

Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård

Patienter med vissa psykiatriska diagnoser

Återföring av tillsynsbesök 2006–2007

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en Tillsynsåterföring. Det innebär att den innehåller en sammanställning av iakttagelser och resultat från regional tillsyn eller riksomfattande verksamhetstillsyn inom hälso- och sjukvård, socialtjänsten, hälso- skyddet och smittskyddet. Till tillsynsåterföring räknas också sammanställningar av t ex Lex Maria och andra anmälningsärenden. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser.

Artikelnr 2007-109-25

Publicerad www.socialstyrelsen.se, september 2007

Förord

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet inför budgetåret 2003 ett uppdrag att bedriva tillsyn för att förbättra kvaliteten i sjukskrivningsprocessen.

Under 2004 och 2005 besökte Socialstyrelsen vårdcentraler, företagshälsovårdsenheter samt privatpraktiserande allmänläkare, ortopedier och psykiatriker. Vid besöken intervjuade Socialstyrelsen verksamhetschefer och sjukskrivande läkare och förde en dialog med dem om sjukskrivningsfrågor. Inför besöken granskades ett urval journaler. Rapporter över tillsynsaktiviteterna har publicerats årligen.

Under 2006–2007 har Socialstyrelsen besökt psykiatriska öppenvårdsmottagningar och vårdcentraler och intervjuat personalgrupper sammansatta av verksamhetschefer, sjukskrivande läkare samt andra yrkeskategorier som är involverade i vården av långtidssjukskrivna patienter med utvalda psykiatriska diagnoser. Inför besöken har Socialstyrelsen granskat ett urval journaler för långtidssjukskrivna patienter med de valda diagnoserna.

Under den tid som projektet har pågått har det skett förändringar i samhället som påverkar alla aktörer i sjukskrivningsprocessen. De som Socialstyrelsen nu har besökt har därför delvis andra förutsättningar för kvalitetsarbete som rör sjukskrivningsprocessen än de som besöktes under projektets första år. Inom kort publiceras också Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukskrivning, så förutsättningarna kommer att förändras ytterligare.

Den här rapporten är en återföring av resultatet från tillsynen av psykiatriska öppenvårdsmottagningar och vårdcentraler till vårdgivare, verksamhetsansvariga och berörd personal inom vården, och är tänkt som ett underlag för det fortsatta kvalitetsarbetet.

Utvecklingen av tillsynsmetodiken, planeringen av genomförandet och avrapporteringen genomfördes av en projektgrupp med medarbetare från samtliga sex regionala tillsynsenheter. Under 2006–2007 medverkade byrådirektörerna Margareta Engberg, Anne Vaher, Anna Berggren och Sven Lewin samt tillsynsläkaren Roy Persson. Projektledare var byrådirektören Anna Jedenius. Avdelningsdirektören Björn Emanuelsson ansvarade för arbetet med att ta fram det statistiska underlaget.

Johan Carlson
Avdelningschef
Tillsynsavdelningen

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Bakgrund och utgångspunkter</i>	9
Bakgrund	9
Förutsättningar för tillsynen	9
Syfte	10
<i>Genomförande</i>	11
<i>Kvalitet i sjukskrivningsprocessen</i>	12
Kort om sjukskrivningsprocessen	12
Sjukvården och sjukförsäkringen	13
Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet	13
<i>Resultat</i>	15
Inledning	15
Kvalitetsarbete som rör sjukskrivningsprocessen	15
Centrala direktiv från vårdgivarna	15
Lokala skriftliga rutiner	16
Vårdprogram	16
Uppföljning och utvärdering	16
Medicinska underlag och journalföring	16
Resurser	17
Kontinuitet	17
Interna resurser	17
Externa resurser	18
Resursskillnader	18
Väntetider som förlänger sjukskrivningar	19
Koordinatorer	19
Utbildning, kompetens och kompetensutveckling	19
Försäkringsmedicinsk utbildning	19
”Tillräcklig” försäkringsmedicinsk kompetens	20
Försäkringskassan och andra kunskapskällor	20
Andra utbildningsinsatser	20
Handledning	21
Tillgång till psykiatrisk konsult eller teamverksamhet	21
Kunskap om patientens arbetsförhållanden och kontakter med arbetsgivarna	21
Så gör man i vården	22
Intern samverkan	22
Samverkan mellan psykiatri och primärvård	22
Behandlingskontakt med patienten	23
Vem träffar patienten vid sjukskrivning?	23
Dialog med patienten	24
Skattningsskalor och andra metoder	24

Risikfaktorer hos patienten	25
Dokumentationen som underlag för sjukskrivning	25
Extern samverkan	26
Samverkan kring enskilda patienter	26
Samverkan på organisatorisk nivå	27
Varför inte samverkan?	27
Synpunkter på samverkan med de externa rehabiliteringsaktörerna	28
Väntetider och passiv sjukskrivning	29
<i>Diskussion</i>	30
Kvalitetsarbete	30
Kompetens	30
Samverkan inom hälso- och sjukvården	31
Arbetsredskap	31
Dokumentation	32
Samverkan med externa aktörer	33
Avslutningsvis	33
<i>Slutsatser</i>	35
<i>Bilagor</i>	36
Bilaga 1. Urval m.m.	36
Urval av enheter	36
Urval av journaler	36
Datainsamling	36
Bortfall	37

Sammanfattning

Socialstyrelsen fick år 2003 ett regeringsuppdrag att bidra till förbättrad kvalitet i sjukskrivningsprocessen och att genom tillsynsaktiviteter skapa en väl underbyggd bild av sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården, som ett underlag för att utveckla kvaliteten.

Utgångspunkten var att sjukskrivning är resultatet av en process som innefattar flera aktörers insatser, bedömningar och beslut och att det oftast är nödvändigt att aktörerna samverkar för att resultatet ska bli bra. Huvudaktörerna i sjukskrivningsprocessen är individen själv, hälso- och sjukvården, försäkringskassan, arbetsgivaren, i förekommande fall företagshälsovården samt arbetsförmedlingen. Sjukvården ansvarar för vård och behandling, medicinsk rehabilitering och för att utfärda medicinskt underlag, ”sjukintyg”, till försäkringskassan. Sjukskrivning är en del av vården och behandlingen av patienten och bör vara en aktiv del av den.

Under 2006–2007 har Socialstyrelsen besökt 115 psykiatriska öppenvårdsmottagningar och 63 vårdcentraler och granskat 866 patientjournaler. Tillsynsmodellen har liksom tidigare omfattat journalgranskning, intervjuer och genomgång av eventuella styrdokument om sjukskrivning. Fokus har varit långtidssjukskrivna (> 60 dagar) patienter med vissa psykiatriska diagnoser (depressioner av olika slag (däribland utmattningsdepressioner), olika ångesttillstånd (fobier m.m.) och stressreaktioner, kriser och PTSD (*post traumatic stress disorder*). Patienter med de här sjukdomarna vårdas och sjukskrivs inom både psykiatrin och primärvården. Vid vårdcentralerna är det oftast läkaren som träffar patienten. Vid de psykiatriska mottagningarna är det ofta personal från andra yrkeskategorier än läkare som har behandlingskontakten med patienten. Läkaren ingår i ett samverkande team, men träffar ganska sällan patienten inför t.ex. förlängning av sjukskrivning. Läkaren förlitar sig då på bedömning och underlag från patientens behandlare. Personal från andra yrkeskategorier än läkare har sällan någon försäkringsmedicinsk utbildning. Läkarna använder andra yrkeskategoriers dokumentation som underlag för medicinska underlag och läkarutlåtande om hälsotillstånd. Sådant som man vid intervjuerna uppgav att man frågar patienter om och dokumenterar, som t.ex. riskfaktorerna alkoholbruk, sömnvanor och tablett- eller narkotikamissbruk, framgick inte i motsvarande utsträckning vid journalgranskningen. I de medicinska underlagen saknades ganska ofta uppgifter om patientens status och om hur sjukdomen begränsar patientens förmåga eller aktivitet. Kunskapen om patientens arbetsförhållanden kommer oftast från patienten själv, men ibland händer det att någon gör arbetsplatsbesök, dock sällan läkaren.

Främst psykiatriska mottagningar men även vissa vårdcentraler anser att de saknar tillräckliga läkarresurser. Båda verksamhetstyperna anser att de behöver större tillgång till sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Vårdcentralerna upplever i större utsträckning än de psykiatriska mottagningarna att det råder brist på psykologer och socionomer.

På många håll finns det en dokumenterad struktur för arbetsfördelning mellan de psykiatriska mottagningarna och vårdcentralerna. Man har dock olika uppfattning om hur väl det fungerar i praktiken, liksom hur samverkan mellan verksamheterna fungerar. Det här dokumenteras inte särskilt ofta.

Den vanligaste externa aktören som vården samverkar med är försäkringskassan, både på organisatorisk nivå och kring enskilda patienter. Arbetsförmedlingen förekommer också som samverkanspartner, fast i mindre utsträckning. Övriga externa aktörer förekommer mera sällan i samverkan på organisatorisk nivå. Många upplever problem i samverkan med försäkringskassan. Problemen beskrivs ofta som en följd av handlägggarbyten och omorganisation. När försäkringskassan t.ex. lämnar närhetsprincipen och övergår till arbetsgivarspåret menar vården att det blir svårt för dem att hitta former för samverkan med flera olika lokalkontor och att det geografiska avståndet gör det svårare att organisera möten. Det finns dock psykiatriska mottagningar och vårdcentraler som har goda kontakter och väl fungerande samverkan med försäkringskassan och som beskriver samverkan som ganska problemfri med god personkännedom och korta kontaktvägar.

Ett särskilt problem för vården är unga vuxna patienter som är arbetslösa och som aldrig har haft kontakt med arbetslivet. Representanter för vården menar att det i stor utsträckning saknas lämpliga åtgärder för att ta vara på de här personernas funktions- och arbetsförmåga.

Vårdgivarna har i mycket liten utsträckning infört ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som omfattar sjukskrivningsprocessen. Även om vårdcentralerna allt mer har infört lokala rutiner för sjukskrivning så saknas det sådana vid flertalet psykiatriska mottagningar. Kvalitetsarbete ska bedrivas enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Det ska omfatta bemötande av patienter, metoder för diagnostik, vård och behandling, kompetens, samverkan och samarbete, riskhantering, avvikelshantering, försörjning av tjänster, produkter och teknik samt spårbarhet. I föreskriften finns även krav på egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring. Kvalitetsarbetet ska omfatta alla vårdprocesser och alltså även sjukskrivningsprocessen.

På flera håll i samhället pågår det olika aktiviteter med fokus på långtids-sjukskrivningar. Bland annat har landstingen fått särskilda medel för att minska sjuktalen ("miljardsatsningen") och samarbetar med försäkringskassan för att uppnå målet för satsningen. Ett annat exempel är att det i oktober 2007 kommer att publiceras ett beslutsstöd i form av nationella riktlinjer för sjukskrivning. Det handlar om åtgärder av olika slag och hos olika aktörer. Det kan därför ta tid innan det går att mäta resultatet av enskilda insatser.

