadör har erbjudits vid genomförandet av dessa träffar.

En mindre utställning kring jämställdhet har genomförts på sjukhusbiblioteket på Baravägen. Arbetet kring dessa frågor kommer att fortlöpa även efter det att projektet är slut.

Naturunderstödd rehabilitering

Alla vårdcentraler och psykiatrimottagningar inom Region Skåne har, efter anmälan, möjlighet att erbjuda sina patienter naturunderstödd rehabilitering som ett komplement till den medicinska behandlingen. Patienterna deltar, kravlöst och alltefter ork och förmåga i det dagliga arbetet på gården. Patientens läkare har det medicinska ansvaret för patienten under hela rehabiliteringsperioden på NUR-gården. Vårdenhetens rehabkoordinator har ansvar för registrering och uppföljning samt sköter kontakterna med gården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen/arbetsgivare. Samtliga allmänpsykiatriska enheter blivit godkända remitter till Naturunderstödd rehabilitering. 16 patienter har remitterats från psykiatrin.

Psykiatrin bör i samarbete med regionen utveckla och finslipa arbetssättet kring Naturunderstödd rehabilitering för att optimera möjligheterna till en framgångsrik rehabilitering. Rehabiliteringskoordinatorns roll att förmedla kunskap kring och förmedla/administrera och samverka med kontakterna i processen bör utvecklas.

Utbildningsinsatser

Utbildning i försäkringsmedicin har genomförts. Den huvudsakliga målgruppen var sjukskrivande läkare, arbetsterapeuter, fysioterapeuter. Målet var att 70 % av alla läkare i öppenvård samt 70 % av alla fysioterapeuter och arbetsterapeuter skulle genomgå försäkringsmedicinsk utbildning. Detta mål uppnåddes.

I syfte att stärka rehabiliteringskoordinatorernas roll genomfördes en föreläsningsserie med tydligt omvärldsperspektiv med externa föreläsare och inspiratörer. Bland annat föreläste rehabiliteringskoordinatorer från Primärvården i Landskrona samt Psykiatripartners i Helsingborg. En utbildningsatsning kring jämställdhet genomfördes under projektets gång. 54 personer deltog på föreläsning om "Genushanden". Målgruppen var i första hand sjukskrivande läkare i öppenvården, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Under hösten har utbildningsinsatser riktade till Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen genomförts av vuxenpsykiatri Lund. Fyra föreläsningar med två olika tema har genomförts. Tema 1 var psykiatriska sjukdomstillstånd och dess aktivitetsbegränsningar, hur det psykiatriska sjukdomstillståndet förlopp kan se ut och dess konsekvenser för individen i form av aktivitetsbegränsningar. Det andra temat hade fokus på bemötande och empowerment och hur vi tillsammans kan skapa de allra bästa förutsättningarna i mötet för att stödja patienten tillbaka till arbetslivet.

Cirka 90 personer har deltagit i dessa föreläsningar. Önskemål har framkommit om fler liknande tillfällen under våren vilket kommer att beaktas i planeringen av kommande projekt där fortsatt kontinuerligt kunskapsutbyte mellan Psykiatrin, Försäkringskassan och Arbetsförmedling är en viktig förutsättning för att höja kunskapsnivån och stärka samarbetet och det gemensamma ansvaret.

Brukarmedverkan

I projektledningsgruppen har en representant från brukarorganisationen Libra ingått. Information till patienter kring försäkringsmedicinska frågor har erbjudits vid två tillfällen.

Vid genomförande av utbildningsinsatser riktade till Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan planerades och genomfördes utbildningen tillsammans med en person med egen erfarenhet av sjukskrivning inom den psykiatriska vården. Detta upplägg var framgångsrikt. På slutseminarium fanns brukarperspektivet representerat av föreläsningen "Den ofrivillige resenären" av Mikaela Javinger. Cirka 10 deltagare från olika brukarorganisationer deltog.

Samarbete psykiatri och primärvård.

Behovet av ett nära samarbete mellan primärvård och psykiatri har varit tydligt under projektets gång. Många av de sjukskrivningar vi granskat har haft sin början i Primärvården. En handläggningsoverenskommelse/regionövergripande

gränssnittsdokument finns mellan primärvård och psykiatri men utifrån sjukskrivningsperspektivet finns behov av förbättring och förenkling av samarbetet. Inom projektets ramar har kontakter tagits på chefsnivå mellan Psykiatri och Primärvård för att diskutera problemområden och möjliga förbättringsområden. Ambitionen är att fortsätta förbättringsarbetet kring denna fråga i samverkan med Primärvården inom ramen för kommande projekt.

Kultur på Recept

Forskning visar, att kulturupplevelser stimulerar sinnen och ger goda effekter på hälsan. Region Skåne har i samverkan med Helsingborgs kommun genomfört ett projekt där vårdcentraler och psykiatriska mottagningar remitterar patienter till strukturerade kulturaktiviteter. Medicinsk utvärdering av projektet redovisades i en forskningsrapport. Resultaten visar, att Kultur på Recept kan fungera som en del i en rehabiliteringsprocess.

