Projekt Rehabkoordinator

Ekensbergs Vårdcentral

Slutrapport

Monique Hyttbro

Projektledare /
Rehabkoordinator

Samordningsförbundet RAR i Sörmlands uppdrag är att främja samverkan kring arbetslivsinriktad rehabilitering. Syftet är att bidra till att minska utanförskapet och att underlätta enskilda individers förmåga till egenförsörjning. Det sker genom finansiering av utvecklingsprojekt som vänder sig till enskilda individer, genom utbildningsinsatser till anställda samt genom uppföljning och utvärdering.

Denna rapport är en slutrapport av ett sådant utvecklingsprojekt.

Sammanfattning

Uppdraget har bestått i att vara Rehabkoordinator i sjukskrivningsprocessen. Det har inneburit att få igång en tidig och fungerande rehabiliteringsprocess för sjukskrivna patienter. Det skulle ske genom att:

- säkra en tydlig struktur i sjukskrivningsprocessen,
- få sjukvårdens teamarbete att fungera, både multidisciplinärt och interdisciplinärt,
- få till stånd en tidig samverkan med försäkringskassa och arbetsgivare
- utforma fungerande samverkansformer med olika aktörer såsom försäkringskassan (FK), arbetsförmedling (AF), arbetsgivare, företagshälsovård, socialtjänst och psykiatri.

Målgruppen i projektet har varit patienter utan tidigare långa sjukskrivningar som kommer till vårdcentralen och blir sjukskrivna mer än 28 dagar där det bedöms föreligga risk för att sjukskrivningen kan bli långvarig för annat än rent medicinska skäl.

Målet för projektet var att motverka att nya sjukskrivningar utvecklas till långa sjukskrivningar, att åstadkomma återgång i arbetet, att tidigt finna rätt rehabiliteringsinsats och att få rätt sjukskrivning/ersättning. Projektet har sträckt sig över två år.

Samverkan både externt och internt har fungerat bra trots aktörsbyten under projektets gång t.ex. byte av läkare, rehabpersonal inom vårdcentralen, FK-handläggare och AF-handläggare. Kommunen har varit den part som varit svårast att finna samverkansformer med. Försäkringskassan, arbetsförmedlingen, kommunen och landstinget har varit samverkanspartner.

Koordinatorns roll har i projektet utvecklats till att innebära att vara:

- ***vårdsamordnare*** utveckla rutiner för arbetet, koordinera vårdinsatserna för patienten och samordna rehabiliteringen. Uppföljning och kunskapsutveckling.
- ***kontaktperson*** för arbetsgivare, företagshälsovård och andra vårdgivare i sjukskrivningsärenden.
- ***lots*** för den sjukskrivne eller den individen som riskerat sjukskrivning. Aktivt arbete med sjukskrivningsproblematiken, ansvar för pågående rehabiliteringsärenden och processuppföljningar.

Resultat av arbetet med de 56 personer som avslutats i projektet har givit vid handen att:

- 31 (56%) personer återgått helt i arbete eller söker arbete
- (5%) personer gått till deltidsarbete + sjukersättning
- 18 (32%) personer planerat lämnat projektet för annan rehabiliteringsinsats t.ex. Verksam, Smärtmottagningen, Smärtprojektet eller företagshälsovård.
- (7%) av deltagarna har avslutats mot ngt annat

Tiden som deltagarna har varit inskriva i projektet har i genomsnitt varit 4.5 månad. Deltagarna har, inom ramen för ett självskattnings verktyg av eget hälsoläge under projektet, i genomsnitt höjt sitt upplevda hälsotillstånd med 30 enheter på en skala mellan 0-100.

Innehållsförteckning

Uppdraget	**2**
Arbetsprocess och metod	**3**
Organisering och styrning	**4**
Metodutveckling	**5**
Ekonomisk redovisning	**7**
Resultat personalenkät	**7**
Resultat individperspektiv	**8**
Övriga Resultat	**11**
Bilaga 1	**12**
Bilaga2	**15**
Bilaga 3	**16**

Uppdraget

Rehabkoordinator 50 % på Ekensbergs vårdcentral.
Uppdraget har bestått i att vara Rehabkoordinator i sjukskrivningsprocessen. Det har inneburit att få igång en tidig och fungerande rehabiliteringsprocess för sjukskrivna patienter. Det skulle ske genom att:

- säkra en tydlig struktur i sjukskrivningsprocessen,
- få sjukvårdens teamarbete att fungera, både multidisciplinärt och interdisciplinärt,
- få till stånd en tidig samverkan med försäkringskassa och arbetsgivare
- utforma fungerande samverkansformer med olika aktörer såsom försäkringskassan (FK), arbetsförmedling (AF), arbetsgivare, företagshälsovård, socialtjänst och psykiatri.

