

Pilotprojektet

Jämt sjukskriven

– ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen

Slutrapport



Sveriges Kommuner och Landsting

118 82 Stockholm • *Besök* Hornsgatan 20

Tfn 08-452 70 00 • *Fax* 08-452 70 50 • info@skl.se • www.skl.se

Upplysningar om rapportens innehåll lämnas av:

Ulrika Eklund

Produktion: SKL

Tryck: SKL FS

Förbundets trycksaker beställs på

www.skl.se/publikationer • *tfn* 020-31 32 30 • *fax* 020-31 32 40

ISBN 978-91-7164-513-5

© Sveriges Kommuner och Landsting 2010

Innehåll

Innehåll	3
Förord	7
Sammanfattning	8
Pilotprojektet Jämt sjukskriven – ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen	9
Bakgrund till projektet	9
Ohälsotalet rusar i höjden	9
Olika föreställningar om kvinnor och män ger ojämslälld behandling.....	9
Projektmedtagare.....	10
Projektets syfte	11
Arbetsstätt.....	11
Trappan	11
Processkartläggning med jämställdhetsperspektiv	12
Risk- och sannolikhetsbedömning	13
Delprocess.....	13
4R	13
Genombrott.....	14
Så här gjorde teamen	16
Exempel på teamens mål och mått för arbetet	22
Skillnader i sjukskrivning mellan män och kvinnor	23
Framgångsfaktorer för arbetet.....	24
Jämställdhetsarbete utvecklar kvaliteten i hela sjukskrivningsprocessen	25
Synpunkter och lärande.....	25
Teamen	25
De enskilda teammedlemmarna.....	27
Verksamhetscheferna	29
Landstingen	30
Projektledaren	30
Bilagor SKL.....	32
Bilaga 1 Fyrfältaren	32
Bilaga 2 Riskanalys	33
Delprocess	33
Handens vårdcentral – Slutrapport	36
Syfte med deltagandet i projektet	36
Multidisciplinära teamet på Handens vårdcentral.....	36
Bakgrund.....	36
Haninge kommun	36
Handens vårdcentral	37
Personal på vårdcentralen	37
Ekonomiskt stöd till projektet.....	37
Problem	37
Sjukskrivningsprocessen	38
Identifierade risker.....	39
Mål.....	39
Mått.....	39
Hur gjordes mätningarna?	39

Resultat.....	40
Data sammanställda ur journalsystemet.....	41
Remisser	44
Enkät	44
Konsekvenser och analys.....	45
Förändringar som testas.....	45
Aktiviteter	47
Sammanfattning kring måluppfyllelse.....	48
Att arbeta med jämställdhet	48
Bilagor Handen	50
Bilaga 1 Frågeformulär till läkare	50
Bilaga 2 Patientenkät sjukgymnast/arbetsterapeut.....	51
Bilaga 3 Patientenkät kurator	52
Bilaga 4 Patientenkät följbrev.....	53
Bilaga 5 Patientenkät utskick	54
Bilaga 6 Samtycke till informationsutbyte.....	57
Kolmårdens vårdcentral – Slutrapport.....	58
Syfte med deltagandet i projektet.....	58
Teammedlemmar.....	58
Sammanfattning.....	59
Bakgrund.....	59
Området.....	59
Vårdcentralen	59
Resursteamet	60
Sjukskrivningsarbetet	60
Egna förutsättningar	61
Att delta i projektet.....	61
Sjukskrivningsprocessen	62
Identifierade risker.....	64
Mål.....	65
Mått.....	66
Hur gjordes mätningarna?.....	66
Resultat.....	68
Resultatanalys	72
Testade förändringar	74
Aktiviteter	75
Att arbeta med jämställdhet	75
Bilagor Kolmården	77
Bilaga 1 TQ-mätning	77
Bilaga 2 Resursteamets patientenkät	78
Bilaga 3 Rehabiliteringsplan.....	81
Bilaga 4 Rehabiliteringsutvärdering	82
Bilaga 5 Risklista vid sjukskrivning.....	83
Bilaga 6 Policydokument	84
Bilaga 7 Värk/smärtproblematik för hänvisning.....	86
Bilaga 8 Checklista för läkare.....	88
Skurup vårdcentral – Slutrapport	89
Syfte med deltagandet i projektet.....	89
Teammedlemmar:.....	89
Sammanfattning.....	89
Bakgrund.....	90
Området 2008	90
Sjukskrivningsarbetet	91