Vårdgivarna måste sätta upp mål för det systematiska kvalitetsarbetet och ge direktiv för mål, organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser. Genom ledningssystemet ska vårdgivarna ge verksamhetscheferna ramar och vägledning för det lokala kvalitetsarbetet och de lokala rutinerna samt aktivt efterfråga resultat av kvalitetsarbete. Vårdgivarna måste därför se till att ledningssystemet även omfattar sjukskrivningsprocessen.

Socialstyrelsen vill särskilt framhålla att hälso- och sjukvården måste satsa på åtgärder som förbättrar områdena kvalitetsarbete, utbildning, samverkan (intern och extern) och dokumentation i de delar som rör sjukskrivningsprocessen.

Bakgrund och utgångspunkter

Bakgrund

För att möta den kraftiga ökningen av antalet sjukskrivna och förtidspensionerade personer presenterade regeringen i budgetpropositionen för år 2003 ett åtgärdsprogram i elva punkter för ökad hälsa i arbetslivet. Målet var att halvera frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivningar, exklusive sjuklöneperioden, fram till år 2008.

Socialstyrelsen har från och med år 2003 haft i uppdrag att bedriva tillsynsaktiviteter som ska bidra till att förbättra kvaliteten i sjukskrivningsprocessen. Aktiviteterna skulle ursprungligen pågå under tre år till och med år 2005, men har förlängts till och med år 2007. Socialstyrelsen har tidigare publicerat rapporter från tillsynen av sjukskrivningsprocessen i primärvården (2005), företagshälsovården (2006) och privatläkare (2006) samt en sammanfattande PM (2006).

Förutsättningar för tillsynen

Sjukskrivningsprocessen innefattar flera aktörers aktiviteter, bedömningar och beslut. Huvudaktörerna är individen, hälso- och sjukvården, arbetsgivaren, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten. Sjukskrivningsprocessen är mycket nära förknippad med rehabiliteringsprocessen. Hälso- och sjukvården ansvarar för vård och behandling, medicinsk rehabilitering samt för att utfärda medicinska underlag och bör i sjukskrivnings-sammanhang samverka med övriga aktörer.

Behovet av sjukskrivning kommer i framtiden att i allt högre grad att bedömas i förhållande till patientens kvarvarande **funktions- och arbetsförmåga** i stället för till hans eller hennes oförmåga. Läkaren kan dessutom behöva ta ställning till huruvida sjukdomen eller tillfrisknandet kräver att patienten avstår från att arbeta eller söka arbete. I andra fall kan sjukdom eller skada göra att patienten saknar möjlighet att arbeta, utan att sjukskrivningen i sig har någon inverkan på hälsotillståndet, vilket kan innebära att patienten har rätt till sjukpenning som ersättning för förlorad arbetsinkomst. När läkaren ordinerar sjukskrivning är det en del av vården och behandlingen av patienten och sjukskrivningen måste vara en aktiv del av den.

I de författningar som reglerar hälso- och sjukvården finns det inte mycket som uttryckligen handlar om sjukskrivningsprocessen. Ramlagstiftning och föreskrifter förutsätter oftast lokala tillämpningar. Också när det gäller sjukskrivningsprocessen måste man tillämpa de generella kvalitetskraven i författningarna och även här förutsätts lokala tillämpningar. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården ska alla vårdprocesser kvalitetssäkras, alltså även sjukskrivningsprocessen. I patientjournalagen (1985:562), PjL, regleras kraven på dokumentationen i patientjournalerna och i Social-

styrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. framgår vilka krav som ställs när intyg utfärdas i olika sammanhang.

Syfte

Syftet med 2006–2007 års tillsyn har formulerats mot bakgrund av inriktningen på och resultaten av tidigare genomförda tillsynsaktiviteter. Det är främst att beskriva och bedöma vilka förutsättningar läkare inom den psykiatriska öppenvården respektive vid vårdcentraler har att arbeta med sjukskrivning och rehabilitering av långtidssjukskrivna patienter med psykiatriska sjukdomstillstånd, samt att beskriva hur andra yrkeskategoriers insatser ingår i överväganden kring sjukskrivning och rehabilitering. Tillsynen ska belysa skillnader mellan den psykiatriska öppenvården och vårdcentralerna. Liksom tidigare i projektet finns ett övergripande syfte att granska hur väl verksamheterna följer tillämpliga lagar och föreskrifter, främst patientjournalagen, Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården och Socialstyrelsens föreskrift om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. Ett ytterligare syfte är att granska hur rehabiliteringsbehov tillgodoses vid sjukskrivning av patienter med psykiatriska sjukdomstillstånd. Målet med tillsynsaktiviteten är att bidra till en förbättrad kvalitet i sjukskrivningsprocessen, genom att skapa en väl underbyggd bild av läkares och andra yrkeskategoriers roller i sjukskrivningsprocessen, samt att sjukskrivande läkare, annan berörd hälso- och sjukvårdspersonal och vårdgivarna ska ta del av och ta hänsyn till innehållet i tillsynsrapporten. Arbetet bedrivs i form av verksamhetstillsyn med såväl stödjande som granskande insatser.

Genomförande

Under våren 2003 intervjuade Socialstyrelsen allmänläkare på elva vårdcentraler. Utifrån det intervjumaterialet och mot bakgrund av tillämpliga författningar utformades en tillsynsmodell. Modellen prövades sedan på tolv vårdcentraler runt om i landet. Efter utvärdering och revidering utformades sedan den tillsynsmodell som har använts i tillsynen av primärvården år 2004 och med vissa mindre förändringar i tillsynen av företagshälsovården och privatpraktiserande läkare år 2005. De tidigare erfarenheterna har legat till grund även för den tillsynsmodell som har använts i den tillsyn som den här rapporten handlar om. Urvalet av tillsynsobjekt och intervjufrågorna har anpassats efter tillsynens fokus på psykiatrisk öppenvård.

Tillsynsmodellen består som tidigare av journalgranskning och intervjuer enligt strukturerade formulär. Socialstyrelsen har gjort intervjuer vid 115 psykiatriska öppenvårdsmottagningar med allmänpsykiatrisk inriktning och 63 vårdcentraler. Vidare har sammanlagt 866 journaler granskats (566 från psykiatriska mottagningar och 300 från vårdcentraler). Journalerna har gällt patienter med ett begränsat urval psykiatriska diagnoser: depressioner av olika slag (däribland utmattningsdepressioner), olika ångesttillstånd (fobier m.m.) och stressreaktioner, kriser och PTSD (*post traumatic stress disorder*). Journalgranskningen genomfördes före besöken.

Intervjuerna genomfördes i form av gruppintervjuer med representanter från de flesta yrkeskategorier som deltog i vården av långtidssjukskrivna patienter. Det har varit läkare, psykologer, kuratorer/socionomer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, sjuksköterskor eller mentalskötare som har deltagit i intervjugrupporna. De besökta enheternas verksamhetschefer ombads att närvara och fick i uppdrag att utse vilka och hur många som skulle delta, dock inte fler än totalt åtta personer. Beroende på det och på enheternas olika storlek och personalsammansättning blev intervjugrupporna olika stora och med olika representation av yrkeskategorierna. Vid intervjuerna gavs också utrymme för dialog och kommentarer. Intervjuerna hade fokus på de ovan nämnda diagnosgrupporna. Vid besöket tog Socialstyrelsen in eventuella styrdokument om sjukskrivning.

Journalgranskningen och intervjun utgjorde tillsammans underlaget för ett omdöme om respektive vårdenhets arbete med sjukskrivningsprocessen.

Ytterligare uppgifter om urval, bortfall med mera finns i bilaga 1.

Kvalitet i sjukskrivningsprocessen

Socialförsäkringssystemet har utretts flera gånger under 2000-talet. En stor förändring som har genomförts under senare år var sammanslagningen av landets försäkringskassor och Riksförsäkringsverket till en myndighet, Försäkringskassan. Det kommer också att genomföras förändringar som rör sjukskrivningsprocessen under kommande år, några av dem som resultat av Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma regeringsuppdrag att bl.a. ta fram ett nationellt beslutsstöd för sjukskrivning. En pilottest av beslutsstödet genomfördes under maj–juni 2007 i tre landsting och hos Försäkringskassan i samma områden. Beslutsstödet ska publiceras den 1 oktober 2007 och det är meningen att hälso- och sjukvården då ska börja använda det. Därefter ska riktlinjerna börja tillämpas i Försäkringskassans arbete från och med februari 2008. Försäkringskassan kommer också att med början hösten 2007 genomföra förändringar i organisation och arbetssätt.

Kort om sjukskrivningsprocessen

Sjukskrivningsprocessen har beskrivits i delbetänkandet SOU 2000:72, Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter. Från det att sjukansökan görs till dess att sjukfallet avslutas gör försäkringskassan ett antal bedömningar som grundar sig på uppgifter som lämnas från den försäkrade, läkare, arbetsgivare m.fl. aktörer i sjukskrivningsprocessen. Kort kan processen för en anställd beskrivas enligt följande: den försäkrade gör sjukansökan till sin arbetsgivare och från och med åttonde sjukdagen lämnar han eller hon ett medicinskt underlag som utfärdats av en läkare, ett "läkarintyg". Arbetsgivaren betalar sjuklön under den första tiden förutom för karensdagen. Om sjukfallet blir längre än sjuklöneperioden gör arbetsgivaren sjukansökan till försäkringskassan. Den försäkrade fyller i en särskild försäkran och lämnar den tillsammans med ett medicinskt underlag till försäkringskassan, som gör en bedömning av rätten till sjukpenning. Sjukpenningen betalas till den försäkrade. Vid längre sjukfall gör försäkringskassan en fördjupad bedömning av rätten till sjukpenning och en bedömning av rehabiliteringsbehovet. Försäkringsläkaren yttrar sig över det medicinska underlaget.

Hälso- och sjukvårdens och framför allt läkarens roll i sjukskrivningsprocessen är förutom att behandla patienten/den försäkrade också att utfärda de medicinska underlag (läkarintyg, sjukintyg) som, tillsammans med andra uppgifter, ligger till grund för försäkringskassans bedömning av rätt till sjukpenning. Läkaren ska uttala sig om nedsättning av arbetsförmågan, pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd, behovet av övrig rehabilitering och hur länge personen beräknas ha nedsatt funktionsförmåga p.g.a. sjukdom samt göra en bedömning av i vilken grad den nedsatta funktionen påverkar arbetsförmågan. Fokus kommer i framtiden alltmer att ligga

på funktionsförmåga och arbetsförmåga i stället för funktionsnedsättning och arbetsoförmåga.