Härutöver var uppdraget att lotsa den sjukskrivne rätt genom samverkan med olika aktörer och att vara stöd för såväl den sjukskrivne som för övriga involverade aktörer.

Målgruppen i projektet har varit patienter utan tidigare långa sjukskrivningar som kommer till vårdcentralen och blir sjukskrivna mer än 28 dagar där det bedöms föreligga risk för att sjukskrivningen kan bli långvarig för annat än rent medicinska skäl.

Målet för projektet var att motverka att nya sjukskrivningar utvecklas till långa sjukskrivningar, att åstadkomma återgång i arbetet, att tidigt finna rätt rehabiliteringsinsats och att få rätt sjukskrivning/ersättning. Projektet har sträckt sig över två år.

Försäkringskassan, arbetsförmedlingen, kommunen och landstinget har varit samverkanspartner.

Arbetsprocess och metod

Uppstarten av projektet skedde 2006-04-01 med att koordinatorn inhämtade kunskap om olika samverkanspartners och deltog i utbildning om nationella riktlinjer. Projektet var upplagt så att de tre första månaderna var tid avsatt för inventering och planering av vad som behövde förbättras och utvecklas på vårdcentralen runt sjukskrivningsärenden. Tid avsattes även för möten med olika aktörer inom och utom sjukvården för att diskutera vad de kunde förvänta av koordinatorn och vice versa. Planering av projektets ingående delar gjordes med stöd av RAR.
Mycket positivt var att det i projektupplägget avsattes ordentlig tid för planeringsarbetet och mycket bra med RAR:s hjälp att planera utvärderingen samt stöd vid arbetets början.
Det som initialt fungerade mindre bra var att starten med patientarbetet hamnade mitt i semesterperioden och därigenom fördröjde arbetet. Likaså fördröjdes arbetet av att landstingets Cross Rapport (statistikverktyg) inte var tillgängligt under en längre period (fyra månader), vilket innebar svårigheter att få fram sjukskrivningsstatistik. Härigenom tog det längre tid att finna rutiner i arbetet och samordna koordinatorsarbetet med läkarna.

Organisering och styrning

Projektet har fått stöd genom att koordinatorn deltagit i anordnade LSG- och RAR-dagar. Dessa har varit givande för samverkan och nätverksbyggande och bidragit med goda idéer.
Vid svårigheter med bl.a. samverkan har både verksamhetschef och vårdcentralschef i vården och LSG:s ledningsstöd fungerat bra.

Det uppstod vissa svårigheter vid årsskiftet 2006/2007 då projektbeskrivningen var vag gällande målgruppen och tidsaspekter och inte heller helt överrensstämmande med projektavtalet. LSG, RAR och projektansvarig hade olika uppfattningar rörande urvalet av patienter. Det innebar att projektet tappade tid och styrfart.

Arbetet med och rutinerna runt SUS registrering för målgruppen har i stort sett inneburit svårigheter genom hela projektet och varit tidsödande. Initialt lades stort fokus på SUS-verktyget och dess värde för utvärdering av projektet. Betydelsen härav har under projektets gång delvis omvärderats. Arbetet med SUS-registrering har ändå inneburit att koordinatorsuppgifterna på ”fältet” till del fått stå tillbaka.
Positiv och underlättande faktor har varit att de ingående patienterna under projektet varit tålmodiga och inte reagerat negativt trots de många blanketter de fått fylla i.

Samverkan externt och internt med de flesta aktörer har fungerat bra trots flera aktörsbyten under projektets gång t.ex. byte av läkare, rehabpersonal inom vårdcentralen, FK-handläggare och AF-handläggare. Kommunen har varit den part som varit svårast att finna samverkansformer med.

- I starten av projektet krävdes stor arbetsinsats för nätverksbyggande. Den tidsinvesteringen har under projektets gång visat sig lönsam och underlättat arbetet.
- Både initialt och under hela den tid projektet fortgått har mycket tid ägnats åt att uppnå fungerande samverkansrutiner såväl internt på vårdcentralen som med externa samarbetspartners. Genomgående har arbetet varit patientcentrerat och en helhetssyn på patienten har genomsyrat alla aktörers insatser.
- Grundläggande har varit att skapa fungerande kommunikation – att förstå varandra och att ha en gemensam samtalsmetodik. Den tidigare utbildningsinsatsen för samverkan som de centrala samverkansparterna gjort, lösningsinriktat arbetssätt – (LIA- utbildning 2002/2003), har använts som grund och genom gemensamt praktiskt arbete på vårdcentralen uppdaterats för de aktörer som inte haft metoden aktuell.
- Genom ökad kunskap om ingående myndigheters ansvarsområden uppnåddes bättre stöd för patienten och arbetsfördelningen i sjukskrivningsprocessen blev tydlig. Det innebar att en effektiv och god samverkan åstadkoms och för patienten innebar det ett gott och framåtsyftande möte exempelvis vid avstämningsmöten. Vid muntliga uppföljningar har patienterna uttryckt att avstämningsmöten upplevts positivt t.ex. ”nu vet jag vad som händer och att det händer saker”, ”jag blev lyssnad på”.
- Det har varit viktigt att både internt och externt ägna tillräcklig tid för att väl introducera arbetssättet för ny personal.
- Samverkan med ”extern-externa” kontakter har skett genom att koordinatorn delgett erfarenheter av projektet till andra aktörer inom Sörmland men även genom möten, föreläsningar och skriftlig information på riksplanet (t.ex. i Umeå, Östersund, Gävle, Stockholm mm).