Resursteamet	91
Ohälsotal	92
Sjukskrivningsprocessen.....	94
Identifierade risker	95
Genushand	97
Mål.....	98
Mått.....	98
Hur görs mätningarna?.....	98
Konsekvenser och analys.....	101
Förändringar som testats.....	102
Resultat.....	103
Aktiviteter	103
Att arbeta med jämställdhet	103
Så här går vi vidare.....	104
Bilagor Skurup	105
Bilaga 1 Policydokument	105
Bilagor 2a-2f Enkätresultat	107
Bilaga 3 Patientenkät	110
Bilaga 4 Levnadsvanor	113
Bilaga 5 Riskanalys	116
Bilaga 6 Tvärtom-frågan.....	119
Landstingshälsan, Landstinget i Värmland – Slutrapport.....	121
Syfte och mål med deltagandet i projektet	121
Teammedlemmar.....	121
Bakgrund.....	122
Landstingshälsan och dess uppdrag.....	122
Metoder.....	124
Sammanfattning kring måluppfyllelse:.....	125
Analys och diskussion	126
Slutsatser	127
Kvar att göra	127
Viktiga aktiviteter under projektiden.....	128
Att arbeta med jämställdhet	128
Bilagor Landstingshälsan i Värmland	129
Bilaga 1 Sjukskrivningsprocessen.....	129
Bilaga 2 Riskanalyser i delprocesser	130
Bilaga 3 Resultat mätningar	131
Försäkringskassan – Slutrapport	145
Syfte med deltagandet i projektet	145
Teammedlemmar.....	145
Sammanfattning.....	146
Bakgrund och problem.....	146
Sjukskrivningsprocessen.....	146
Identifierade risker.....	147
Mål.....	148
Mått.....	148
Hur görs mätningarna?.....	149
Uppmätt ojämställdhet.....	149
Konsekvenser och analys.....	153
Förändringar som testats.....	154
Resultat.....	154

Sammanfattning kring måluppfyllelse.....	154
Kommentarer inför framtiden.....	154
Att arbeta med jämställdhet.....	155
Bilagor Försäkringskassan	156
Bilaga 1 SASSAM-kartan	156
Bilaga 2 Enkät	160
Ordlista.....	161

Förord

Sveriges Kommuner och Landsting har bedrivit ett pilotprojekt, Jämt sjukskriven – ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen. Projektets syfte var att undersöka om kvinnor och män behandlas olika i samband med sjukskrivning och att prova förbättringsåtgärder för att höja kvaliteten. Arbetet har varit en del i den så kallade sjukskrivningsmiljarden som är en överenskommelse mellan regeringen och SKL för att förbättra landstingens arbete med sjukskrivningar.

Hälso- och sjukvårdens uppdrag är att sjukvården ska bidra till en god hälsa och en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Men hur ser det egentligen ut i sjukskrivningsprocessen? Får kvinnor och män sjukskrivning och vård på lika villkor? Och vad kan vi göra åt det om det inte är jämställt?

Det har varit en stor förmån att få följa de fyra teamen, vårdcentralerna i Handen, Kolmården och Skurup och Landstingshälsan i Landstinget i Värmland, i samarbete med Försäkringskassan, i deras arbete under året - ett pionjärarbete som vi hoppas kommer att få efterföljare. Under åren 2010-2011 har landstingen som en del i sjukskrivningsmiljarden i uppdrag att sammanställa och analysera könsuppdelad statistik och skapa handlingsplaner med konkreta åtgärder för att komma tillrätta med eventuell ojämställdhet i sjukskrivningsprocessen. Här kan projektets metoder och resultat fungera som inspiration och kunskapskälla. Projektledare på SKL har varit Ulrika Eklund med stöd av Eva Westerling i Genombrottsmetodikern.

Marianne Granath
Sektionschef

Sammanfattning

Handens, Kolmårdens och Skurups vårdcentraler är tillsammans med Landstingshälsan i Värmland de team som deltog i pilotprojektet Jämt sjukskriven – ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen.