Sjukvården och sjukförsäkringen

Sjukförsäkringen regleras i en rättighetslagstiftning och sjukvården i en skyldighetslagstiftning. Sjukvården och sjukförsäkringen är i princip båda nödvändiga delar i det skydd som finns när någon blir sjuk. Samlat erbjuder de dels vård respektive ekonomisk ersättning när en person drabbats av sjukdom eller liknande, dels ger de individer trygghet om något skulle hända. Det finns inte någon direkt organisatorisk koppling mellan systemen och ändå måste det nära beroendet som finns mellan dem hanteras. Olika medicinska tillstånd leder till olika efterfrågan på sjukvård respektive sjukförsäkring. Det kan innebära att prioriteringar inom det ena systemet motverkar mål inom det andra. Ett exempel är att vård i livets slutskede är högt prioriterat, vilket kan innebära att insatser som hjälper yngre personer att återgå i arbetet får stå tillbaka om det är brist på resurser. Som bilaga 4 till ovan nämnda SOU 2000:72 finns en rapport från Statskontoret: Sjukvårdens konsekvens för sjukförsäkringen. I den diskuteras bl.a. vårdköer och hur de eventuellt påverkar sjukförsäkringen. Det konstateras att det saknas incitament för sjukvården att bidra till att motverka vissa typer av vårdköer som kan vara kostsamma för sjukförsäkringen. Allmän vårdköinformation säger inget om huruvida väntetider innebär kostnader för sjukförsäkringen, även om väntan i en vårdkö kan innebära ökad eller onödig sjukskrivning både i direkt anslutning till väntan och senare. Den intressanta frågan är i varje enskilt fall hur mycket sjukskrivning som hade kunnat undvikas om den enskilde inte hade behövt vänta i vårdkö, eller annorlunda formulerat: Hur mycket lägre hade sjukförsäkringskostnaden varit om vårdköerna fungerade optimalt ur ett sjukförsäkringsperspektiv?

Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården innehåller bestämmelser om systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Där beskriver Socialstyrelsen vilket ansvar vårdgivare, verksamhetschef respektive hälso- och sjukvårdspersonalen har. Socialstyrelsen har tagit fram en vägledning till föreskriften: God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2006).

Av vägledningen framgår bl.a. följande: Ett väl fungerande ledningssystem är en förutsättning för att såväl enskilda verksamheter som vårdgivare ska kunna följa upp att kvaliteten, inklusive säkerheten, systematiskt och fortlöpande säkras och utvecklas. Ett ledningssystem är ett system för att fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten, sätta upp mål i enlighet med kvalitetsområden/krav och följa upp och utvärdera de här målen. Föreskriftens krav på ledningssystem innebär att det ska finnas en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kun-

na utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att han eller hon kan ge en säker vård. För en komplex verksamhet som hälso- och sjukvård behövs därför klara regler, rutiner och ansvarsfördelning på alla nivåer. Ett kvalitetsledningssystem ska inte vara ett separat system, utan det ska vara integrerat i det ledningssystem som organisationen redan har. Ett välplanerat och genomfört system förbättrar kvaliteten och optimerar organisationens interna funktioner, men ger också ett bättre samarbete med externa enheter och aktörer. Ett ledningssystem ska vara enkelt och inte mera komplext än nödvändigt och inte mer omfattande än vad som behövs för att uppfylla verksamhetens mål. Målen ska vara mätbara, dokumenteras och kontinuerligt följas upp.

Vårdgivaren ska fastställa verksamhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet och ska kontinuerligt följa upp och utvärdera dem. Vårdgivaren ska också se till att chefer och medarbetare har den kompetens, det engagemang, det ansvar och de befogenheter som krävs för att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. För viktiga processer ska mätbara mål, mått och mätrutiner efterfrågas och följas upp. Det gäller även sådana som är verksamhetsöverskridande. Vårdgivarens synliga engagemang och aktiva intresse har på så sätt en avgörande betydelse för verksamhetens resultat.

Inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ansvarar verksamhetschefen för att verksamhetsmålen formuleras så att de är mätbara och för att de nås. Vårdgivarens ledningssystem ska tydliggöra hur ansvaret fördelas på enskilda verksamhetschefer, liksom mellan enskilda verksamhetschefer och ledningen. Vid oklarheter bör verksamhetschefen be ledningen om klargöranden.

Alla medarbetare ska aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Det är alla medarbetares ansvar att delta i arbetet med uppföljning av mål och resultat.

Det systematiska kvalitetsarbetet ska vara helt integrerat i verksamheten.

De områden som föreskriften omfattar är bemötande av patienter, metoder för diagnostik, vård och behandling, kompetens, samverkan och samarbete, riskhantering, avvikelshantering, försörjning av tjänster, produkter och teknik samt spårbarhet. I föreskriften finns även krav på egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring.

Liksom andra vårdprocesser ska sjukskrivningsprocessen omfattas av ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Resultat

Inledning

Resultatet av tillsynen presenteras nedan i fem huvudområden och med fokus främst på hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete. De fem områdena är Kvalitetsarbete avseende sjukskrivningsprocessen, Resurser, Utbildning, kompetens och kompetensutveckling, Så gör man i vården och Extern samverkan.

För den som vill fördjupa sig i grundmaterialet finns tabeller i en separat bilaga, ”Grundtabeller”. Ganska många frågor var frisvarsfrågor och svaren på dem redovisas inte i grundmaterialet.

Kvalitetsarbete som rör sjukskrivningsprocessen

Vid så få som en fjärdedel av vårdcentralerna och vid några få av de psykiatriska mottagningarna finns det tid avsatt för kvalitetssäkring av sjukskrivningsprocessen. Det som annars förekommer är t.ex. diskussioner på planeringsdagar eller vid andra arbetsplatsmöten, som läkarmöten, genomgång av statistikuppgifter från försäkringskassan eller annat kvalitetsarbete som inte specifikt handlar om sjukskrivningsprocessen. Några medarbetare anger att tidsbrist och journalsystem som inte medger att man hämtar ut uppgifter om långtidssjukskrivna är några av skälen till att de inte bedriver kvalitetsarbete.

Vid de psykiatriska mottagningar som varken har centrala riktlinjer, lokala rutiner eller vårdprogram är det oftast teamets gemensamma förhållningssätt som bestämmer i de sjukskrivningsfrågor som kommer upp och ganska sällan är det den enskilde läkaren som avgör. På vårdcentraler utan riktlinjer, rutiner och vårdprogram är det tvärtom oftast den enskilde läkaren som avgör de sjukskrivningsfrågor som kommer upp och i ganska få fall avgörs de frågorna genom ett gemensamt förhållningssätt i ett team vid vårdcentralen. Skillnaden förklaras delvis med olika arbetssätt, på så sätt att flertalet psykiatriska mottagningar arbetar i team, medan få vårdcentraler gör det.

Centrala direktiv från vårdgivarna

I intervjuerna uppger man vid knappt 20 procent av vårdcentralerna och 5 procent av de psykiatriska mottagningarna att man kände till centrala direktiv som vårdgivaren hade gett ut kring handläggning av sjukskrivning. År 2004 var motsvarande siffra för vårdcentralerna 6 procent.

Det här är delvis ett informations- och införandeproblem. Det finns centrala direktiv i fler fall än vad som är känt i vården; inom en vårdgivares område känner vissa vårdenheter till de centrala direktiven medan andra inte känner till att de finns.

Lokala skriftliga rutiner

I intervjuerna uppger man att det vid knappt 40 procent av vårdcentralerna och knappt 10 procent av de psykiatriska mottagningarna finns kända skriftliga lokala rutiner (eller PM och andra dokument) som rör handläggning av sjukskrivning. År 2004 fanns det skriftliga lokala rutiner vid knappt 20 procent av vårdcentralerna.

Vårdprogram

I intervjuerna framkommer det att drygt 50 procent av de psykiatriska mottagningarna och 20 procent av vårdcentralerna använder något vårdprogram för de aktuella diagnosgrupperna. Vårdprogrammen innehåller dock sällan några principer för sjukskrivning.

Uppföljning och utvärdering

Regelbundna uppföljningar av sjukskrivningsmönstret för långtidssjukskrivningarna görs vid cirka 20 procent av vårdcentralerna och 5 procent av de psykiatriska mottagningarna. Vid cirka 20 procent av vårdcentralerna och 15 procent av de psykiatriska mottagningarna anger läkarna att de gör uppföljning på individnivå av sina egna sjukskrivningsmönster. År 2004 gjordes regelbundna uppföljningar av gruppen långtidssjukskrivna vid 20 procent av vårdcentralerna. Av dem som har avsatt tid för kvalitetsuppföljning gör ungefär hälften regelbundna uppföljningar av enhetens sjukskrivningsmönster. I de fall där läkarna gör egna uppföljningar ligger de ofta utanför enhetens organiserade kvalitetsarbete.

Medicinska underlag och journalföring

En kopia av det medicinska underlaget ska förvaras i patientens journal som en journalhandling. I kvalitetsarbetet ingår också rutiner för journalföring och utfärdande av medicinska underlag. En del av tillsynsaktiviteten har varit granskning av journalföringen och hur de medicinska underlagen har fyllts i.

Vid vårdcentralerna är alla de medicinska underlag som granskats läsbara (maskinskrift eller jämförbart) och på ett lättförståeligt språk. Vid de psykiatriska mottagningarna är de medicinska underlagens läsbarhet något sämre och cirka 15 procent av de granskade underlagen var handskrivna och bedömdes som svårlästa. I stort sett alla är ändå skrivna med ett lättförståeligt språk.

I drygt 30 procent av de granskade medicinska underlagen saknas det relevanta data om status och objektiva undersökningsfynd och uppgift om hur sjukdomen begränsar patientens förmåga eller aktivitet. Det motsvarar uppgiften från Försäkringskassan att handläggarna i 30 procent av nyinkomna ärenden tvingas begära in läkarintyg eller kompletteringar av begäran om sjukpenning (Aner Liljedahl E, 2006, *Delrapport 1, Nulägesbeskrivning – inventering och analys av beslutsunderstöd för bedömning av rätten till sjukpenning*, Försäkringskassan, Stockholm).

Övriga uppgifter i de medicinska underlagen är ganska väl ifyllda och på nästan alla underlag finns en diagnoskod angiven.

Ett moment i journalgranskningen var att bedöma om journalerna innehöll de uppgifter som behövs för en god och säker vård i det aktuella sjukfallet. Bedömningen gjordes mot lägsta godtagbara nivå enligt patientjournallagen. Nästan samtliga journaler från de psykiatriska mottagningarna och knappt 90 procent av journalerna från vårdcentralerna innehåller de nödvändiga uppgifterna, i några fall efter komplettering med äldre journaluppgifter. För vårdcentralerna innebär det ingen förändring jämfört med granskningen år 2004.

De uppgifter som saknas i journalerna är främst planering av medicinska rehabiliteringsåtgärder, planering av arbetsrehabiliteringsåtgärder, medicinsk bedömning och planering av medicinska åtgärder.

Resurser

De psykiatriska mottagningar och vårdcentraler som Socialstyrelsen har besökt är olika stora både när det gäller antal läkare och tillgång till andra personalkategorier och när det gäller befolkningsunderlag och geografiskt upptagningsområde.

De frågor vi har ställt om resurser gäller om verksamheterna själva anser att de har tillräcklig tillgång till de personalkategorier som behövs för vården av långtidssjukskrivna patienter med angivna diagnoser. Det som redovisas är alltså en upplevd brist hos dem som intervjuats och inte något ställningstagande till om den personal som finns faktiskt är otillräcklig eller tillräcklig.