Metodutveckling

Den metod projektet utarbetat och använt sig av är ;

För vårdcentralen:

- Nedskrivna rutiner för arbetets gång på vårdcentralen för läkare, för bedömningsteamet och för rehabiliteringspersonal som ingår i behandlingsteam. Rutinerna har successivt utvecklats och aktualiserats. Aktuell manual se Bilaga 1.
- Tidsrutiner, d.v.s. tidiga och tidsbestämda insatser se Bilaga 1.
- Screeningsförfarande med särskilda formulär för att stödja läkaren vid riskbedömning. Rekommendationen är att den bedömningen senast bör ske vid det andra sjukskrivningstillfället (dvs. den första förlängningen av sjukskrivningen). Vi uppfattar det som ”ödesstunden” i den tidiga sjukskrivningsprocessen, dels för att avgöra om sjukskrivning är motiverad, dels för att tidigt kunna påbörja rehabiliteringsinriktade åtgärder parallellt med medicinsk utredning och behandling. Då avsändes vid behov remiss till vårdcentralens Bedömningsteam.
- Utarbetat system för överskådlig journalföring i BMS/Systeam för teamarbetet. Det har underlättat för all berörd vårdpersonal att se vad som planerats och vad som är aktuellt i rehabiliteringsprocessen runt enskild patient.
- Aktualiserade sjukskrivningslistor till varje enskild läkare en gång per månad för att ge samlad överblick över ”egna” sjukskrivna med kommentarer från rehabkoordinatorn.

För alla aktörer:

- Fasta mötestider inlagda i veckoschemat. Innefattar fast mötestid för *Bedömningsteamet*, fast mötestid för *Bedömningsteamet och FK/AF* och fast tid för *Rehabmöte* (där alla läkare, vårdcentralens rehabiliteringsavdelning, FK och AF deltar). Den senare mötesformen har inletts med ”mingel” för att handlägga snabba frågor. Därefter har försäkringskassehandläggaren fått äga och leda mötet dels för lärande diskussioner om principärenden och dels för att lyfta enskilda patientärenden med olika aktörer för samverkan och där tider för nya avstämningsmöten överenskommits. Dessa tre mötesformer har återkommit på fast tid varje vecka. Härutöver finns tid avsatt för *avstämnings / uppföljnings möten* som bestäms vid sittande bord och där alla parter deltar.
- Utarbetade rutiner och tillvägagångssätt vid avstämningsmötet. Ett skriftligt kontrakt för patienten med nuläge -mål - åtgärder/insatser avstämning/uppföljning skrivs, prognos och tidplan finns alltid med. Allt för att kunna följas upp och kunna utvärderas så att rehabiliteringen är ändamålsenlig och går framåt och tid för nästa avstämning alltid överenskommits. Det innebär att patienten är aktiv och det besparar alla aktörer mödan att med kort varsel finna mötestider med risk för att det inte lyckas och att processen fördröjes. Bilaga 2.
- Framarbetat arbetssätt för sjukvården och FK att **tidigt** kunna samverka i individärenden innan försäkringskassans rutiner slår larm (möjliggör att arbetsgivaren kommer in tidigare)

- Framarbetad modell för samverkan med AF gällande individärenden på Verksam

Arbetssättet har för koordinatorn inneburit
att vara ***vårdsamordnare*** d.v.s. utveckla rutiner för arbetet, koordinera vårdinsatserna för patienten och samordna rehabiliteringen. Göra statistikuttag. Stå för god kunskap om det totala rehabiliteringssystemet och fungera som kunskapsresurs för andra yrkesgrupper.
att vara ***kontaktperson*** för arbetsgivare, företagshälsovård och andra sjukhuskliniker i enskilda sjukskrivningsärenden och medverka till ett gränsöverskridande arbetssätt. Vara förmedlande länk i teamet. Skapa och sprida kunskap.
att vara ***lots*** för den enskilde individen som varit sjukskriven eller riskerat att bli det. Att aktivt arbeta med sjukskrivningsproblematiken. Ansvara för många av vårdcentralens pågående rehabiliteringsärenden och processuppföljningar.