Teamen har upptäckt tendenser till att män och kvinnor oavsiktligt behandlas olika i vården. Exempelvis upptäcks inte depression hos män, kvinnor medikaliseras, kvinnliga och manliga läkare sjukskriver olika och män får fler rehabiliteringsinsatser. Det framkommer att våld i nära relationer är vanligare än teamen trodde hos långtidssjukskrivna kvinnor. De insåg att människor bedöms utifrån våra föreställningar om kvinnligt och manligt. Detta har fått teamen att prova olika åtgärder för att höja kvaliteten för kvinnor och män i sjukskrivningsprocessen. Teamen arbetar nu t.ex. med tvärtomfrågan – vad hade vi gjort om patienten hade varit av annat kön? Det är en enkel fråga som kan bidra till att kvinnor och män inte behandlas utifrån fördomar och föreställningar utan utifrån den enskilda individens behov. Sjukskrivningspolicyn har kompletterats med skrivelser om könsuppdelad statistik som ska analyseras fortlöpande och med att frågor om våld ska ställas. Genushanden har utvecklats av Skurups vårdcentral som ett verktyg för att synliggöra frågorna där det finns risk för att kvinnor och/eller män bedöms utifrån föreställningar om kön.

I detta projekt har den etablerade Genombrottsmetoden kombinerats med bl.a. processkartläggning med jämställdhetsperspektiv för att kartlägga ojämställdheten. Teamen har med hjälp av lärandeseminarier, föreläsningar, litteraturstudier och egna mätningar fått på sig ”genusglasögon”. Tack vare dem kommer individens behov i centrum i stället för våra fördomar.

För att lyckas med ett sådant här arbete krävs att ledningen är positiv och driver och följer upp frågan samt avsätter tid och resurser för utveckling och att alla anställda får kunskap om jämställdhet. Det är viktigt att mäta den egna verksamheten – hur ser det ut hos oss, hur behandlar och bedömer vi kvinnor respektive män – och testa åtgärder i liten skala.

För teamen har även arbete i resursteam varit en framgångsfaktor och projektet har lett till en sjukskrivningsprocess med högre kvalitet för både kvinnor och män.

Pilotprojektet Jämtt sjukskriven – ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen

Bakgrund till projektet

Ohälsotalet rusar i höjden

Under första delen av 2000-talet rusade kvinnors och mäns sjukskrivningar i höjden trots att Sveriges befolkning var friskare än någonsin. Jämfört med andra länder hade Sverige många personer som var frånvarande från arbetsmarknaden för att de var sjukskrivna eller hade sjuk- eller aktivitetsersättning, så kallad förtidspension. Regeringen var orolig över en utveckling som bidrog till stora kostnader för staten och till att människor inte kom tillbaka efter långa sjukskrivningar utan slogs ut från arbetsmarknaden. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) påtalade tillsammans med Sveriges läkarförbund och Försäkringskassan för regeringen att utvecklingsarbete behövde ske i vården för att påverka situationen i samhället. Det resulterade i att SKL år 2006 gjorde en överenskommelse med regeringen om att hälso- och sjukvården skulle utveckla arbetet med sjukskrivningar för att höja kvaliteten i arbetet. För detta ändamål avsatte regeringen en miljard kronor per år under tre år. Arbetet har varit framgångsrikt vilket har resulterat i att överenskommelsen från 2006 har förlängts till 2011. Det har konstaterats att långa sjukskrivningar kan vara skadliga och bidra till att kvinnor och män kan bli sjuka. En felaktig sjukskrivning kan ha lika starka biverkningar som en felaktig medicin. Försäkringskassan tillämpar begreppet (antal dagar som personer i den arbetande befolkningen är frånvarande från arbetsmarknaden för att de är sjukskrivna eller har så kallad förtidspension). Ohälsotalet var som högst under år 2003 med 43,3 dagar varav 34,9 för män och 52 för kvinnor. Försäkringskassans mål för 2007 var ett ohälsotal på 37 för hela landet. Mäns ohälsotal har dock aldrig överskridit 37. Ohälsotalet i december 2009 var 39,1 för kvinnor och 26,7 för män.

