

# Utvärdering

Projekt 90/90

**FÖRSÄKRINGSKASSAN**

**FAGERSTA**

2006-2007

**Slutredovisning av  
projekt 90/90**



## **FÖRSTUDIEN:**

### **Redovisning av svarsfrekvenser och kommentarer**

#### **- Inledande frågor**

*Kan målgruppen för projektet klart definieras?*

#### **Familjeläkarna**

- Patienter vi möter kan vi redan tidigt avgöra om det riskerar att bli en långvarig kontakt. Jag skulle vilja säga att det rör sig om 80 - 90% av patienterna som vi kan definiera redan vid det första mötet. Några av kännetecknen kan vara att de varit i kontakt med andra myndigheter och att de nämner ett flertal andra problem än det initiala.
- Känner redan på ett tidigt stadium finnas en misstanke om att det kan bli en långvarig kontakt, och det kan i regel bestämmas redan efter första eller senast andra träffen med patienten. Det kan finnas andra diagnoser, eller ett komplex av symtom av socio-ekonomisk och arbetsrelaterad art.
- Ja, möjligen vid andra mötet kan det avgöras om det blir en långvarig kontakt. Yngre personer som står utanför arbetsmarknaden löper större risk att tillhöra målgruppen. Där kan sjukrollen tas över relativt snabbt.
- Det kan vara svårt att se redan vid den första träffen, men efter ett par gånger kan det visa sig. Vi tillämpar korta sjukskrivningsperioder vilket ju är bra i det här sammanhanget.
- Genom att sjukskriva för begränsad tid så blir det lättare att se om det blir en långvarig kontakt. Bör vara möjligt att bedöma efter andra besöket hos oss.

#### **Försäkringskassan**

- Ja, de som riskerar att bli långvarigt sjuka, kan vara personer med smärttillstånd, stress eller utbrändhetssymtom.
- Det är nog möjligt att se ganska snabbt vilka som kommer att bli längre sjukfall. Arbetslösa har många gånger en komplicerad problematik med psykisk ohälsa, sociala problem och psykosomatiska reaktioner. Det är en tung grupp.
- Det kan ibland vara svårbedömt, till exempel när det rör sig om depressiva besvär eller olika diffusa symtom. Det är bra att familjeläkarna gör bedömningen.
- Det brukar visa sig rätt snart vilka fall som kommer att bli långvariga. I riskgruppen finns diffus värkproblematik, missbruk, skilsmässor, sociala problem och bland de yngre även social fobi. Bra att familjeläkarna tar ställning.

#### **Kommentarer**

Såväl familjeläkare som personal från Försäkringskassan tycks eniga om att målgruppen bör kunna definieras om inte vid första träffen, så i alla fall vid den andra. Målgruppen finns bland personer med diffusa symtom, psykisk ohälsa, arbetslöshet, sociala problem, smärtupplevelser, stress och utbrändhetssymtom. Att stå utanför arbetsmarknaden tycks vara en tilläggsproblematik för att hamna i målgruppen.

## *Vilken erfarenhet finns hittills av konsultationer med målgruppen?*

### **Familjeläkarna**

- Det har funnits brister i samordningen tidigare och målgruppen har emellanåt uppmärksammats för sent eftersom flera inblandade berörts. Man har väntat på provsvar, ortopedbedömningar och det hela har dragit ut på tiden.
- Själv har jag en begränsad erfarenhet av målgruppen, men genom att vara restriktiv med sjukskrivning, kan det vara möjligt att återgå i arbete snabbare.
- Det kan ha börjat som arbetsproblematik - tungt arbete, eller relationsproblem - patienten har kommit hit med symtom. Då och då har det varit svårigheter att få bra kontakter med arbetsgivare. Svårast inom kommun-landsting faktiskt. Bakomliggande orsaker kan ha varit höga stressnivåer eller inneboende svagheter hos patienten.
- Vi har haft positiva erfarenheter av samarbetet med Försäkringskassan. Ibland har det Försäkringsmedicinska centret gjort en helhetsbedömning av patienten vilket har varit mycket värdefullt. Utifrån detta har vi sedan kunnat ge förslag eller fatta beslut i samråd.
- Tidigare fanns det ett stort problem med den här målgruppen, men efterhand har vi hittat ett annat angreppssätt för de här patienterna. Vi drog in andra (arbetsgivare, beteendevetare, arbetsterapeuter osv.) och genom samråd så ledde det till att antalet långtidspatienter minskade betydligt och endast enstaka återkom.