Sammanfattningsvis är olika individärenden mångfacetterade och inget ärende det andra riktigt likt. Det är många bollar att hålla i luften samtidigt. Arbetet har underlättats av den på vårdcentralen redan före projektstarten framarbetade grundstrukturen för arbetet runt sjukskrivningsfrågor. Att vara lots för patienter och aktörer tar mycket tid! Ställer höga krav på kunskaper, helhetstänkande, flexibilitet och kommunikation!

Ekonomisk redovisning

	2006	2007	2008	Totalt
Personal	158 334	218 030	56 658	
Övrigt	1000	6 228	7700	
Totalt	159 334	224 268	64 358	447 960
Kostnad/deltagare				7 343

Totalt fakturerat 20060401-20080331 Räknat på antalet patienter registrerade i SUS n=61

Driftskostnader för övrigt (lokaler, dator, resor mm) ur vårdcentralens ordinarie budget.

Resultat personalenkät

För att undersöka hur projektet och dess verksamhet uppfattats och påverkat de organisationer som berörts av det, har en enkät lämnats ut till berörd personal. Urvalet

gjordes av rehabkoordinatorn och utgjordes av de som deltagit i arbetet med individärenden på vårdcentralen.
Enkäter har således lämnats ut till Försäkringskassan (handläggare), Arbetsförmedlingen (handläggare) och Landstinget (läkargruppen, rådgivningen och Rehab på vårdcentralen). Totalt lämnades 18 enkäter ut och av dessa inkom 16. Tio män och sex kvinnor svarade.

Resultatet av enkäten visar att projektet har påverkat personalens arbete positivt och deras uppfattning är att likaså klientens/patientens situation påverkats positivt. Kontakterna med rehabkoordinatorn har varit omfattande genom att organisationerna varit aktiva på fler sätt inom samverkan och/eller rehabiliterande verksamhet. Vidare framkommer att kunskapen om LSG och RAR:s verksamheter bland vårdcentralens personal är bristfällig.
Samtliga tillfrågade ansåg att projektet bör permanentas i ordinarie verksamhet.

Kommentarer:

”Ett utmärkt inslag i en ”lärande organisation” ”

”Inneburit en god struktur i arbetet med sjukskrivna och tidigt omhändertagna + god kvalité och resultat + avlastat läkare mkt.”

”Har hjälpt patienter att komma vidare! Händer saker! Snabbare rehabilitering. Fler till arbete!”

”Koordinatorn har varit en resurs för att få till stånd samordnade insatser. Vid avstämningsmöten har vi kunnat planera den medicinska och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen parallellt. Det har gjort det tydligt för ”den försäkrade” att vården inte faller bort sedan arbetslivsinriktad rehabilitering har påbörjats. Vidare har rehabkoordinatorn kunnat ge klara och tydliga besked om insatser. Hon har på ett strukturerat sätt gjort modellen ”rehabskelettet” tydlig på Ekensbergs VC. Hon är ett nav mellan olika aktörer och ser till att saker och ting fungerar i praktiken. Min roll som ”Försäkringskassan” har underlättats. När jag fattat ”tuffa beslut” vet jag att ”den försäkrade” får stöd.”

”Patienterna känner sig mer välomhändertagna, gemensamt grepp, samverkan mellan professioner. Arbetet flyter smidigare, alla som finns runt patienten är med på avstämningsmöten, hör samma saker.”

”Vi har haft ett väl fungerande bedömnings och behandlingsteam vid VCE sedan 2001. Tillkomsten av rehabkoordinator har påskyndat och avsevärt förstärkt vårt utvecklingsarbete. Handläggning av patienter och samordningen med Fk, Af, Soc etc. har förbättrats.”

”Jag arbetar i samverkan med FK med arbetslösa sjukskrivna och då har projektet varit mycket bra i rehabarbetet. Då jag är delaktig även på andra vårdinrättningar kan jag se skillnaden.”

”En mycket god resurs i rehabarbetet. Värdefullt stöd i den egna arbetssituationen och snabbare rehabprocess. Peppning av patienterna, en ”friskfaktor”.”

”I en pressad vardag är det mycket viktigt att få hjälp med samordning samt bedömning och hjälp att hitta lösningar. Det finns mycket stora vinster att hämta med att samla kompetens och erfarenhet.”