Kontinuitet

När det gäller sjukskrivande läkare för långtidssjukskrivna patienter är kontinuiteten rätt varierande, men de flesta patienterna har ändå en och samma behandlande eller patientansvarig läkare. I primärvården anger drygt 60 procent av vårdcentralerna att minst 90 procent av patienterna har kontinuitet i läkarkontakten. Vid knappt 40 procent av de psykiatriska mottagningarna har lika stor andel patienter kontinuitet i läkarkontakten. Det här tyder på att personal från andra personalkategorier i den psykiatriska vården är mycket viktiga i sjukskrivningsprocessen, eftersom enheterna anger att de har hög kontinuitet i andra personalgrupper. De här siffrorna kan jämföras med journalgranskningen, där det vid vårdcentralerna framgår att huvuddelen av de medicinska underlagen har utfärdats av en och samma läkare, medan motsvarande andel för de psykiatriska mottagningarna är lägre. De enheter som anlitar hyrläkare berättade att de ibland har problem med såväl kontinuitet som noggranna överväganden i sjukskrivningsfrågor. Det förekommer dock att man anlitar en och samma hyrläkare under lång tid, vilket kan minska de här problemen.

Interna resurser

När vi har frågat efter vilka interna resurser de besökta enheterna har, har vi med ”interna” menat de resurser som organisatoriskt lyder under enhetens verksamhetschef.

Vid en femtedel av de psykiatriska mottagningarna och en tredjedel av vårdcentralerna menar de intervjuade att det finns tillgång till läkare i tillräcklig omfattning. Två av de besökta psykiatriska mottagningarna saknar helt läkare. Vid de övriga finns det alltså läkare men i för liten omfattning.

Omkring hälften av alla besökta enheter anger att de har för liten tillgång till sjukgymnaster och arbetsterapeuter eller att de yrkeskategorierna helt saknas. Cirka en tredjedel av de psykiatriska mottagningarna och en lika stor andel av vårdcentralerna anser att de har tillgång till sjukgymnaster i tillräcklig omfattning. Detsamma gäller tillgången till arbetsterapeuter.

Vid sju av tio psykiatriska mottagningar finns det tillräcklig tillgång till socionomer och vid ungefär hälften av mottagningarna finns det tillräcklig tillgång till psykologer.

Bland vårdcentralerna upplever de allra flesta (cirka tre fjärdedelar) att de saknar tillräcklig tillgång till socionomer och nästan alla (nio av tio) anger att de saknar psykologer i den omfattning de anser behövs.

Externa resurser

När vi har frågat efter externa resurser har vi menat hälso- och sjukvårdsresurser som den besökta enheten har tillgång till, men som inte organisatoriskt lyder under enhetens verksamhetschef.

De som har sagt att de har bristande tillgång till eller saknar viktiga yrkeskategorier har fått frågan om de resurserna finns tillgängliga utanför den egna verksamheten. Några få anger att läkarbehovet kan täckas genom externa resurser, medan de flesta uppger att tillgången till läkare är bristfällig, även med de externa resurserna inräknade. Behovet av sjukgymnaster och arbetsterapeuter kan i större utsträckning täckas via externa resurser, vilket till viss del kan förklaras med att de personalkategorierna inom vissa lands-ting eller regioner finns i en egen organisation (ibland benämnd primärvårdsrehab) och inte är inordnade under mottagningens eller vårdcentralens verksamhetschef. Det finns ganska sällan tillräckligt med socionomer och psykologer i någon extern organisation.

Resursskillnader

De flesta som arbetar vid de psykiatriska mottagningarna (fördelat på alla förekommande yrkeskategorier) har grundläggande psykoterapiutbildning som motsvarar steg 1-utbildning, och inte så få har steg 2-utbildning (legitimation), även bland dem som inte är psykologer. Den kompetensen finns i mycket liten omfattning vid vårdcentralerna. Eftersom det alltså är stora skillnader i bemanning mellan de psykiatriska mottagningarna och vårdcentralerna kan de olika typerna av enheter erbjuda patienterna mycket olika behandlingsalternativ. Samtalsbehandling eller psykoterapi kan t.ex. bara erbjudas om det finns personal med sådan kompetens, och det finns det alltså inte så ofta inom primärvården. Vid vissa vårdcentraler där det inte finns sådana resurser kan dock patienter som sjukskrivs av distriktsläkaren erbjudas psykoterapi eller samtalsbehandling inom psykiatrin.

Väntetider som förlänger sjukskrivningar

Att sjukskrivningar förlängs enbart p.g.a. långa väntetider till vårdens egna resurser förekommer främst när det gäller väntetider till läkare (anges vid cirka 25 procent av intervjuerna) och psykologer (anges vid drygt 20 procent av intervjuerna). Svaren fördelar sig proportionellt lika mellan de psykiatriska mottagningarna och vårdcentralerna.

Koordinatorer

Koordinatorer utses för att någon tidigt i processen ska analysera sjukskrivningsprocessen så att man snabbare kan vidta nödvändiga åtgärder, för att samordna interna och externa resurser och för att ge vägledning åt de inblandade. Vid knappt 30 procent av de psykiatriska mottagningarna och knappt 20 procent av vårdcentralerna finns det en koordinator eller annan person som är utsedd specifikt för att vara rehabiliteringsvägledare eller samordnare. De flesta utgör en del av den ordinarie verksamheten, men några är anställda i tidsbegränsade projekt.

Utbildning, kompetens och kompetensutveckling

De frågor som vi har ställt om utbildning och kompetens har huvudsakligen handlat om försäkringsmedicin, patienternas arbetsförhållanden och bedömningar av funktionsförmåga. Vi har också ställt frågor till vårdcentralerna om utbildning som rör aktuella psykiatriska diagnoser. Vi har dock inte ställt frågor till de psykiatriska mottagningarna om psykiatrisk kompetensutveckling och inte heller till vårdcentralerna om kompetensutveckling inom allmänmedicin.

Försäkringsmedicinsk utbildning

En klar majoritet av läkarna har under de senaste tre åren genomgått någon form av försäkringsmedicinsk utbildning. Det är något vanligare bland läkarna vid vårdcentralerna än vid de psykiatriska mottagningarna. När det gäller de övriga yrkeskategorierna är det endast en liten andel som har genomgått någon sådan utbildning. Vid knappt hälften av de besökta verksamheterna har medarbetare fått försäkringsmedicinsk utbildning tillsammans med handläggare från försäkringskassan. Den lösningen är vanligare vid vårdcentralerna än vid de psykiatriska mottagningarna.

Inom det närmaste året planerar cirka 25 procent av de besökta enheterna (något vanligare vid vårdcentralerna än vid de psykiatriska mottagningarna) att genomföra utbildning i försäkringsmedicin för läkare eller annan personal. De utbildningar som planeras riktas ofta mot läkargruppen, men i några fall mot andra yrkeskategorier och ibland mot hela personalgruppen. Vissa landsting har satsat på försäkringsmedicinsk utbildning för all personal. En del enheter anser att den information de får av försäkringskassans handläggare eller av försäkringsläkarna räcker som utbildningsinsats. Ganska många av de besökta enheterna har identifierat vilket behov de har av försäkringsmedicinsk utbildning och det finns såväl långt framskridna utbildningsplaner som mer lösa funderingar på hur behovet ska täckas.

”Tillräcklig” försäkringsmedicinsk kompetens

De intervjuade fick frågan om de tyckte att de hade tillräckliga kunskaper i försäkringsmedicin. Det finns ingen norm för vad som är ”tillräcklig kompetens”, så syftet med frågan var att ta reda på om de intervjuade själva tyckte att de hade de kunskaper i försäkringsmedicin som behövs för att hantera sjukskrivningsfrågor som rör långtidssjukskrivna patienter.

De allra flesta läkarna anser att de har tillräckliga kunskaper i försäkringsmedicin. Ganska många i de andra yrkeskategorierna anser också att de har tillräcklig försäkringsmedicinsk kompetens. Det är betydligt fler som anser sig ha tillräckliga försäkringsmedicinska kunskaper än som har gått någon försäkringsmedicinsk utbildning.

Försäkringskassan och andra kunskapskällor

Ganska många får information och skaffar sig nödvändig kunskap genom regelbundna möten med försäkringskassan eller genom välfungerande korta och ibland informella kontaktvägar med handläggare vid försäkringskassan. Många beskriver också att det ofta handlar om svåra bedömningar och beslut, som också försvåras genom att försäkringskassan ständigt förändrar sin organisation och praxis. Det upplevs som svårt att få information om försäkringskassans aktuella praxis och författningsförändringar på försäkringsområdet. Många upplever att kontakten med försäkringskassan försämras och försvåras av omorganisationer, som bl.a. har inneburit att det inte längre är möjligt att ha en tjänsteman från försäkringskassan på vårdcentralen. En del läkare anser att det räcker med lång erfarenhet som sjukskrivande läkare. På vissa enheter använder man team- och enhetsmöten som diskussionsforum och för kunskapsutbyte. På många enheter finns det önskemål om mer utbildning och tidig information om förändringar. Det förekommer också försäkringsmedicinska nätverk och gemensamma projekt mellan hälso- och sjukvården och försäkringskassan.

Andra utbildningsinsatser

Vi ställde inga frågor om fortbildning inom de besökta enheternas egna specialistområden, allmänmedicin respektive psykiatri. På vårdcentralerna frågade vi däremot om de hade haft eller planerade att ha någon utbildning kring de aktuella diagnosgrupperna, t.ex. inom områdena diagnostik och behandling, strukturerad intervjumethodik eller annat. De flesta läkarna har gått någon sådan utbildning och vanligast var utbildning i diagnostik och behandling. De övriga yrkeskategorierna har deltagit i sådan utbildning i mindre utsträckning, enligt de personer som deltog i intervjuerna och svarade på frågan.

Vid mer än hälften av de psykiatriska mottagningarna anger de intervjuade att de hade genomfört eller planerade att genomföra någon form av utbildningsinsatser mellan psykiatrin och vårdcentralerna, medan bara knappt en tredjedel av vårdcentralerna ger samma svar. Med reservation för att inte alla psykiatriska mottagningar och vårdcentraler som vi har besökt finns inom ”korresponderande” områden tycks det ändå råda olika uppfattningar

inom psykiatrin respektive vårdcentralerna om eventuella gemensamma utbildningsinsatser.

Handledning

Vid fyra av fem psykiatriska mottagningar har personalen tillgång till handledning när det gäller patienter med de aktuella diagnoserna. Vid en mindre del av dem har dock inte alla personalkategorier tillgång till handledningen. Av vårdcentralerna är det knappt två tredjedelar som erbjuder personalen handledning, men vid mer än hälften av dem är det bara vissa yrkeskategorier som omfattades. När det bara är vissa yrkeskategorier som får handledning är det ofta läkarna som inte får någon handledning.

Tillgång till psykiatrisk konsult eller teamverksamhet

60 procent av vårdcentralerna har tillgång till psykiaterkonsult, vanligen vid den egna vårdcentralen eller inom den psykiatriska vården i landstinget och i några få fall på en annan vårdcentral inom samma primärvårdsområde eller i privat verksamhet. Cirka 25 procent av vårdcentralerna har tillgång till psykiatrisk teamverksamhet vid den egna vårdcentralen eller inom landstingets psykiatriska vård. Teamen består i de här fallen av annan personal än läkare och teamet kommer till vårdcentralen som konsultresurs.