Olika föreställningar om kvinnor och män ger ojämsställd behandling

Kvinnor och män får ibland olika behandling och/eller undersökning för likartade symtom på grund av våra föreställningar om kön. Genus, det vi kallar kvinnligt och manligt, är något som vi skapar socialt och kulturellt. Våra föreställningar om kvinnligt och manligt påverkar kvinnors och mäns möjligheter och villkor i samband med sjukskrivningsprocessen. Men föreställningar förändras över tid och är olika i olika kulturer. Professor Yvonne Hirdman, historiker, började använda begreppet genussystemet för att skilja det sociala könet från det biologiska könet. Genussystemet bygger på principerna isärhållande och överordning med mannen som norm. Kvinnligt och manligt konstrueras hela tiden stereotyp, en process som sker omedvetet hos oss alla. Det mesta blir könskodat, alltifrån yrken, färger,

verktyg osv. När genussystemet bryts så märker vi det och det ses inte alltför sällan som ”opassande”. Den svenska arbetsmarknaden är könssegregerad (isärhållande) och de yrken som betraktas som manliga värderas högre.

I SKL:s kunskapsöversikt¹ (O)jämslällhet i hälsa och vård – En genusmedicinsk kunskapsöversikt står följande:

Ett stort antal studier tyder på att det förekommer medicinska felaktigheter orsakade av medvetna eller omedvetna föreställningar om kön, så kallad genusbias. Genusbias kan bland annat handla om att man ser skillnader mellan könen där de inte finns eller att man bortser från skillnader och könspecifika behov där de faktiskt finns. Genusbias kan ha betydelse för den diagnos och behandling patienten får samt för patientsäkerheten, inte bara för kvinnliga patienter utan även för manliga.

Medicinskt omotiverade skillnader mellan kvinnor och män har påvisats när det gäller tillgång till utredning och behandling vid ett flertal olika sjukdomar.

Studier har visat att kvinnor har haft sämre tillgång till exempelvis dialys och transplantation vid njurinsufficiens, inte fått lika många remisser till bronkoskopi eller operation vid knäleds- och höftledsartros osv. Kvinnor tycks också få vänta något längre än män för att få tid hos allmänläkare, såväl vid akuta som icke akuta besvär. Vidare skrivs nyare och dyrare mediciner ofta ut till män medan kvinnor får äldre och billigare preparat. Kunskapsöversikten igen:

Inte bara kvinnor, utan även män kan drabbas av genusbias i form av feldiagnostisering och felbehandling på grund av kön. Den medicinska genusforskningen har här intresserat sig för exemplet depression, som är en starkt kvinnligt kodad sjukdom. Samtidigt är det män som står för större delen av de fullbordade självmorden.

För att höja kunskapen och utveckla metoder för att arbeta för jämställda sjukskrivningar inbjöd Sveriges Kommuner och Landsting år 2007 alla landsting och regioner att delta i pilotprojektet Jämt sjukskriften – ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen. Projektet startade hösten 2008.

Projektdeltagare

Tre vårdcentraler och en företagshälsa samt Försäkringskassan nappade på erbjudandet att delta i pilotprojektet. Ytterligare två landsting blev av ekonomiska skäl och tidsbrist tvungna att hoppa av. På de olika enheterna deltog olika professioner i arbetet, vilket är en framgångsfaktor för ett lyckat arbete och en förutsättning i ett Genombrottsprojekt. Teamen i projektet har också haft sina ledningars uttalade stöd utan vilket risken är stor att det blir ett projekt med förbättringar som inte blir långsiktiga.

Följande enheter har deltagit:

- Handens vårdcentral, Stockholms läns landsting
- Kolmårdens vårdcentral, Landstinget i Östergötland
- Skurups vårdcentral, Region Skåne (deltog från och med lärandeseminarium 2)
- Landstingshälsan i Värmland, Landstinget i Värmland
- Försäkringskassan

¹ (O)jämslällhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt. Sveriges Kommuner och Landsting. 2007. http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39045_1.pdf

Projektets syfte

Syftet med projektet är att ”landstingens sjukskrivningsprocess är rätt, lagom och säker och svarar mot både kvinnors och mäns villkor och behov. En sjukskrivningsprocess utan diskriminering utifrån kön.” Det vill säga att kvinnor och män får den vård och behandling som de har rätt till i rätt tid för att få tillbaka sin arbetsförmåga. Pilotprojekts mål var att arbeta med sjukskrivningsprocessen för kvinnor respektive män och testa Genombrottsmetoden i kombination med en kartläggnings- och analysmetod för jämställdhet.