”Planerad uppföljning bra för pat. Det blir inte så mycket akuta inbokade besök då . Eftersom det är ofta är svårt att hitta akuta tider till rätt doktor.”

”Ger en snabb och effektiv utvärdering av en patients möjligheter att återgå till arbete. Avlastar läkarna mycket. Oerhört kostnadseffektivt för samhället.”

”Mer tid måste koordinator få så att arbetet hinns med. Det är viktigt att alla professioner är samlade vid avstämningsmöte. Saknas koordinatorn känns det lite handfallet. Ibland upplevs samverkan som ett stressigt arbete att försöka pussla ihop.”

”Rehabkoordinatorns insats har påverkat rehabarbetet med att fånga upp paientert ss>28 dagar, bedöma och sätta in behandlingsinsatser och gett detta arbete ett stort lyft. Vi har utvecklat teamarbetet och samverkan med Fk och Af. Det har möjliggjort aktiva rehabinsatser för patienterna, de har kommit in tidigare och samordnats så att ”alla drar åt samma håll” – till gagn för paientent! Att en person på detta sätt driver dessa frågor, är spindeln i nätet, är uppdaterad på vad som händer och gäller även i omvärlden och samverkar med andra verksamheter är avgörande för att det ska fungera så bra! Personen i fråga är förstås också av betydelse. Monique är drivande och kreativ vilket förstås bidrar till att utveckla ett projekt.

Resultat individperspektiv

De patienter som hade mer än 28 dagars sjukskrivning och av patientansvarig läkare bedömdes ligga i riskzonen för långvarig sjukskrivning registrerades i SUS genom att de träffade koordinatorn och gick igenom de första blanketterna.

SUS, vid start blankett M1-X och EuroQ , vid avslutning i ärendet med blanketterna M2 och EuroQ och vid uppföljning efter 6 månader M3. Blanketten M3 togs bort under projektets gång.

De patienter som deltog i SUS registreringen i form av M1-X och EuroQ var **61 personer** varav 16 män och 45 kvinnor. **56 personer** avslutades under projekttiden med M2-X och EuroQ.

N-61

Diagnos	Antal	Kvinnor	Män
F	33	27	6
M	23	15	8
Övriga	5	3	2

F= psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar
M = sjukdomar i muskuloskelettala systemet och bindväven

Åldersfördelning under perioden

	-29 år	30-39 år	40- 49 år	50-59 år	60 år -
Kvinnor	15	2	13	6	9
Män	5	0	6	3	2
Totalt	20	2	19	9	11

De flesta patienter som innefattats har riskbedömts med screeninginstrument. I materialet finns en del patienter där risk för långtidssjukskrivning inte var tydlig vid andra sjukskrivningstillfället eller de har av andra skäl kommit in senare i förloppet till bedömningsteamet.

Bedömningsteamet har i individärenden hållit tidsramarna enligt fastställda rutiner och påbörjat arbetet inom en vecka från det att remissen inkommit.
Tiden till återkoppling vid rehabmöte har legat mellan 2-3 veckor.
Under de veckorna har patienten individuellt träffat arbetsterapeut, kurator och sjukgymnast inför den multidisciplinära teambedömningen.
Patientens rehabiliteringsprocess startar samtidigt som bedömningen sker vid första träffen med någon av team-medlemmarna!

På rehabmötet har flertalet ärenden fått tid för avstämningsmöte (innebärande i vissa fall ett så tidigt avstämningsmöte att FK inte fått ärendet genom egen handläggning). Det har möjliggjort att sammankalla olika aktörer mycket tidigt i sjukskrivningsförloppet. Utifrån patientens behov har ett interdisciplinärt arbetande behandlingsteam satts samman.

Avslutade individer i projektet

Av de **56 personer** som avslutats i projektet har:

- 31 personer återgått helt i arbete eller söker arbete
- 3 personer gått till deltidsarbete + sjukersättning
- 18 personer planerat lämnat projektet för annan rehabiliteringsinsats t.ex. Verksam, Smärtmottagningen, Smärtprojektet eller företagshälsovård.
- 1 person avbrutit oplanerat p.g.a. akut insjuknande i kronisk sjukdom.
- 1 person erhållit ålderspension
- 2 personer erhållit sjukersättning

(1 person gick inte att registrera i M2 pga. data fel men är i arbete)

Individer fortfarande pågående

5 patienter är fortfarande pågående i behandlingsteam men nu utanför projektet.
Av de 5 personerna är:
En individ på väg att söka arbete 50% och inom snar framtid fullt arbetsför
En individ har fått nytt arbetet och arbetar 25% och planeras inom två månader i fullt arbete (utanför Verksam).
En individ ska till Verksam
Tre av patienterna ska ingå i den nystartade gruppverksamheten inriktad mot stress-, sömn- och smärtproblematik, som drivs i samverkan mellan de fyra vårdcentralerna i Nyköping.