Kunskap om patientens arbetsförhållanden och kontakter med arbetsgivarna

Vid intervjuerna fick läkarna frågan om de har tillräckliga kunskaper om patienternas arbetsförhållanden för att kunna bedöma om nedsättningen av funktionsförmågan också sätter ned arbetsförmågan. Även här fick ”tillräcklig” definieras av läkarna själva utifrån de behov de bedömer finns. Läkarna vid cirka 70 procent av de psykiatriska mottagningarna och 50 procent av vårdcentralerna anser att de oftast eller alltid har tillräcklig kunskap om patientens arbetsförhållanden. Kunskapen får de till övervägande del genom patientens beskrivning. I några fall kan läkarna, främst inom psykiatrin, få den här kunskapen via andra yrkeskategorier och ibland genom kontakter med externa rehabiliteringsaktörer. Det förekommer att läkare tar telefonkontakt med arbetsgivaren och ibland kan arbetsförhållanden diskuteras vid rehabiliterings- och avstämningsmöten hos försäkringskassan. Ganska många av läkarna påpekade att det är omöjligt att ha kunskap om alla arbetsplatser och att det i det här sammanhanget finns särskilda problem med arbetslösa patienter och patienter som aldrig har haft arbete. Överlag är det många läkare som menar att de har för lite kunskap om patientens arbetsplats, arbetsuppgifter och arbetsförhållanden när de sjukskriver patienten.

När det finns behov av rehabiliteringsåtgärder tar läkarna vid cirka 40 procent av de psykiatriska mottagningarna och 40 procent av vårdcentralerna oftast eller alltid kontakt med patientens arbetsgivare. Läkarna gör däremot sällan arbetsplatsbesök. Det beror på tidsbrist och prioritering av andra arbetsuppgifter under den tid som finns tillgänglig. Ganska många menar dessutom att de som i första hand bör göra besök och bedömningar på arbetsplatsen är andra yrkeskategorier eller ännu hellre företagshälsovården.

På några orter har både läkare och andra yrkeskategorier gjort studiebesök och känner väl till ortens stora arbetsgivare. Det framgår av svaren att besök på arbetsplatserna ibland är en arbetsuppgift för andra yrkeskategorier än läkare, t.ex. sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, socionomer eller mentalskötare.

Så gör man i vården

Under den här rubriken återges resultatet av de mer konkreta frågorna om handläggning i sjukskrivningsprocessen.

Intern samverkan

Det varierar vilka samverkansformer som används inom vården, t.ex. att arbeta i team, men oftast samverkar man genom regelbundna möten mellan olika professioner där medarbetarna utbyter information om patienterna och fattar beslut i frågor som rör patientens vård. Team eller möten kan ha en fast sammansättning eller så varierar deltagandet efter behov. Arbete i team eller med regelbundna möten i någon form är vanligare vid de psykiatriska mottagningarna (90 procent arbetar i team och 70 procent har regelbundna möten) än vid vårdcentralerna (drygt 10 procent arbetar i team och knappt 30 procent har regelbundna möten). Det finns förklaringar till att de olika typerna av enheter i stor utsträckning har olika arbetssätt. Valet av arbetssätt varierar också inbördes mellan de psykiatriska mottagningarna och mellan vårdcentralerna. Möten som ordnas vid behov är den vanligaste mötesformen vid vårdcentralerna. Det finns även en tidsaspekt; många anser att möten tar tid från huvuduppgiften, patienterna, och att det räcker att dela information via patientjournalen och genom att skriva remiss till annan behandlare.

Samverkan mellan psykiatri och primärvård

Fler av de psykiatriska mottagningarna (drygt 50 procent) anger att det finns organiserad samverkan med primärvården än vad som uppges vid vårdcentralerna (knappt 40 procent). Vårdcentraler och psykiatriska mottagningar inom samma upptagningsområde kan ha olika uppfattning om huruvida de har organiserad samverkan eller inte. Samverkan kan vara dokumenterad eller ske via muntlig överenskommelse.

När det gäller frågan om det finns en strukturerad arbetsfördelning dem emellan, exempelvis genom avtal eller centrala (landstings-) direktiv, har de dock i stort sett samma uppfattning. Knappt 70 procent anser att det finns direktiv för arbetsfördelning, dvs. hur man ska fördela patienterna. Däremot varierar uppfattningarna om huruvida arbetsfördelningen fungerar i praktiken eller inte. Representanter för vissa vårdcentraler tycker att både samverkan och arbetsfördelning sker på psykiatrins villkor.

Också när det gäller frågan om gemensamma utbildningsinsatser mellan specialiteterna anser representanter för de psykiatriska mottagningarna att det sker oftare eller planeras i större utsträckning än vad man anser vid vårdcentralerna.

Behandlingskontakt med patienten

Vid de psykiatriska mottagningarna är det ofta andra yrkeskategorier än läkare som är behandlare eller som har den regelbundna kontakten med patienten. Behovet av insatser från olika professioner varierar beroende på patientens sjukdom och besvär. Det är inte ovanligt att en patient samtidigt har kontakt med flera olika personalkategorier. Att läkaren i mindre utsträckning är patientens behandlare beror på valet av arbetssätt vid mottagningen, men också på läkarbrist. En patient som går i samtalsbehandling hos en psykolog anses ofta inte behöva ha en tät kontakt med en läkare, särskilt inte om det finns ont om läkare vid mottagningen. Om man arbetar i team och har regelbundna team- eller behandlingskonferenser deltar läkaren i dem som en medlem i teamet eller behandlargruppen. Vid konferensen kan man ta ställning till patientens aktuella behov och frågan om patienten behöver träffa någon annan behandlare, t.ex. läkare, som kan ta ställning till läkemedelsbehandling eller sjukskrivning. Ibland kan läkaren bedöma att informationen vid konferensen eller som han eller hon får från behandlaren på annat sätt är tillräcklig för att han eller hon ska kunna vidta sådana vårdåtgärder utan att träffa patienten.

Vid vårdcentralerna har läkaren oftast den centrala rollen som patientens behandlare och den som patienten har regelbunden kontakt med även om andra yrkeskategorier också deltar i vården. Det förekommer dock att patienter går för behandling hos t.ex. en sjukgymnast eller psykolog och mer sällan träffar distriktsläkaren. Vid många vårdcentraler anser man att man saknar tillräckliga resurser i form av psykologer eller andra professioner som har utbildning i samtalsbehandling. Det finns också enstaka vårdcentraler som har en annan bemanning och ett annat arbetssätt som mer liknar psykiatrins när det gäller patienter med psykiatriska diagnoser och där läkaren ingår i teamsamverkan. Även vid vårdcentralerna kan det vara ont om läkare.

Vem träffar patienten vid sjukskrivning?

Det är inte ovanligt att sjukskrivningar förlängs utan att patienterna har besökt mottagningen eller vårdcentralen. Nästan alla anger dock att det bara gäller väl kända patienter och till övervägande delen patienter som väntar på något, t.ex. ett beslut om sjukersättning eller en tid hos en specialist. I några fall anger man brist på läkartider som skäl för sjukskrivning utan att patienten besökte mottagningen/vårdcentralen. Läkaren kan i de här fallen ha telefonkontakt med patienten eller få information från någon annan som träffar patienten. Det förekommer också att kända patienter får sin sjukskrivning förlängd efter att endast ha haft telefonkontakt med mottagningen.

Vid de psykiatriska mottagningarna är det vanligt att läkaren sjukskriver patienten utan att själv träffa honom eller henne. Det kan ske i samband med att patienten besöker någon i en annan yrkeskategori. Det förekommer inte särskilt ofta vid vårdcentralerna.

Vid de psykiatriska mottagningarna är det också vanligt att personal från de andra yrkeskategorierna (inte läkare) i samband med att patienter besöker dem rekommenderar läkaren att sjukskriva patienten utan att läkaren själv träffar honom eller henne. Ett sådant förfarande är ganska ovanligt vid vård-

centralerna. Det kan finnas olika anledningar till detta arbetssätt. Det är ofta ont om läkare vid de psykiatriska mottagningarna och på vissa håll använde man hyrläkare. Att övriga behandlare håller god kontinuitet i kontakten med patienterna är också ett sätt att undvika kontinuitetsproblem. Man anser då att läkaren som sjukskriver inte behöver träffa patienten vid sjukskrivningstillfället. Personalen från de andra yrkeskategorierna hade sällan fått någon försäkringsmedicinsk utbildning, men vissa av professionerna har goda förutsättningar att t.ex. bedöma patienternas funktionsförmåga och gör ofta det i samarbete med den sjukskrivande läkaren. Den enskilde läkaren avgör om det finns tillräckligt underlag för att skriva under det medicinska underlaget utan att själv träffa eller undersöka patienten.

Dialog med patienten

Förutom när det gäller bedömning av arbetssituation och arbetsuppgifter är det endast i liten omfattning patienten som styr sin sjukskrivning. De flesta bedömningarna görs efter läkarens eller teamets överväganden och i samråd med patienten. Frågan om patienten alls skulle sjukskrivas baseras vid över 60 procent av såväl psykiatriska mottagningar som vårdcentraler på samråd med patienten eller till lika delar på inflytande från patienten och läkare/team. När det gäller patienter som har arbete uppger vårdcentralerna att de ofta förlitar sig på patientens egen uppfattning om arbetsförmåga/funktionsbegränsning och arbetsuppgifter/arbetsbelastning. De psykiatriska mottagningarna har i något större utsträckning tillgång till t.ex. arbetsterapeuter eller sjukgymnaster som kan göra arbetsplatsbesök och sådana bedömningar. Ett särskilt problem är de ganska många arbetslösa patienterna, som enligt journalgranskningen utgör knappt 30 procent.

Alla yrkeskategorier som har en patientkontakt som rör sjukskrivningssituationen tar för det mesta upp sjukskrivningens eventuella negativa konsekvenser med patienten. Det påpekades dock att det inte alltid finns negativa förhållanden att ta upp, utan att patienten ibland måste övertalas eller övertygas om att vara sjukskriven, att patienten i vissa fall bör vara sjukskriven under en pågående samtalsbehandling eller att patienten ibland behöver vara sjukskriven med hänsyn till tillstånd, diagnos och sjukdomsprocess.

I de allra flesta intervjuer säger de svarande att man är överens inom teamet eller arbetsgruppen i fråga om sjukskrivningsöverväganden.

På frågan om det finns skillnader mellan hur olika yrkeskategorier ser på hur länge patienter ska vara sjukskrivna anger de flesta att det är vanligare med skillnader mellan individer än mellan professioner. Många säger att man diskuterar och jämkar samman sina uppfattningar och att man för det mesta och med tiden når samsyn.