### **Försäkringskassan**

- Det här är en grupp som är svår att jobba med. Många "tunga" fall som inte alltid är lätta att lirka med. De har länge stått till arbetsmarknadens förfogande och saknar ofta förtroende för arbetsförmedlingen.
- Vi har inga onödiga möten med målgruppen. Det är alltid bedömningen som görs innan som avgör om vi kallar till samråd eller ej. Om Arbetsgivaren vill ha ett möte, så kan man konstatera att det föreligger ett behov.
- En "tung" grupp som kräver mycket tid och resurser. Krävande att jobba mot arbetsförmedlingen eftersom det många gånger föreligger arbetshinder, personerna har svårt att kontakta människor, saknar körkort och ibland finns även social fobi med i bilden.
- Utbrändhetssymtom får man inte skynda på. Här gäller det att lita på läkare och experter som uttalar sig. Ofta görs en planering vid det första mötet och sedan bokar vi in en träff efter någon månad.

### **Kommentarer**

*Det föreligger några skilda förklaringsmodeller till varför långtidssjukskrivna inte snabbare kommer tillbaka till arbete. Familjeläkarna beskriver omständliga och tidskrävande undersökningar av skilda experter, samtidigt som det tycks ha varit svårt att få med arbetsgivarna i samrådsförfarandet. Personalen från Försäkringskassan däremot fokuserar mera på det problemkomplex som finns runt om den sjukskrivne och de hinder som de därigenom får för att lotsa ut personen till ett fungerande arbete.*

## *I hur hög grad har samråd med andra myndigheter/resurspersoner skett hittills?*

### **Familjeläkarna**

- Tankarna om ett ökat samarbete omkring sk "gråzonspatienter" har sitt ursprung i ett projekt i Stockholm för några år sedan. Där uppnåddes goda resultat genom att samverka mellan kommun, socialtjänst, arbetsgivare, primärvård och privata vårdgivare. Det skapades ett nätverk av personkontakter för att bistå patienten. Här i Fagersta som är ett litet samhälle kan det vara lättare att skapa nödvändiga personkontakter, medan det däremot ej är så tydligt vem eller vilka som har ansvaret.
- Har ännu ej deltagit i något samråd.
- Principerna har varit att sjukskriva högst en månad och träffat patienten ett par gånger. I de fall det blivit fråga om längre sjukskrivningsperiod har samrådsmöte påkallats.
- Det har skett så snart som det har behövts! Ibland har det ej kunnat ske, troligen pga tids- eller kommunikationsbrist.
- Familjeläkarna har tryckt på hos Försäkringskassan om samrådsmöten tidigare. Nu ser jag fram emot att det kan bli mera lättarbetat med det här projektet.

### **Försäkringskassan**

- Min erfarenhet är främst från en grannkommun. Där har det fungerat mycket bra. Det har funnits ett bra kontaktnät, kurs i bättre samarbete och såväl familjeläkare, kommun som arbetsförmedling har fungerat bra!
- Samråd har skett vid behov. Har goda erfarenheter av detta. De som funnits med vid samråden har bla varit fackliga organisationer, sjukgymnastfrån företagshälsovården, arbetsgivare/närmaste chef, personalansvariga, socialförvaltning.
- I hälften av ärendena har vi haft samråd. Socialförvaltningen har ofta varit representerad (kanske vid en fjärdedel av alla ärenden). Ett problem som funnits är att en del av patienterna har varit belastade med stora skulder som gjort att de inte varit särskilt motiverade till att arbeta.
- De som varit med vid samråd är patient, läkare, försäkringskassa, arbetsgivare, facklig organisation och mötena brukar hålla sig mellan en halvtimme och en timmes tid.

### **Kommentarer**

*Det antyds från familjeläkarhåll att kontakterna vid samrådsmötena skulle kunna ske smidigare. Ibland har det på grund av kommunikationsmissar eller tidsbrist dragit ut på tiden med ärendena. En förhoppning finns om att det i projektet ska kunna etableras tydligare kontaktvägar. Från Försäkringskassans personal uttrycks mera positiva reaktioner vad gäller samråden. Även här lyfts personrelaterad problematik som har betydelse för möjligheterna att få personer tillbaka ut i arbete.*