Resultat från SUS-statistiken (enbart rörande 33 individer – övrig SUS-statistik ännu ej levererad). Se bilaga 3.

- Genomsnittlig tid i projektet för de som helt eller delvis återgått i arbete var 4.5 månader.
- Självskattning av hälsotillståndet (del av EuroQ) visar en positiv ökning med i genomsnitt 30 enheter på en skala 0-100.

Övriga Resultat

Sju patienter har deltagit i projektet men inte registrerats i SUS p.g.a. att de aldrig blev sjukskrivna utan istället direkt erbjöds koordinatorskontakt och rehabiliterings stöd.
Flertalet av dessa patienter hade en sömnproblematik.

Tio patienter har deltagit i projektet under 2008 men kunde inte ingå i SUS då registreringen av patienter avslutades vid årsskiftet.

Genomgången av sjukskrivningslistor på vårdcentralen, som validerats med Försäkringskassan, har skett vid tre tillfällen: vid ingång i projektet, vid ett tillfälle under projektet och vid utgången av projektet. Listorna är hämtade ur vårdens statistik och rapportprogram (Cross Rapport) och ger en dagsbild av vårdcentralens sjukskrivningar.
Felkällor vid rena Cross Rapport-uttag är en del gamla sjukersättningar (SA) d.v.s. patienter som erhållit SA före år 2000 och de som erhållit SA under pågående sjukskrivningsperiod samt individer med skyddad identitet, därav validering med försäkringskassan.

2006-09 *N=85*

Helt sjukskrivna	48

Deltid sjukskrivna	23
SA	7
Rehabersättning/verksam	2
Aktivitetsstöd	1

Antal sjukskrivna helt/deltid -71

2007-05 *N=91*

Helt sjukskrivna	38
Deltid sjukskrivna	30
SA	13
Rehabersättning/verksam	10

Antal sjukskrivna helt/deltid -68

2008-03 *N=88*

Helt sjukskrivna	42
Deltid sjukskrivna	21
SA	17
Rehabersättning/verksam	8

Antal sjukskrivna helt/deltid -63

Under året 2007 har 103 avstämningsmöten enligt Försäkringskassans definition genomförts på Ekensbergs vårdcentral. Flertalet av dessa rör patienter som ingått i projektet .

Effekter

- Ökat läkarengagemang men för läkarna minskad vårdtyngd i sjukskrivningsprocessen.
- Vårdcentralens telefonrådgivning/tidsbeställning har märkt färre telefonsamtal för sjukskrivningsärenden och minskat användandet av akuta läkartider för sjukskrivna patienter genom bättre planerade uppföljningar.
- Uppnått successivt bättre följsamhet till arbetsmodellen på vårdcentralen.
- Kunskapsökning mellan aktörer har stöttat samverkan, ökat helhetssynen och medverkat till att förkorta sjukskrivningstiden.
- Ökad kunskap och erfarenhet i bedömningsteamet.
- Behandlingsteamen har utvecklats med arbete på kognitiv grund, lösningsinriktat arbetssätt och påtaglig resultatinriktning med tydliga vägledningsplaner.

- Patienter som sedan tidigare varit långtidssjukskrivna och inte ingått i projektet har i stor omfattning omhändertagits på samma sätt som de med kort sjukskrivningshistoria enligt de utarbetade rutinerna Det medför att även de patienterna fått ta del av arbetssättet med skillnaden att här inte tiden jagats på samma sätt och att de prioriterats lägre i väntelistan.
- Tydliggjorts behov av gruppverksamhet för patientgruppen. Sådan verksamhet har under 2008 startats i samverkan med de övriga tre vårdcentralerna i Nyköping.
- På individnivå etablerat aktivt arbetssätt för övergång från medicinsk rehabilitering till yrkesrehabilitering och pressat väntetider för medicinsk behandling.
- Fler och fler tidiga avstämningsmöten, arbetsgivarna får tidiga signaler.
- Kvalitetssäkring genom att FK ”fångar” de patienter som inte kommit igång i arbete på viss tid och som vården ”missat” att bedöma som risk.
- Rehabiliteringens olika delar och insatser från olika aktörer har blivit synliga och kan samplaneras utifrån den enskilde individen. Medför minskad risk att något ”tappas bort” eller att styrfarten i arbetet går förlorad.
- Arbetsbesparande och tidsvinst för de olika yrkeskategorierna genom att vårdcentralens sekreterare har varit behjälpliga att journalföra teambedömningar och skriftliga kontrakt från avstämningsmöten.