Skattningsskalor och andra metoder

Enligt journalgranskningen är klinisk bedömning den vanligaste grunden för att ställa diagnos. Man kan här också söka stöd i de objektiva hjälpmedel som finns, t.ex. i form av olika skattningsskalor. Vid intervjuerna anger man att skattningsskalor används i mycket stor utsträckning när det gäller patienter med aktuella diagnoser, vid nästan alla psykiatriska mottagningar och

vid en övervägande andel av vårdcentralerna. I vissa landsting eller regioner använder man också skattningsskalor som grund för att prioritera och fördela patienter mellan psykiatri och primärvård. Det framgår dock inte av journalgranskningen att skattningsskalor används i så stor utsträckning som framkommit vid intervjuerna; användning av skattningsskalor kunde noteras i knappt 30 procent av de granskade journalerna. Inom psykiatri är det i högre utsträckning ett etablerat arbetssätt att dokumentera ganska mycket men det verkar inte gälla användningen av skattningsskalor. På vårdcentraler dokumenterar man över huvud taget mindre och även här saknas ofta uppgift om användningen av skattningsskalor.

Ganska många berättar också att de skriver skattningsskalornas siffror i de medicinska underlagen för att ge tyngd åt sjukskrivningen och ibland för att försäkringskassan frågar efter siffrorna. De flesta säger att resultatet av skattningsskalorna används som en del av underlaget för bedömningen av sjukskrivningsbehovet, medan andra ser dem som ett verktyg för att utvärdera den behandling som patienten har fått.

Riskfaktorer hos patienten

Även när det gäller de s.k. riskfaktorerna (tobak, alkohol, tabletter/narkotika, sömn m.m.) så är det betydligt fler som säger i intervjuerna att man alltid frågar om dem än vad som framgår av journalgranskningen. Representanter för nästan alla psykiatriska mottagningar säger att de alltid eller ofta frågar patienten om sömn- och alkoholvanor och flertalet mottagningar uppger att de också frågar patienten om eventuellt tablett- eller narkotikamissbruk. Av journalgranskningen framgår uppgifter om de här riskfaktorerna i fyra av fem journaler när det gäller patientens sömn och i drygt hälften av journalerna när det gäller alkohol och i drygt en tredjedel när det gäller tablett- eller narkotikamissbruk.

Representanter för nästan alla vårdcentraler säger att de frågar patienterna om deras sömnvanor, många uppger att de frågar om alkohol medan drygt hälften säger att de frågar patienten om tablett- eller narkotikamissbruk. Av journalgranskningen framgår uppgifter om de här riskfaktorerna i drygt två tredjedelar av journalerna när det gäller patientens sömn och endast i en av fem journaler när det gäller alkohol och endast i en av tio journaler fanns det uppgift om tablett- eller narkotikamissbruk.

Det framgår också vid intervjuerna att man har olika principer för hur man dokumenterar de här uppgifterna. Det förekommer inte sällan att man bara dokumenterar ”positiva” fynd, dvs. när det föreligger en risk.

Dokumentationen som underlag för sjukskrivning

Vid alla de besökta psykiatriska mottagningarna anger de intervjuade att de har tillgång till varandras (olika yrkeskategoriers) dokumentation och vid drygt 90 procent av dem uppger läkarna att de alltid eller ofta använder andras dokumentation vid sjukskrivningsbedömningar. Läkarna vid drygt hälften av vårdcentralerna uppger att de alltid eller ofta använder andras dokumentation vid sjukskrivningsbedömningar. Vid knappt en femtedel av

vårdcentralerna har läkarna inte tillgång till andra yrkeskategoriers dokumentation.

Vid 70 procent av de psykiatriska mottagningarna anger läkarna att de alltid eller ofta baserar det medicinska underlaget helt eller delvis på andra yrkeskategoriers bedömningar. Motsvarande siffra för vårdcentralerna är drygt 40 procent.

Vid cirka två tredjedelar av de psykiatriska mottagningarna och vid mindre än hälften av vårdcentralerna upprättas en rehabiliteringsplan enligt 3 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller någon motsvarande vårdplan. Det varierar mycket vad man kallar planen och hur den dokumenteras. Det är vanligt att den kallas behandlingsplan och att den får utläsas av den löpande journaltexten.

Extern samverkan

Här redovisas hur de intervjuade enheterna har beskrivit sin samverkan med de externa rehabiliteringsaktörerna, alltså försäkringskassan, företagshälsovården, arbetsgivarna, arbetsförmedlingen och kommunerna (socialtjänsten). De svarande lyfter fram några problem. Ett av dem är bristen på lämpliga åtgärder för de unga vuxna arbetslösa patienter som aldrig har varit ute i arbetslivet, ett annat är att socialtjänsten ibland begär medicinska underlag inför sina ställningstaganden om bistånd m.m. Hur mycket vården behöver samverka med arbetsförmedling eller arbetsgivare och företagshälsovård beror på hur många patienter som har arbete respektive är arbetslösa.

Samverkan kring enskilda patienter

När det gäller samverkan kring enskilda patienter är det några få av de besökta enheterna som inte alls har någon samverkan med försäkringskassan. Drygt hälften av både de psykiatriska mottagningarna och vårdcentralerna har regelbundna avstämningsmöten med försäkringskassan och nästan lika många uppger att de har avstämningsmöten vid behov.

Ungefär en fjärdedel av de besökta enheterna träffar regelbundet arbetsförmedlingen på avstämningsmötena. Det är vanligare att man träffar arbetsförmedlingen vid behov och få angav att de inte alls samverkar med arbetsförmedlingen kring enskilda patienter. Några enstaka enheter anser att sådan samverkan inte behövs.

Omkring två tredjedelar av både de psykiatriska mottagningarna och vårdcentralerna träffar arbetsgivarna vid behov. Det är mindre vanligt att de träffar arbetsgivarna regelbundet och några anger att de inte alls samverkar med dem.

Företagshälsovården ingår i regelbundna träffar hos cirka 10 procent av alla enheter. Drygt hälften av de psykiatriska mottagningarna träffar företagshälsovården vid behov medan cirka 20 procent anger att de inte samverkar alls med dem. Vårdcentralerna träffar företagshälsovården mer sällan (knappt en tredjedel träffar dem vid behov och knappt hälften har ingen samverkan alls). Några få av alla besökta enheter uppger att det inte behövs någon samverkan med företagshälsovården.

Socialtjänsten finns inte så ofta med i regelbunden samverkan kring enskilda patienter. De psykiatriska mottagningarna ordnar samverkan vid behov medan vårdcentralerna gör det i ganska liten omfattning. Några få psykiatriska mottagningar och nästan en fjärdedel av vårdcentralerna har ingen samverkan alls med socialtjänsten. Endast några få av vårdcentralerna uppger att det inte behövs någon samverkan med dem.

När det gäller samverkan med socialtjänsten är det flera psykiatriska mottagningar och vårdcentraler som påpekar att socialtjänsten i vissa kommuner kräver ett medicinskt underlag för att patienten eller klienten ska få bidrag eller andra insatser.

Samverkan på organisatorisk nivå

Samverkan på övergripande nivå som inte rör enskilda patientärenden är vanligast när det gäller försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Cirka 25 procent av alla besökta enheter saknar sådan samverkan med försäkringskassan, men anger att det skulle behövas. Ungefär 10 procent har inte någon organisatorisk samverkan med försäkringskassan och anser inte heller att det behövs. En fjärdedel av de psykiatriska mottagningarna och en tredjedel av vårdcentralerna anger att de har behov av samverkan med arbetsförmedlingen på övergripande nivå, men att sådan samverkan inte förekommer.

Flertalet psykiatriska mottagningar träffar regelbundet socialtjänsten på organisatorisk nivå. Bland vårdcentralerna är det inte lika vanligt. Cirka en tredjedel av vårdcentralerna saknar sådan samverkan, men anser att det behövs. Några få av de psykiatriska mottagningarna och cirka en fjärdedel av vårdcentralerna menar att det inte behövs någon organisatorisk samverkan med socialtjänsten och att det inte heller förekommer.

Det är ovanligt med organisatorisk, övergripande samverkan med företagshälsovården och arbetsgivarna. En tredjedel av de psykiatriska mottagningarna och knappt hälften av vårdcentralerna anger att de skulle behöva sådan samverkan med företagshälsovården men att det inte förekommer. Ganska många psykiatriska mottagningar uppger att de inte behöver någon organisatorisk samverkan med företagshälsovård och arbetsgivare.

Varför inte samverkan?

Det finns många olika anledningar till att man från vårdens sida inte har övergripande eller organisatorisk samverkan med de olika externa rehabiliteringsaktörerna. Några anger att de inte tycker att det behövs och andra att det är viktigare med samverkan kring den enskilde patienten.

Ganska många påtalar att det är de externa aktörerna som utgör hinder för samverkan även kring enskilda patienter. Ganska många uppger att försäkringskassans omorganisation försvårar samverkan. Andra beskriver att det finns för många olika aktörer för att det ska gå att organisera; det finns många olika arbetsgivare och företagshälsovårdsenheter eller så är många sjukskrivna patienter arbetslösa. På vissa orter har arbetsförmedling och försäkringskassa inte längre lokalkontor, vilket man anser gör det svårare att samverka. Patienterna kan också höra till olika försäkringskassekontor beroende på arbetsgivare, födelsedag eller andra sorteringsbegrepp.

Tidsbrist är ett annat skäl till att vården inte prioriterar organisatorisk samverkan, men en del enheter har möten i annan form än regelbundna organisatoriska möten och tycker att det täcker behovet. Ett annat skäl som anges är bristande intresse hos såväl försäkringskassa som arbetsförmedling.

De vanligaste skälen till att man inte har regelbundna avstämningsmöten är tidsbrist, egen eller annans, och omorganisation hos försäkringskassan.

Synpunkter på samverkan med de externa rehabiliteringsaktörerna

Många av de besökta enheterna, drygt en tredjedel (59 av de 115 som har besvarat frågan), upplever problem i samverkan med försäkringskassan. De anger att de upplever försäkringskassan som instabil med täta handläggarytten och omorganisationer som gör att man från hälso- och sjukvårdens sida inte hittar någon att samverka med. Många har problem med att över huvud taget få kontakt med försäkringskassan. Man upplever det som att försäkringskassan har lämnat närhetsprincipen och nu fördelar patienterna efter andra principer som inte kan tillämpas inom vården. På flera håll har man tidigare haft kända handläggare att vända sig till, som ibland har funnits tillgängliga på vårdcentralen vissa tider, vilket har underlättat kontakterna.

Nu upplever många att försäkringskassan centraliseras geografiskt samtidigt som man fördelar patienterna på handläggare enligt nya kriterier, t.ex. patientens arbetsgivartillhörighet eller födelsedatum. Det gör att en psykiatrisk mottagning eller vårdcentral kan ha patienter som hör till flera olika (geografiska) försäkringskassakontor, vilket man menar försvårar samverkan och alla former av kontakter på individnivå. Det blir svårare att ordna möten med längre resvägar och man förlorar personkännedomen. Andra problem är att försäkringskassan inte har tid eller inte hör av sig när vårdpersonal har satt kryss i kontaktrutan eller att man får dålig återkoppling från handläggarna. Försäkringskassans långa handläggningstider upplevs också som ett problem i samverkan. På flera håll efterlyser man mer engagemang och initiativ från försäkringskassans handläggare för att åstadkomma något bättre för patienterna.