Arbetsätt

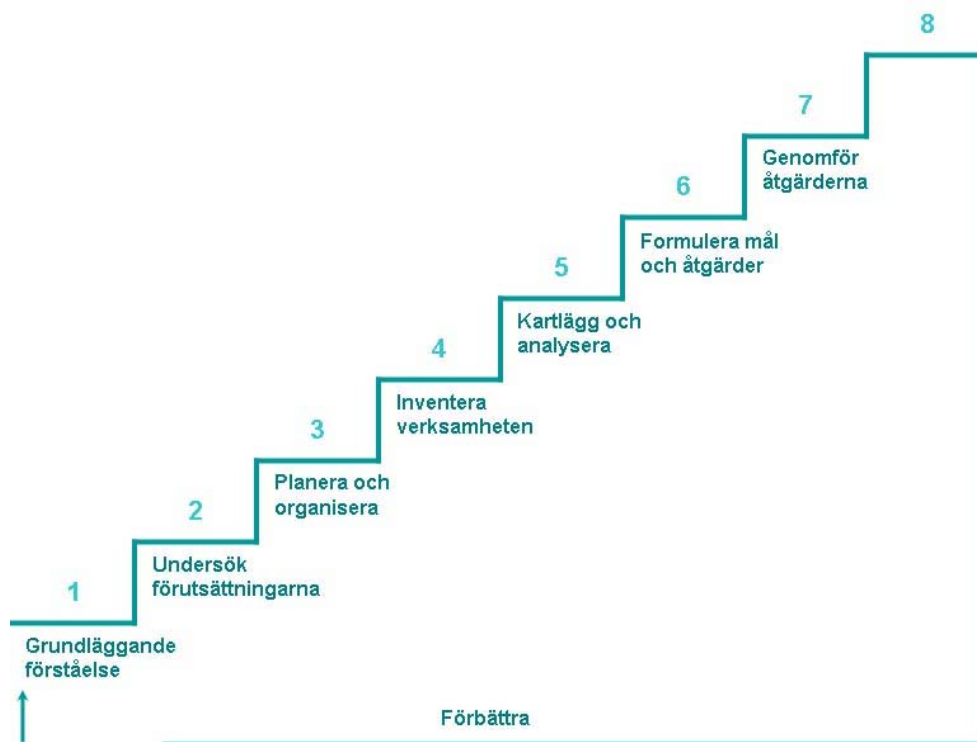
I projektet kombinerade vi olika jämställdhetsmetoder med Genombrottsmetoden.

Trappan

JämStöds arbetsgång för hållbar jämställdhetsintegrering eller Trappan som är ett sätt att visa vad som behöver göras och i vilken ordning har varit en utgångspunkt i projektet. JämStöd² var en statlig utredning som hade till uppdrag att utbilda, utveckla metoder för att integrera jämställdhet och stötta myndigheter att jämställdhetsintegrera för att erbjuda jämställda tjänster och jämställd service till invånarna.

JämStöd tog bland annat fram en arbetsgång, en trappa, för hållbar jämställdhetsintegrering. Det första trappsteget handlar om att bygga kunskap, trappsteg nummer två handlar om att undersöka nyttan och viljan av att integrera jämställdhet i verksamheten (i detta fall sjukskrivningsprocessen). Trappsteg tre innebär att planera och organisera arbetet. På trappsteg fyra till sex ska man inventera och kartlägga verksamheten (sjukskrivningsprocessen) samt analysera den och sätta jämställda mål. På sjunde trappsteget implementeras förändringarna som sedan ska följas upp i trappsteg åtta. Detta är en process som fortgår med syfte att erbjuda kvinnor och män bättre och jämställd service och jämställda tjänster. Trappan inkluderar PDSA-hjulet i trappsteg 3-8 och har kompletterats med kunskap och undersökning av förutsättningarna för arbetet. Precis som i andra Genombrottsprojekt är det viktigt att det finns en förändringsvilja och ett förändringstryck. Det räcker inte med eldsjälarna som bedriver jämställdhetsarbetet, även om de har varit en stor tillgång i Jämt sjukskriven. För att förändringen ska bestå krävs att ledningen äger frågan och att den blir en del av de ordinarie styr- och ledningssystemen och de dagliga rutinerna.