Tydliggörande av hinder:
Väntetiden till samverkande myndigheter t.ex. till Verksam, handläggarfördröjning på FK vad gäller prövning av sjukersättning. Svårt att hitta former för samverkan med kommunens socialtjänst.

Övriga kommentarer

Under denna tvåårsperiod har det i samhället skett förändringar och möjligen attitydförskjutningar som underlättat koordinatorsarbetet t.ex. FK:s förändrade arbetssätt och den massiva massmediala informationen och diskussionen runt sjukskrivning samt tillkomsten av socialstyrelsens beslutsstöd.

Omorganisationerna i dagsläget på Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen med handläggarindelning efter arbetsgivare betyder att nuvarande struktur för arbetet på vårdcentralen delvis slås sönder och måste omarbetas.

Intressant notera att bland projektpatienterna ”F-diagnoserna”, d.v.s. psykiska sjukdomar och symtom, överväger antalsmässigt jämfört med sjukdomar i muskuloskelettala systemet.

Inför framtiden:
Min uppfattning utifrån projekterfarenheterna och utvärderingen är att det finns starkt behov av koordinatorsfunktion eller annan form av sammanhållande funktion i

sjukskrivningsarbetet som ger möjlighet till god överblick, helhetssyn och ansvar för hållbar samverkan.
Den koordinatorsfunktion på 25 % av heltid som vidtar på Ekensbergs Vårdcentral efter projektavslutningen kommer inte att fullt ut kunna upprätthålla framarbetat arbetssätt och vidmakthålla kontaktnätet runt patienten.

LSG Nyköping - Kommentar
LSG kan utifrån sin lokala förtrogenhetskunskap verifiera i projektrapporten beskrivna effekter på vårdcentralen med effektivt och strukturerat tidigt handläggande, tydliga vårdplaner och ökande samverkan mellan ingående myndigheter. Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans handläggare på vårdcentralen under aktuell tid bekräftar likaledes i hög grad arbetssättets goda funktion och skulle gärna se att metodiken i större grad kunde praktiseras även på andra vårdcentraler och mottagningar.

LSG Nyköpings sammanfattning är att i projektrapporten beskrivna metoder för omhändertagande, arbetssätt och erhållna effekter bör i hög grad beaktas i det fortsatta arbetet med att utveckla ”Rehabskelettet” i Sörmland.

Bilaga 1

Reviderad från 070613/MH

Tidigt multidisciplinärt omhändertagande av sjukskrivna patienter mer än 28 dagar på Ekensbergs vårdcentral

Aktuell informationspärm innehållande: arbetssätt, frågeformulär, checklista, manual mm finns i hylla under Sjukskrivningsförfarande boxarna vid brevfacken. Dessa är original och ska inte tas ur pärmen.

Lista på patienter till BDT och för Rehabmöten, Vårdplanering / Avstämningsmöte finns i Pärmen som står vid Sjukskrivningsförfarande boxarna.

Läkare

Överväg innan sjukskrivning om det är ändamålsenlig behandling (gör den mer skada än nytta?) Ta stöd av koordinator.

Vid initial förlängning av sjukskrivning följs manualen nedan för Sjukskrivningshandläggning:

- Sker via läkarbesök (ej per telefon)
- Ställs till PAL (datumdoktor/listad för/fast u-läk)
- Tid för adekvat medicinsk bedömning!
  En längre klinisk genomgång (boka av längre tid) kontrollerar kroppsliga och psykosociala riskfaktorer (röda och gula flaggor enl. SBU).
- Är sjukskrivningen okomplicerad el komplicerad? Se bra sjukskrivning – tankestöd, dilemma kategorier och hjälpmedel bilaga 1.
- Brev till arbetsgivaren (finns i BMS)
- Tydlig plan för sjukskrivning görs.

När ungefär 28 dagars sjukskrivning passeras:

Ta ställning till risk för ”långtidssjukskrivning” av andra skäl än tydligt medicinska / sjukskrivningsskada. Använd gärna formulär för screeninghjälp. (kan gå vidare med Örebros checklista för diagnostisering av utmattningssyndrom)

Lathund för formulär:
Linton efter bedömning av intervju och > 90 p på formulär
Stressformulär: Ekensbergs version, ja på minst hälften av frågorna.
Nyströms formulär > 25p

Ta ställning till behov av remiss till bedömningsteamet BDT. Vid remiss, ska screeningsformulär vara ifyllda och läkaren informerar patienten om gången. Samtycke är viktigt. Patient info 1. Patient kan ges hemuppgiften, följs upp hos arbetsterapeut.