Drygt en tredjedel av de besökta enheterna beskriver stora problem i samverkan med försäkringskassan. Ungefär en femtedel (38 av den 115 som har besvarat frågan) beskriver däremot goda kontakter och väl fungerande samverkan med försäkringskassan. Det som särskilt nämns är medverkan i resursteam, att man lätt kan nå rätt handläggare, att försäkringshandläggaren finns på enheten, att försäkringskassan är tillgänglig och att handläggarna är engagerade. Även bland några av de här positiva omdömena framkommer dock problem med långa handläggningstider och passiv handläggning.

När det gäller de övriga aktörerna efterlyser ganska många vårdenheter en väl fungerande företagshälsovård i en tydlig organisation.

Många menar att ett av de största problemen är vad man ska göra med de unga vuxna patienter som är arbetslösa och som aldrig har arbetat. Det finns för få alternativ för dem som inte klarar av tempo och krav på vanliga arbetsplatser. Även de särskilda satsningar som finns ställer för stora krav på dem som aldrig har varit ute på arbetsmarknaden och som har ett psykiskt funktionshinder men som ändå inte helt saknar arbetsförmåga. I vissa fall

handlar det om att träna upp basfärdigheter som att gå upp på morgonen, äta frukost och gå till en arbetsplats. På några håll satsar man på den här patientgruppen inom ramen för finansiell samordning.

Väntetider och passiv sjukskrivning

Vid 114 av de 178 enheter som vi har besökt uppger de intervjuade att sjukskrivningar alltid eller ofta förlängs på grund av långa väntetider hos de externa rehabiliteringsaktörerna. Av dessa anger mer än hälften att det främst är väntetider hos försäkringskassan som förlänger sjukskrivningarna. Några uppger att olika specialiserade utredningar drar ut på tiden och att det i vissa fall är en tröghet hos arbetsgivarna som leder till förlängd sjukskrivning. Få svarar att det här inte är något stort eller vanligt förekommande problem.

Många anger att det är ganska vanligt att patienter sjukskrivs utan att det pågår några arbetsrehabiliterande åtgärder.¹ Ibland beror det på att försäkringskassan har långa handläggningstider och patienterna får vänta länge på försäkringskassans beslut om t.ex. sjuk- och aktivitetsersättning. Vårdenheterna upplever att försäkringskassan inte är tillräckligt aktiv i det här sammanhanget, men detsamma gäller många gånger arbetsförmedlingen.

Vid de flesta intervjuerna anger dock de svarande att den vanligaste orsaken till sjukskrivning utan pågående åtgärder är patientens tillstånd. Många av de intervjuade menar att flertalet patienter är för sjuka för åtgärder eller så saknas det ”rätt” åtgärder för patienter med allvarigare psykiatriska sjukdomar. Det finns få ”okvalificerade” arbeten och andra sysselsättningar och det är svårt att hitta meningsfulla åtgärder för unga vuxna patienter som inte har någon erfarenhet alls från arbetslivet och som många gånger saknar utbildning. De flesta patienter i de granskade journalerna är inte ”medicinskt färdigbehandlade”² trots att samtliga fall som granskats hade pågått i mer än 60 dagar. Vid intervjuerna framkommer det ju också att man ofta anser att patienterna behöver ytterligare vård för att förbättra sin funktionsförmåga innan man kan sätta in arbetsrehabiliterande åtgärder.

¹ Arbetsrehabilitering definieras här som AMI, AMU, arbetsträning, omskolning, utbildning, utredning eller någon annan aktiv åtgärd för att skapa en anpassad sysselsättning för att tillvarata patientens kvarvarande arbetskapacitet.

² Det här är ett oegentligt uttryck som används för att tydliggöra de patientfall där det av journalen framgick att behandlande läkare inte förväntade sig att på sin nivå och med sin kunskap avsevärt kunna förbättra patientens status så att arbetsförmågan väsentligen skulle öka.

Diskussion

Det viktigaste budskapet efter flera års tillsynsaktiviteter är att sjukskrivningsprocessen måste omfattas av kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården.

Kvalitetsarbete

Det är anmärkningsvärt att det fortfarande i stor utsträckning saknas såväl centrala direktiv som lokala rutiner som rör sjukskrivningsprocessen. Problemet är både att det faktiskt saknas kvalitetsdokument och att det saknas kännedom om de dokument som faktiskt finns. Det handlar inte enbart om att Socialstyrelsens föreskrifter måste efterlevas utan om en viktig fråga som har tagits upp vid tillsynsbesök och som därefter borde ha tagits upp vid chefsmöten och liknande i vården och gett resultat.

Vårdgivarna måste ta till sig kritiken av att det saknas kända direktiv med tydliga mål och krav på att målen uppnås och som ger förutsättningar för verksamhetscheferna att utforma och införa ett kvalitetsarbete som all hälso- och sjukvårdspersonal måste vara delaktiga i.

Ett konkret exempel är direktiv och rutiner för hur man ska använda sjukskrivningsinstrumentet och hur användningen ska dokumenteras samt hur man beskriver patientens tillstånd och funktionsförmåga i det medicinska underlaget. Ett kommande ämne för direktiv och lokala rutiner är införandet av de nationella riktlinjerna för sjukskrivning.

Det behövs uppföljning och utvärdering för att skapa grund för likabehandling av patienter och förutsägbarhet i hur t.ex. sjukskrivningsverktyget används och för att motverka godtyckliga förändringar av praxis.

Socialstyrelsen har i början av juli 2007 gett ut en ny föreskrift om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2007:10). Föreskriften är i hög grad aktuell för dem som vårdar långtidssjukskrivna patienter och är ett självklart inslag i kvalitetsarbetet. Bland annat framgår det av föreskriften att den som har utsetts att ansvara för samordningen också ska ansvara för att en plan för samordningen upprättas och dokumenteras. Den bristande dokumentationen av rehabiliteringsåtgärder har hittills varit ett återkommande problem.

Kompetens

En aspekt av kvalitetsarbetet är att personalen ska ha den kompetens som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter. Inom den psykiatriska öppenvården är det som tidigare nämnts vanligt att annan personal än läkarna är delaktiga i eller t.o.m. ansvarar för beslut i frågor kring sjukskrivning. Då måste även den personalen ges utbildningsmässiga förutsättningar att sköta den arbetsuppgiften. Det krävs också en bred samsyn och en gemensam värdegrund kring sjukskrivningsfrågor, vilket kan åstadkommas med en gemensam grundläggande utbildning. Det kan verka självklart att all personal som är

inbegripen i sjukskrivningsprocessen behöver ha kunskaper i försäkringsmedicin, med det är bara enstaka landsting som har sett till att all personal har fått försäkringsmedicinsk utbildning. På de flesta håll är den förbehållen läkarna.

Samverkan inom hälso- och sjukvården

Samverkan och samarbete ingår också i kvalitetsarbetet, och ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för samverkan. En förutsättning för intern samverkan är något slags möten med ett definierat mål. Samverkan måste också fungera såväl inom arbetsplatsen som mellan olika vårdenheter och med externa aktörer. Bristerna på det här området kan leda till att redan långa sjukskrivningar förlängs i väntan på beslut eller åtgärd hos någon av aktörerna. Arbetsfördelning och samarbete mellan vårdcentraler och psykiatriska öppenvårdsmottagningar fungerar inte smärtfritt och man har ofta olika syn på hur väl det faktiskt fungerar. Vi har sett exempel på väl fungerande samverkan där patienten behandlas på en enhet och sjukskrivs av en läkare på en annan enhet, efter samråd med behandlaren. Dessvärre förekommer det också att läkare får sjukskriva patienter som behandlas vid en mottagning utan läkarresurs men där överrapporteringen av patientens status och behandlingens resultat inte fungerar.

I vissa fall finns det skriftlig dokumentation av hur samverkan mellan psykiatri och vårdcentralerna ska ske, men där är det ofta löst formulerat. Det finns samverkan men den upplevs inte fungera och de olika typerna av enheter verkar ha olika förväntningar på samarbetet och på varandra. Distriktsläkare förutsätter vanligen att det är en kollega i en annan specialitet som bedömer och besvarar remisser eller träffar patienten för en bedömning, men så arbetar man sällan inom öppenvårdpsykiatri. Där kan det i stället vara teamet eller någon annan personalkategori som bedömer och besvarar en remiss. Det verkar inte heller vara helt klart för vården var gränsen går för den "lättare" psykiatri som primärvården förutsätts sköta. Oavsett hur man fördelar arbetet mellan sig så är det viktigt att personalen har rätt och tillräcklig kompetens för den här patientgruppen. Primärvården måste ta hand om och sjukskriva vissa patienter med psykiatriska diagnoser och det räcker inte med kunskap i försäkringsmedicin, utan det behövs även kunskaper i psykiatri och psykiatrisk hälso- och sjukvård. Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner som ser till att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna och att det finns planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.

Arbetsredskap

Vid vårdcentralerna finns det ofta vårdprogram för olika kroppsliga sjukdomar, men sällan för psykiatriska sjukdomar. Vårdprogram är en god hjälp för att säkerställa likabehandling och enhetlig vård och ett gott stöd för den som kanske inte har god kompetens på området. De kan dessutom vara en vägledning för fördelningen av patienter mellan primärvård och psykiatri. På områden där det finns nationella riktlinjer från Socialstyrelsen bör de ligga till grund för utvecklingen av lokala vårdprogram.

Skattningsskalor används i stor utsträckning. På vissa håll skriver man in skattningens siffror i det medicinska underlaget, ibland för att ge tyngd åt underlaget, ibland för att försäkringskassan har begärt att få dem. Det finns en risk med att leverera de här siffrorna i det medicinska underlaget, eftersom det ger en skenbar exakthet i fråga om sjukdomspåverkan och funktionsförmåga.

Oavsett om det beror på kunskapsbrist eller bristande rutiner för diagnosarbetet så är det anmärkningsvärt att det ur journalgranskningen framkom att ett antal patienter hade varit sjukskrivna i mer än 60 dagar (och fortfarande var sjukskrivna) för diagnoser som t.ex. akut kris eller akut stress. Det måste finnas rutiner som säkerställer att såväl diagnoser som behandlingsinsatser övervägs och omprövas. De nationella riktlinjerna för sjukskrivning kan bli ett stöd för en tidigare aktiv utvärdering om man t.ex. märker att patientens sjukskrivning utan förklarliga skäl drar ut på tiden längre än vad som rekommenderas.

Dokumentation

Det ska finnas rutiner som säkerställer att dokumentationen i patientjournalerna uppfyller de krav som ställs på den och att alla som har som arbetsuppgift att dokumentera i journalen känner till rutinerna och har tillräckliga kunskaper för att utföra den arbetsuppgiften.

Nästan alla granskade patientjournaler innehöll det som behövs för en god och säker vård utifrån lägsta godtagbara nivå enligt patientjournalagen. De uppgifter som oftast saknades var planering av olika rehabiliteringsåtgärder, medicinsk bedömning och planering av medicinska åtgärder, men i vissa fall saknades också andra väsentliga uppgifter. Även om det bara rörde ett fåtal journaler är det anmärkningsvärt att en långtidssjukskriven patients journal inte innehåller tillräckliga uppgifter om den aktuella sjukdomen och vårdbehovet.