² SOU 2007:15 JämStöds Praktika. Metodbok för jämställdhetsintegrering, del 2 av 3
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/08/00/62/eb622408.pdf>



Trappan – en helhetbild av alla delar som bör ingå i ett systematiskt och kontinuerligt arbete för jämställdhetsintegrering

På lärandeseminiarierna fick deltagarna kunskap om jämställdhet. De fick även i uppgift att läsa litteratur mellan seminarierna. Hur den egna verksamheten såg ut fick de kunskap om bl.a. genom att dela upp sina verksamhetssiffror på kön. På ett lärandeseminarium arbetade vi med nyttan av att integrera jämställdhet i sjukskrivningsprocessen – för patienterna, personalen, invånarna m.fl. Resultatet redovisas i teamens egna rapporter.

Processkartläggning med jämställdhetsperspektiv

I kartläggningsfasen användes en processkartläggning ur ett jämställdhetsperspektiv.³ Metoden är utvecklad av JämStöd. Teamen startade med att skapa en processkarta genom en inventering av vad som gjordes och hur det gjordes. I nästa steg diskuterades på vilket sätt verksamheten kunde bidra till de jämställdhetspolitiska målen. Då identifierades eventuella könsmonster och alla moment där det fanns risk att skapa ojämställdhet. Vidare diskuterades om det spelar någon roll vilket kön personen som utför de olika momenten har. När risker för ojämställdhet upptäcktes undersöktes dessa med hjälp av mätningar. Därefter listades åtgärder som skulle kunna förbättra situationen genom upptäckt och förebyggande av risken att skapa ojämställdhet. Dessa åtgärder testades i projektet med hjälp av Genombrottsmetodiken.

³ SOU 2007:15 Jämstöds Praktika. Metodbok för jämställdhetsintegrering, del 2 av 3
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/08/00/62/eb622408.pdf>

Steg 1. Beskriv processen

Välj en process. Beskriv den. Vilka delmoment består den av?

Steg 2. Bidra till jämställdhet

Lista på vilket sätt processen kan bidra till att uppnå de jämställdhetspolitiska målen.

Steg 3. Identifiera risker

Var i processen finns risk för ojämställdhet?

Steg 4. Kartlägg och analysera könsmonster

Lista de könsmonster som är intressanta att känna till för varje delmoment. För in dem på respektive delmoment.

Steg 5. Reflektera över utförarens kön

Vem ansvarar för de olika delmomenten? Är det kvinnor eller män? På vilket sätt påverkar detta delmomentet?

Steg 6. Föreslå åtgärder

Vilka åtgärder skulle kunna förhindra att ojämställdhet skapas i de olika momenten?

Steg 7. Förändra processen

Bestäm vilka åtgärder ni ska genomföra, vem som gör vad och när.

Processkartläggningens steg

Risk- och sannolikhetsbedömning

Utifrån de risker som identifierades i processkartläggningen bedömde teamen hur sannolikt det var att händelsen skulle inträffa och hur allvarliga konsekvenserna i så fall skulle bli. Både sannolikheten och konsekvenserna bedömdes för kvinnor respektive män. Följande skalor användes för bedömning:

Allvarlighetsgrad

1. mindre
2. måttlig
3. betydande
4. katastrofal

Sannolikhet

1. mycket liten
2. liten
3. stor
4. mycket stor

Därefter summerades allvarlighetsgraden och sannolikheten för kvinnor respektive män i de olika fallen

Delprocess – risker	Allvarlig- hetsgrad		Sannolikhet		Summa		
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Total

Resultatet blev grunden för en del mätningar som gjordes och mål som sattes.

4R

I arbetet med att identifiera fallor och könsmonster gjordes försök att använda metoden 3R/4R. Med hjälp av den kartläggs och analyseras verksamheten ur ett jämställdhetsperspektiv. 3R-metoden utvecklades i JämKom-projektet som drevs

av Svenska Kommunförbundet i slutet av 1990-talet.⁴ Den har framförallt använts inom kommunal verksamhet. Metoden kartlägger:

- 1R = representation. Hur ser könsfördelningen ut bland beslutsfattare, personal, brukare, patienter, sjukskrivna – hur många kvinnor respektive män?
- 2R = resurser. Hur fördelas resurserna, t.ex. pengar, utrymme, tid, förskrivningar av medicin, rehabiliteringsåtgärder, remisser, informationsresurser, utvecklingsinsatser osv. till kvinnor respektive män?
- 3R = realia – analysera villkoren. Hur kommer det sig att representationen och resursfördelningen mellan könen ser ut som den gör? På vilka villkor får kvinnor respektive män vara med och utforma och ta del av verksamheten? Har kvinnor och män samma villkor? Får de del av resurserna i lika stor utsträckning? Bemöter vi kvinnor och män likvärdigt?