Bedömningsteam (BDT) är ett fast team: arbetsterapeut Monique, kurator Marie, läkare Margus och sjukgymnast Mia. BDT har en fast mötestid i veckan (tisdag fm)

- Remissgenomgång närmaste tisdag, Patient ges skriftlig info, Pat info 2 och hemuppgift. Kallas till individuell bedömning hos arbetsterapeut, kurator och sjukgymnast.

- Team träff närmaste tisdag för multimodal bedömning. Där även en fast tid med FK / AF finns. Förslag på vårdinsats ges och dokumenteras i läkarjournal under sökord BDT. Teamet följer utarbetad checklista för bedömning.

- Bedömning och förslag på vårdinsats återförs till PAL på närmaste Rehabmöte (torsdags möte, tiderna finns i pärmen plan 1). De som är berörda ska vara pålästa ang. patient innan mötet. Bedömningsteamet ansvarar för att FK får information ang. vilka patient som tas upp.

- Rehabmöte (torsdagsmöte): FK / AF vid behov, ansvarig läkare och bedömningsteamet samråder ang. behandlingsstrategi. Ansvarig läkare erbjuder patient åtgärdsförslaget och skriver in patientens svar i journal BDT.(dokumentation viktig, att det går att följa för berörda och inte avhängigt en person).

  Tidsprognos 2-3 v till Rehabmöte från inkommande remiss

Behandlingsteam (BHT) sätts samman efter behov av insats och som medför minsta byte av personal för patient.

- Erbjuds patienten behandlingsteam startar den med en vårdplanering /avstämningsmöte som alltid utgår från en vägledningsplan. Patient, PAL, FK och behandlare deltar. Mötet dokumenteras i läkarjournal sökord BHT.

- Uppföljningar av vägledningsplanen görs vid avstämningsmöten. Där patient FK, AF, PAL och behandlare deltar utifrån behov. Dokumenteras i läkarjournal, BHT.

- FK kopplar in arbetsgivare (FHV). Kallar skriftligen till möten.

- Teamen ansvarar för att rehabiliteringen går framåt och slussar vidare vid behov ex smärtmottagningen, psykiatrin mm.

  Tids prognos startat med rehabilitering/avstämningsmöte inom 1-2
  Bilaga 2

Vägledningsplan

PAT.NAMN / PERS.NR:

_____

DATUM:_____

Medverkande:

Mål / delmål	Nuläget	Åtgärdsplanering	Avstämning/uppföljning

Bilaga 3 Hälsobarometer Euroqol

start tid	sluttid	tid i proj (mån)	eq ind in	eq ind ut	förändr	baro in	baro ut	förändring
2007 05	2007 09	4	- 0,015	0,43		35	50	
2007 03	2007 08	5	0,698	0,796		50	75	
2006 09	2007 03	6	0,796	0,796		60	70	
2007 06	2008 03	9	0,189	0,516		25	50	
2007 06	2008 02	8	0,401	0,689		0	54	
2007 07	2008 01	6	0,098	0,848		30	65	
2007 06	2007 07	1	0,433	1		80	100	
2006 07	2007 08	13	-0,238	-0.015		15	35	
2007 06	2007 08	2	0,796	0,796		60	90	
2007 12	2008 03	4	0,62	0,62		35	75	
2006 07	2007 04	9	0,689	0,796		70	75	
2006 09	2006 10	1	0,725	0,689		65	65	
2006 09	2007 03	6	0,03	0,62		20	70	
2007 03	2007 05	2	0,197	0,848		22	40	
2006 12	2007 06	6	0,255	0,725		25	75	
2007 02	2007 06	4	0,725	0,796		40	80	
2007 08	2007 09	1	0,088	0,088		40	50	
2007 04	2007 09	5	0,362	0,725		15	73	
2007 02	2007 06	4	0,848	0,848		65	90	
2006 09	2007 04	7	0,725	0,725		50	70	
2007 02	2007 07	5	0,689	1		50	87	
2007 03	2007 08	5	0,098	0,796		30	80	
2007 06	2007 12	6	0,362	0,725		48	60	
2007 01	2007 02	1	0,255	0,725		20	70	
2006 09	2007 03	6	0,156	-0,725		40	70	
2006 10	2007 06	8	0,725	0,725		50	75	
2007 06	2007 08	2	0,485	1		60	90	
2007 07	2007 08	1	0,362	1		50	80	
2007 03	2008 01	10	0,812	0,842		45	85	
2007 05	2007 08	3	0,255	1		40	80	
2007 03	2007 04	1	0,291	0,725		30	65	
2007 06	2007 07	1	0,812	0,848		70	90	
2006 12	207 08	9	0,156	0,769		35	95	
		161				1370	2379	
	MEDEL **4,9 MÅN** I PROJEKTET							
						MED 41,5	72	MED.

DELTAGARNA GÅR UT MED +30 I BAROMETER VÅ