Främst vid de psykiatriska mottagningarna är det många läkare som baserar medicinska underlag och läkarutlåtanden om hälsotillstånd på andra yrkeskategoriers dokumentation i patientjournalen. Det är därför viktigt att all personal som behandlar långtidssjukskrivna patienter har grundläggande försäkringsmedicinska kunskaper, så att den information som är väsentlig för sjukskrivningsprocessen dokumenteras på ett enhetligt sätt. Det framkom t.ex. vid intervjuerna att man har olika principer för hur man dokumenterar uppgifter om särskilda riskfaktorer (alkohol, narkotika, sömn, tobak m.m.) i journalerna. Det är inte ovanligt att man bara dokumenterar ”positiva fynd”, dvs. när det föreligger en risk. Om det inte bedömdes föreligga någon risk är det då omöjligt att ur journalen utläsa om frågan alls har ställts. När det gäller patienter med aktuella diagnoser bör man ta upp anamnes i alla fall om alkohol, narkotika-/tablettmissbruk och sömnvanor och dokumentera det, oavsett om det framkom att patienten hade problem eller inte.

Samverkan med externa aktörer

Organisatoriska förändringar kan skapa oro och oklarhet i samverkanssituationen och det kan behövas en lokal rutin för samverkan som strategi för att kunna bibehålla god samverkan trots påfrestningar.

Det finns en grupp patienter, unga vuxna arbetslösa som aldrig har arbetat, som riskerar att bli "Svarte Petter" som ingen vill ta hand om. I samverkan med externa aktörer finns också risken att deras problem medikaliseras. Det beror i stor utsträckning på att socialtjänsten ibland kräver att hälso- och sjukvården, främst den psykiatriska vården, ska utfärda medicinska underlag för att de här personerna ska få bistånd utan att de har deltagit i de aktiviteter som normalt krävs för att få det.

För dem vi har intervjuat har företagshälsovården inte utgjort någon betydelsefull aktör. De få som har talat om företagshälsovården har efterlyst dem som kunnig aktör när det gäller arbetsplatsbesök, bedömningar av funktionsförmåga och arbetsrehabilitering. Intervjupersonerna uppfattar dem dock som en oförutsägbar aktör och vet inte riktigt vad de kan vänta sig av dem. Det beror delvis på att resursen bestäms av arbetsgivarens avtal. Det pågår i skrivande stund ännu en utredning som rör företagshälsovården.

När det gäller försäkringskassan har vården många önskemål som man menar skulle underlätta och förbättra kontakterna och samverkan. Nu står försäkringskassan inför en stor omorganisation och nästan samtidigt införs nationella riktlinjer för sjukskrivning. Det kommer att ställa stora krav på både hälso- och sjukvården och försäkringskassan för att åstadkomma och upprätthålla en god samverkan. Det är nödvändigt att båda aktörerna är mycket tydliga och inte minst att försäkringskassan ger god information om vem som handlägger vad och var den personen finns och hur den kan kontaktas. Självklart ska också hälso- och sjukvården förse försäkringskassan med så bra beslutsunderlag som möjligt.

Avslutningsvis

Det har under de senaste åren hänt mycket inom sjukskrivningsområdet. De första rapporterna från undersökningar och tillsyn (Kristina Alexandersson 2004 och Socialstyrelsen 2004) bidrog bland annat till miljardsatsningen till landstingen. Den har i sin tur lett till att det i landstingen har tillsatts processledare för samverkan med försäkringskassan och skapats sjukskrivningskommittéer (år 2004 fanns det enligt våra intervjuer en sjukskrivningskommitté i ett landsting). Användningen av koordinatörer för samordning av sjukskrivningsprocessen har ökat. Allt det här har bidragit till att lyfta fram sjukskrivningsprocessen som en del av hälso- och sjukvården. Utvecklingen pågår fortfarande med införandet av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukskrivning som nästa stora steg under hösten 2007. Utvecklingen av ohälsotalen och antalet långtidssjukskrivna bevakas och redovisas genom uppföljning av miljardsatsningen. Men det kan ta tid innan man kan iaktta eller mäta det samlade resultatet av insatserna, med tanke på att många olika åtgärder har vidtagits hos de olika aktörerna.

För hälso- och sjukvårdens del och ur ett tillsynsperspektiv måste Socialstyrelsen sammanfattningsvis framhålla att vårdgivarna måste sätta upp mål för det systematiska kvalitetsarbetet och ge direktiv för mål, organisation,

rutiner, metoder och vårdprocesser. Ledningssystemet är till för att vårdgivarna ska kunna ge verksamhetscheferna ramar och vägledning för det lokala kvalitetsarbetet och för de lokala rutinerna samt för att de aktivt ska kunna efterfråga resultat av kvalitetsarbete. Vårdgivarna måste därför se till att ledningssystemet **även omfattar sjukskrivningsprocessen.**

Slutsatser

Socialstyrelsen har tidigare identifierat kvalitetsarbete och samverkan som viktiga områden för att förbättra kvaliteten i sjukskrivningsprocessen. Främst inom primärvården pågår det arbete med att införa centrala direktiv och lokala rutiner. Det har skett stora förändringar sedan Socialstyrelsen i slutet av år 2003 gjorde de första tillsynsbesöken med syfte att granska sjukskrivningsprocessen i primärvården, men ännu finns det mycket kvar att åtgärda.

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patient-säkerhet i hälso- och sjukvården tydliggör att vårdgivaren har ansvar för att införa ledningssystem som utgör ram för verksamhetschefens ansvar och för det lokala kvalitetsarbetet. Trots att föreskrifterna trädde i kraft i september 2005 finns det fortfarande många vårdgivare som inte har infört ledningssystem som omfattar sjukskrivningsprocessen. Det finns också fortfarande många verksamheter som inte har lokala rutiner som omfattar sjukskrivningsprocessen.

I rapporten redovisas både positiva fynd och brister inom områdena kompetens, samverkan (intern och extern) och dokumentation. Alla de här områdena ingår i ledningssystemsföreskriften. Socialstyrelsen vill påminna om att ledningssystemsföreskriften omfattar alla vårdprocesser och därmed också sjukskrivningsprocessen. Vi vill också särskilt framhålla följande:

- Det måste avsättas tid för kvalitetsarbete som rör sjukskrivningsprocessen och vårdgivaren måste efterfråga återrapportering av de vidtagna åtgärderna och deras effekter.
- All personal, oavsett yrkesbakgrund, som arbetar med långtidssjukskrivna patienter och som tar ställning i sjukskrivningsfrågor måste ha utbildning i försäkringsmedicin och tillräcklig kompetens inom området.
- Samverkan inom hälso- och sjukvården måste säkerställa att patienterna får en god och säker vård, att relevanta rehabiliteringsåtgärder sätts in och att det sker i rätt tid, utan passiva sjukskrivningsperioder.
- Samverkan med externa rehabiliteringsaktörer måste säkerställa att relevanta rehabiliteringsåtgärder sätts in och att det sker i rätt tid och utan passiva sjukskrivningsperioder i väntan på åtgärder eller beslut.
- Alla som har uppgiften att dokumentera i patientjournaler ska veta vad som är relevant att dokumentera och hur det ska göras, i enlighet med lokala rutiner, så att dokumentationen blir ett användbart arbetsredskap för dem som behöver den. Av journalen ska bl.a. framgå anledningen till sjukskrivningen, dess omfattning, längd, syfte, förväntad effekt och utvärdering av den samt av de vidtagna och planerade åtgärderna.

Bilagor

Bilaga 1. Urval m.m.

Urval av enheter

Under åren 2006–2007 granskades både psykiatriska öppenvårdsmottagningar med allmänpsykiatrisk inriktning och vårdcentraler. Målet var att besöka 30 vårdenheter per regional tillsynsenhet.³ Huvudprincipen var fördelningen 20 psykiatriska mottagningar och 10 vårdcentraler per regional tillsynsenhet, men fördelningen justerades i norra regionen där det inte fanns så många psykiatriska mottagningar med önskad inriktning. Bortfallet av psykiatriska mottagningar ersattes med vårdcentraler. Uppgifter om de psykiatriska mottagningarna samlades in från landstingen i regionerna. En lista upprättades och där det fanns fler än 20 mottagningar lottades urvalet ut. Vårdcentralerna valdes genom att vårdcentraler uteslöts som tidigare fått besök inom ramen för sjukskrivningsprojektet och som nyss fått besök inom andra tillsynsprojekt, men utan hänsyn till om de var landstingsdrivna eller privata på entreprenad med vårdavtal. Därefter anpassades urvalet för att underlätta planering av resor till tillsynsobjekten och möjliggöra samordning med besöken hos de psykiatriska mottagningarna.

Urval av journaler

Urvalet av journaler gjordes i två steg. Först gjordes urvalet av mottagningar och vårdcentraler. Därefter fick verksamheterna själva välja ut fem journaler som rörde långtidssjukskrivna patienter (pågående sjukskrivning 60 dagar eller mer i sjukfall som påbörjats under de senaste tolv månaderna) med vissa angivna diagnoser (depressioner av olika slag (däribland utmattningsdepressioner), olika ångesttillstånd (fobier m.m.) och stressreaktioner, kriser och PTSD (*post traumatic stress disorder*)). Kopian eller utskriften av patientjournalen skulle omfatta samtliga journalhandlingar med utfärdade medicinska underlag från och med patientens första kontakt med vårdenheten i det aktuella sjukfallet.

Datainsamling

Under tiden maj 2006 till och med mars 2007 samlades data in genom journalgranskning och gruppintervjuer gjordes också med personal på de valda

³ Regionala tillsynsenheter:

Umeå: Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län

Stockholm: Stockholms län och Gotland

Örebro: Uppsala, Gävleborgs, Västmanlands, Dalarnas, Värmlands, Örebro och Södermanlands län

Jönköping: Östergötlands, Jönköpings och Kalmar län

Göteborg: Västra Götalands och Hallands län

Malmö: Skåne, Kronobergs och Blekinge län

mottagningarna. Vid datainsamlingen användes två formulär. Ett formulär användes vid granskningen av journalerna. Det omfattade frågor om journalernas innehåll och kvalitet. Det formulär som användes vid intervjuerna innehöll frågor om bland annat mottagningens riktlinjer, bemanning och samverkan med externa aktörer.

Bortfall

Sammanlagt har 178 vårdenheter besökts i stället för planerade 180. Det visade sig sent under planeringen att ett par mottagningar inte lämpade sig för besök inom projektet och de kunde då inte ersättas med andra.

Det förekommer ett visst bortfall i enstaka intervjufrågor, då intervjupersonerna inte har kunnat svara på dem under intervjun.

Bortfallet bland journalerna är sådant att enstaka journaler har fallit bort när de inte har uppfyllt de urvalskriterier som ställts och man inte har kunnat eller hunnit ersätta dem inom en "rimlig" tid. På samma sätt förekommer vissa bortfall av medicinska underlag som det inte bevarats någon kopia av i alla patientjournaler. Alla mottagningar hade inte heller så många som fem långtidssjukskrivna patienter. Det förekommer också att granskaren inte har kunnat svara på enstaka frågor vid journalgranskningen.