Sammantaget kan frågan ställas: Vem får vad på vilka villkor?

Metoden har vidareutvecklats av JämStöd till 4R där R4 står för realisering.⁵

- 4R = realisera – formulera nya mål och åtgärder. Hur bör verksamheten se ut för att vara jämställd? Beskriv din vision om en verksamhet anpassad för kvinnors och mäns behov. Kom ihåg att formulera målen så att de blir uppföljningsbara både för kvinnor och för män.

Angreppssättet i 4R är användbart i processkartläggningen men 4R saknar den inventerande delen. Därför passade processkartläggningsmetoden bättre i projektet Jämt sjukskriven.

Pilotprojektet la fokus på processkartläggningen där den största framgångsfaktorn blev identifierandet av riskerna vars sannolikhet sedan bedömdes, liksom hur stora konsekvenser de fick.

Genombrott

Genombrott har sitt ursprung i det framgångsrika arbetssättet ”The Breakthrough Series” (BTS).⁶ BTS inkluderar ett principiellt projektupplägg som innehåller gemensamma arbetsseminarier med mellanliggande arbetsperioder. Det inkluderar även en arbetsgång, Nolans modell, som bygger på att man testar små förändringar i den egna organisationen före beslut om en mer genomgripande förändring. Grunden för arbetet är att det finns ett gap mellan det vi vet och det vi uppnår i verksamheten.

De fyra hörnstenarna i Genombrottsmetoden är:

- förändringskoncept
- förändringstryck och -vilja
- Nolans modell
- projektdesign

I detta pilotprojekt fanns inga färdiga **förändringskoncept** men det fanns kunskap och erfarenheter från annat jämställdhetsarbete. Projektet har utvecklat en mängd förändringsidéer att testa för andra som önskar arbeta med frågan.

⁴ http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc27715_1.pdf

⁵ <http://www.regeringen.se/content/1/c6/08/00/62/eb622408.pdf>

⁶ Genombrott har introducerats och bearbetats för svenska förhållanden 1997 av dåvarande Landstingsförbundet. Mer om metoden finns på <http://www.skl.se/web/Genombrott.aspx>

Ett **förändringstryck och en förändringsvilja** fanns på politisk nivå. Det framgick redan i den första överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet inför år 2006 och uttrycktes sålunda:

- Det finns en stark strävan att öka livskvaliteten för kvinnor och män i landet.
- Dessutom kan framhållas att med hänsyn till de särskilda utmaningar som kvinnors ohälsa ställer skall sådana frågor lyftas fram.⁷

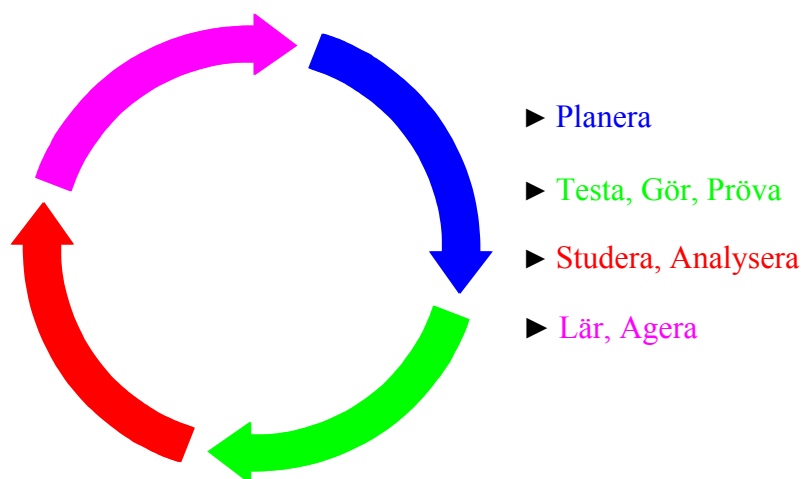
Däremot var den generella bilden i landstingen att verksamheten redan idag är jämställd och att kvinnor och män behandlas lika vilket gjorde att trycket och viljan inte var så stora i praktiken. Ohälsotolet delades inte upp på kvinnor och män utan medelvärde användes vid redovisning, vilket bidrog till okunskap om skillnaden mellan kvinnor och män. Projektet har visat att kunskapen om skillnaden i situationen för kvinnor och män leder till ökat intresse och ökad förändringsvilja hos landstingen och verksamheterna. I överenskommelsen mellan SKL och staten inför arbetet 2010-2011 finns en morot där arbetet med jämställdhet har kopplats till resurser på ett tydligare sätt än i tidigare överenskommelser. Det finns idag en stor okunskap om hur vi behandlar och bemöter kvinnor och män inom hälso- och sjukvården, och den forskning som finns inom området är inte tillräckligt känd.