I överenskommelse för förbättringsarbete inom Lundapsykiatri ingick att inledningsvis pröva förutsättningar för ett motsvarande projekt i Lund i samverkan med Finsam Lund. I inledande diskussioner med representanter från Socialförvaltningen i Lund redovisades ett preliminärt positivt intresse. Samtidigt påpekades, att en eventuell intresseanmälan från Region Skåne ska prövas av kommunledningens representanter. Lundapsykiatri har tidigare bedrivit viss kulturell verksamhet i första hand för patienter inom slutenvård. Det finns nu ett positivt intresse för ett samverkansprojekt med finansiell samordning. Efter tillstyrkan av projektledning och därefter styrgruppen har ärendet överlämnats till regionens hälso- och sjukvårdsledning för ställningstagande.

Kultur på recept är ännu ej ett permanent behandlingsalternativ inom Region Skåne. Överenskommelse om fördelning av betalningsansvar återstår.

Implementering av projektresultat

21 januari genomfördes avslutande dialogseminarium med drygt 100 deltagare. Syftet var, att från ett framgångsrikt samverkansprojekt med Försäkringskassan sprida erfarenheter inom Region Skånes psykiatriska verksamhet och bland samarbetsparter. Representanter från Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting inledde konferensen.

15 februari avvecklades projektorganisationen och ansvaret för fortsatt förbättringsarbete för sjukskrivningsprocessen återgick till parterna.

Försäkringskassan kommer under året att på försök etablera ett nytt arbetssätt med särskilda medarbetare som handlägger Vuxenpsykiatri Lunds ärenden.

För 2016 prioriteras följande förbättringsområden:

1. I förvaltningsuppdraget 2015 till sjukvårdsförvaltningarna redovisas ny struktur för det försäkringsmedicinska arbetet i samverkan. Psykiatrin är en sjukskrivningsintensiv verksamhet. Med hänsyn till akut brist på specialistutbildade läkare finns för närvarande inte möjlighet att förverkliga detta uppdrag. Det innebär, att Försäkringskassans erbjudande om försök med förenklade rutiner för sjukskrivning för närvarande ej kan påbörjas. Nyrekrytering av läkare pågår. Så snart nyanställningar genomförts kommer försäkringsmedicinsk rådgivare med allmänpsykiatrisk kompetens att utses. "Samordnande rehabiliteringskoordinator" kommer inom kort att utses.
2. Rehabiliteringskoordinatorernas samordnande roll i sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen ska tydliggöras. Med stöd av intervjuer med koordinatörerna, enhetschefer och representanter från sjukskrivande läkare behövs förbättringsåtgärder bland annat vad gäller möjlighet till utveckling av teamsamarbete kring sjukskrivningsprocessen. Syftet är en kvalitetssäkring av sjukskrivningsprocessen utifrån ett patientperspektiv. Ett nytt arbetssätt med sjukskrivningar kommer att innebära förbättrad arbetsmiljö för läkare. Behovet av IT-stöd för att effektivt kunna följa våra sjukskrivningar och behovet av att frigöra nödvändig tid till rehabiliteringskoordinatorernas samordningsuppdrag är viktiga framgångsfaktorer.
3. Samarbetet mellan specialistpsykiatrin och primärvårdsnivån inom upptagningsområdet ska intensifieras med inriktning på att identifiera behov/möjligheter till utvecklat samarbete. Syftet är att med tydligt patientfokus förbättra stödet till primärvården och samtidigt stärka samarbetet bland annat genom utbildning/handledning.
4. Uppdraget att utveckla en jämställd vård ska fortsätta/intensifieras för att eliminera omotiverade skillnader i sjukskrivning av kvinnor och män och därutöver ännu bättre upptäcka våld i nära relationer. En jämställdhetspolicy bör utarbetas i organisationen. Utbildningsaktiviteter och temaföreläsningar ska genomföras förslagsvis i tillsammans med samverkanspartners. Genusambassadörernas uppdrag ska förtydligas. Enhetschefernas uppdrag ska förtydligas och genusambassadörer ska erbjudas fortsatt stöd.
5. Fortsatt förbättringsarbete med fokus på tidig rehabilitering har högsta prioritet för att möjliggöra tidig återgång till arbete/studier vid psykisk sjukdom. Diskussioner förs för närvarande med ledningen för Samordningsförbundet, primärvårdens ledning, representanter från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att genomföra en förstudie med projektledare från Lundapsykiatrin finansierat av Samordningsförbundet, Lund. I projektet kommer även att ingå fördjupning av några av de aktiviteter, som ingick i nu genomförd samverkansöverenskommelse.

6. Nya uppföljningsmål/indikatorer ska identifieras i dialog med stabsledning, chefläkare och enhetschefer med flera. Syftet är att med ett tydligt patientfokus förbättra möjlighet att bättre mäta verksamhetens resultat. Fortsatt utveckling av uppföljningssystemet Qlikview och därefter utbildning av berörda ska prioriteras.

För vidare läsning om sjukskrivningarna ur ett nationellt perspektiv:

 [Sjukskrivningarna utveckling under de senaste decennierna.](#)

Analys av sjukfrånvarons variation. Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid. Socialförsäkringsrapport 2014:17

 [Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 2, år 2014](#)