*Nämn några av de som ni anser som de viktigaste samrådsparterna?*

### **Familjeläkarna**

Försäkringskassan	1,1,1,1
Arbetsgivarna	1,1,1
Fackl. org.	1,1
Arbetsförmedling	1,1
Fhsv/ sjukgymn.	1,1
Psykiatri	1,1
Bet.vet./Terapeut	1,1
Socialtjänsten	1,1
Polisen	1
Kommunen	1

### **Försäkringskassan**

Familjeläkarna	1,1,1,1
Arbetsgivarna	1,1
Arbetsförmedling	1,1
Samandaproj.	1
Af - Rehab	1

### **Kommentarer**

*Resultaten tyder på att familjeläkarna ser patienten och det nätverk av behandlande resurser som kan bistå med insatser som viktigast, medan Försäkringskassans personal i sin profession har fokus på de rehabiliterande insatser som ska kunna få personen tillbaka ut i arbetslivet. Eftersom inga alternativ gavs i frågan, så är det vars och ens spontana svar som ligger till grund för jämförelsen. Synen på att familjeläkarna och försäkringskassans personal ser varandra som viktiga och nödvändiga i arbetet runt målgruppen är tydligt!*

# UPPFÖLJNINGEN:

## Avslutande intervjuer december 2006 - februari 2007

### Utförda intervjuer:

Verksamhetschef	1 person
Familjeläkare	4 personer
Försäkringskassepersonal	3 personer
Mottagningsköterska	1 person

*Redan efter de inledande intervjuerna med försäkringskassepersonalen framgick med all tydlighet att projektet 90/90 inte fullföljts på ett sätt som förväntats. Det frågeformulär som tagits fram för uppföljningsintervjuerna saknade därför i stora stycken relevans. I stället genomfördes allmänna intervjuer för att i möjligaste mån kunna utröna orsakerna bakom det magra resultat som åstadkommit i projektet.*

### Intervju med mottagninssköterskan

Den som tidigare tog emot läkarnas önskemål om samordningsmöten och vidarebefordrade önskemålen till försäkringskassan slutade sin tjänst mitt i perioden. Uppföljningsintervjun gjordes därför med den som idag innehar tjänsten. (fr. o.m. augusti månad 2006). I samtalet framgår att resultatet har varit magert. Under hela försöksperioden har endast fyra till fem formulär fyllts i med hänvisning till 90/90-projektet. Dessa formulär kommer i huvudsak från den familjeläkare som redan inledningsvis var pådrivande i projektet efter att ha tillämpat ärendehantering på liknande sätt tidigare i Stockholm. När det gäller de s.k. stafettläkarna (kort inlägg) så har ingen av dessa lämnat önskemål om samordningsmöte i enlighet med 90/90-projektet.

### Intervju 1 med försäkringskassepersonal

Tanken var ju att familjeläkarna skulle initiera tidsbokning, men av detta har vi inte sett till någonting! Allt har gått sin gilla gång. Orsaker som nämns är möjligheten av att familjeläkarna arbetar underbemannade och under stress, vilket kanske gör att de jobbar på som tidigare utan att tänka särskilt mycket på 90/90. En av de försäkringskassanställda uppger att det vid ett tillfälle markerats på ett sjukintyg att det gällde ett 90/90-ärende. Utöver detta har två samordningsmöten genomförts tillsammans med arbetsgivare, facklig representant, familjeläkare och försäkringskassepersonal. Det möte som ordnades inom ramen för 90/90-projektet var ett positivt möte, där det blev fart på ärendet och man visste vad som skulle ske i nästa steg. Den intervjuade menar att idén är bra och att man inte bör ge upp tanken. Det är bra att komma igång med ärendena och en omstart av projektet vore bra!

### Intervju 2 med försäkringskassepersonal

Denna person hade överhuvudtaget inte haft ett enda möte inom ramen för 90/90-projektet. Ingen familjeläkare har bokat något möte, ingen har skrivit önskemål på sjukintygen. Familjeläkarna borde vilja ha möten för att reda ut diffusa diagnoser, vilket ju även borde underlätta deras arbete, anser den intervjuade. Att försäkringskassepersonal har avsatt en dag per vecka på familjeläkarenheten har heller inte varit alltigenom lyckat. Det har varit problem med tillgång till telefon, problem med datorer och ingen familjeläkare har använt sig av möjligheten att ta direktkontakt när de funnits på plats.

### **Intervju 3 med försäkringskasspersonal**

Inte heller denna intervjuperson har varit med om något möte inom ramen för 90/90-projektet. Familjeläkarna kryssar "nej", troligtvis beroende på att de har för mycket att göra. De flesta rehabmötena bokar vi själva. Den läkare som varit mest intresserad av projektanken är också den som tar de flesta rehabavstämningarna, men han finns på plats endast en eftermiddag i veckan. Han vet i vart fall vad det handlar om och driver på ärendena bra. Även denna intervjuperson anför familjeläkarnas arbetsituation som den avgörande anledningen till att projektet inte fungerat. De har helt enkelt för mycket att göra, de orkar inte med att dra i detta, även fast det säkerligen skulle kunna vara vinster att uppnå med systemet.

Intervjuerna med försäkringskasspersonalen ger vid handen att det är endast marginella effekter som har uppnåtts under projektets gång. Ett fåtal möten har initierats på det sätt det var tänkt. Orsaken är alla överens om, nämligen familjeläkarnas pressade arbetsituation. När inte tiden finns tillgänglig så agerar de på vanligt sätt. Flera av de intervjuade omtalar även att flera försök till fortlöpande information om projektet har gjorts under sommaren och hösten, dock utan påtagligt resultat. En del av informationsmötena har varit lunchmöten som också de har kännetecknats av stress där resultatet inte har blivit det man tänkt sig.

*Trots lågt intresse och magert resultat anser dock försäkringskasspersonalen det som viktigt att man inte ger upp försöket att tidigare komma igång med åtgärder för de personer som har diffusa diagnoser, eller riskerar återkommande sjukskrivningar. Här finns mycket att vinna för alla parter, men det kräver då även ett tydligare agerande från i första hand familjeläkarna. Det är ju i första hand dessa som måste reagera och agera om det kommer patienter som kan tänkas bli långtidssjukskrivna. Inte heller på chefsnivå finns några entydiga förklaringar till varför inte projektet slagit väl ut. Det finns flera tänkbara förklaringar varför inte familjeläkarna har agerat; Det kan vara så att de inte vill på grund av tidsbrist alternativt att man får en personlig relation till patienten, det kan vara så att de inte har förstått, eller det kan vara så att de inte har hunnit. Enligt familjeläkarenheten har 6 möten initierats inom ramen för projektet. I huvudsak är det den läkare som tagit upp idén som också har varit den som ligger bakom dessa möten. Ett problem i sammanhanget är att den läkaren inte har varit på plats så mycket som var tänkt från början.*

För att kunna bedöma relevansen av de fåtal möten som initierats inom 90/90-projektet, måste de bokförda mötena vägas mot om det gäller nyinskrivna patienter eller inte. Det betyder att relationen mellan antalet nyinskrivningsbesök och antalet initierade 90/90-möten är det tal som avgör i hur hög grad projektet har varit lyckat, acceptabelt eller ett misslyckande! Har samtliga initierade möten utgjorts av nyinskrivningsbesök så kan resultatet vara gott, om inte kan det vara sämre...

### **Intervju 1, 2 och 3 med familjeläkare**

Sammantaget kan sägas att intervjuerna med de fasta familjeläkarna inte gav särskilt mycket av information relaterat till projektets syfte och mål. Det konstaterades att arbetspressen var hög genom att enheten tvingats lösa vårduppdraget med att anlita flera sk stafettläkare. Dessutom ansåg läkarna att de gjorde ungefär som de tidigare hade gjort. Det var svårt att få konkreta svar på frågan om hur många patienter som förkryssats som ingående i 90/90-projektet i samband med sjukskrivning. Här fanns ingen statistik att få, men det rörde sig om någon enstaka patient i bästa fall. Enligt uppgifter från försäkringskasspersonalen så kan det stämma rätt väl. För stafettläkarna fanns uppenbarligen en brist i information. De hade inte knutits till projektet i någon större utsträckning och använde inte heller möjligheten att markera på sjukintyget att det skulle behövas ett snabbt avstämningmöte för en patient som befann sig i riskzonen för att hamna in i en längre tids sjukskrivning.

## Intervju 4 med familjeläkare

Vid redovisningen av läkarintervjuerna har jag valt att lyfta ut den familjeläkare som i störst utsträckning använt sig av möjligheten att markera patienter som ingår i 90/90-projektet. I den familjeläkarens fall handlade det om 6 patienter som markerats i enlighet med intentionerna i försöksprojektet. Notabelt är att alla dessa är idag tillbaka i aktivitet eller arbete! Fyra av dessa är anmälda via familjeläkarenheten och två via medicinkliniken. Samtliga anmälda av en och samma läkare. Det skulle vara möjligt att rent konkret räkna fram vilka ekonomiska vinster som kunnat göras genom att dessa 6 patienter fått en kortare väg till friskskrivning än vad de skulle ha fått på traditionellt sätt. Besparningarna är väsentliga kan man nog säga, utan att ha studerat siffrorna i detalj. Lägg därtill den vinst som uppkommit genom att patienterna själva förmodligen mått bättre eftersom de ej behövt gå i ovisshet under sjukskrivningsperioden.

## Bedömning av de patienter som ingått i projektet

I de fall som familjeläkaren använt sig av rutinerna i 90/90-projektet gällde det patienter med diffusa symtom. Läkaren bedömde att om ingen åtgärd snabbt sattes in kunde det komma att röra sig om en längre tids sjuksskrivning.

## Det låga antalet

Familjeläkaren menar att arbetssituationen under 90/90-projektets gång har bidragit till det låga antalet anmälningar enligt uppgjorda rutiner. Under tiden från det att projektet initierades fram till efter årsskiftet 2006/2007, har ett stort antal hyrläkare (även kallade "stafettläkare") varit i tjänst. Dessa har under den tid de varit i tjänst träffat många akutpatienter, men har inte haft tillräckligt med information för att hantera patienterna i enlighet med projektets intentioner. Därför har många av de nyanmälda patienterna missats i hanteringen. Enligt den intervjuade familjeläkaren tror denne att det kan vara någonstans omkring 10% av det totala antalet nyanmälda patienterna som fått del av de snabba åtgärderna enligt projektet.

## Tankar om orsaker

Det visade sig vid de uppföljande intervjuerna att inte heller de familjeläkare som hade fasta tjänster hade anmält några nyinskrivna patienter enligt 90/90-projektets anvisningar. Efter gjorda uppföljningsintervjuer med såväl försäkringskasspersonalen som familjeläkarna, kan konstateras att något brustit med att få acceptans för planerade insatser. Det kan bero på flera orsaker. För det första måste arbetssituationen beaktas. Det är allmänt känt att familjeläkarna vid Bergslagssjukhuset har en pressande arbetsbörda. Det kan tänkas att den allmänna stressen som uppstår vid en överlastad arbetssituation i sig kan bidra till att försöksverksamheten med 90/90-projektet har kommit i bakgrunden. För det andra kan det vara en lednings- och informationsfråga. Visserligen har projektuppläggningsen och -innehållet förklarats vid ett flertal träffar mellan ansvariga vid Försäkringskassan i Fagersta och familjeläkargruppen vid Bergslagssjukhuset, men inte mycket tycks ha givit resultat. Det mesta har återgått i gamla hjulspår.

## Åtgärder

Styrningen måste bli hårdare, t ex med träffar veckovis där läkarna redovisar vilka åtgärder som vidtagits. Fördelarna och de framtida effektivitetsvinsterna måste tydliggöras så att varje enskild läkare känner en sporre inför uppgiften. Med veckovisa rapporteringar skulle det även vara möjligt att beskriva de fall där man missat patienter som borde ha varit med i den tidiga bedömningen och därigenom även kunna analysera vad som kunde ha gjorts på ett annat sätt.

## **Slutsatser**

*90/90-projektet är här för att stanna! Flera hävdar att det måste fortsätta och att det finns en stor potentiell vinst att göra för alla parter, om eller när, det kommer att fungera som det var tänkt. Alla kan tjäna tid på hanteringen, samtidigt som patienten själv förhindras att ramla tillbaka i en passiv hållning, utan på kort tid får klart för sig vilka åtgärder och vilka möjligheter som står till buds. I förlängningen finns en samhällsekonomisk vinst att göra med denna modell. Men för att detta ska fungera krävs en starkare styrning av projektet och tydligare regler för vad som skall göras vid de tidiga bedömningarna av patienterna. Huruvida resultatet ( 6 anmälda patienter till 90/90-projektet) är bra eller inte, är svårt att bedöma så länge man inte har tillgång till statistik över hur många nyanmälda patienter som kommit till Bergslagsjukhuset under projektiden. Är antalet nyanmälda lågt, kan resultatet vara bra. Är antalet nyanmälda relativt högt, blir resultatet givetvis sämre.*

*Hedemora den 14 mars 2007*



*Erik O. Sjödin*

*Creamus AB*

*Utvärderare av 90/90-projektet*

*Smedvägen 8*

*776 35 Hedemora*

*0225-711630*

*070-6956946*

*creamus@telia.com*