Nolans modell går igen i nästan allt förbättringsarbete. Den innehåller tre frågor och det s.k. förbättringshjulet eller PDSA-cykeln.

- Mål: Vad är det vi vill uppnå?
- Mått: Hur vet vi att en förändring är en förbättring?
- Idéer: Vilka förändringar kan vi göra, som leder till förbättringar?

PDSA-cykeln består av stadierna planera (plan), testa, gör, pröva (do), Studera, analysera (study) och lär, agera (act)

PDSA – cykeln



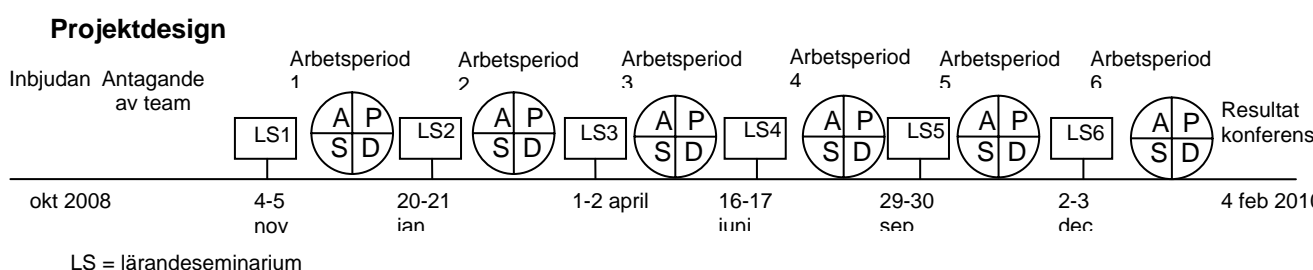
Nolans modell är utmärkt att testa på ett strategiskt arbete med jämställdhet som kan ha en tendens att fastna i en kartläggningssfas. Modellen bygger på att **göra** vilket kompletterar jämställdhetsarbetet med kartläggning och analys.

⁷ Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron 051215

Den fjärde hörnstenen i Genombrott är **projektdesignen**. Vi har arbetat med sex lärandeseminarier med arbetsperioder däremellan. Seminarierna har varit fler än i ett traditionellt Genombrottsprojekt eftersom en kartläggningsfas har tillkommit. Det har varit en utmärkt design för jämställdhetsarbete som vinner på ett processbaserat arbetssätt under en längre tid eftersom det till stor del handlar om attitydförändringar.

Till sin hjälp har teamen haft en processtödjare från det egna landstinget som har haft till uppgift att stötta deltagarna i arbetet. Processtödjarna har haft egna träffar före lärandeseminarierna för att diskutera teamens behov men också för att få möjlighet att förbereda sig för nästa steg i arbetet.

Projektet har genomförts med sex lärandeseminarier under cirka 13 månader. Teamen har haft tillgång till en egen grupparbetsplats på SKL:s intranät där de har haft möjlighet att rapportera resultat och utbyta erfarenheter. SKL har under projektets gång erbjudit kontinuerligt stöd, besök med utbildning på teamens arbetsplatser och handledning vid behov.



Så här gjorde teamen

Här är en sammanfattning av teamens arbeten utifrån metoden processkartläggning med jämställdhetsperspektiv.

Steg 1. Processen

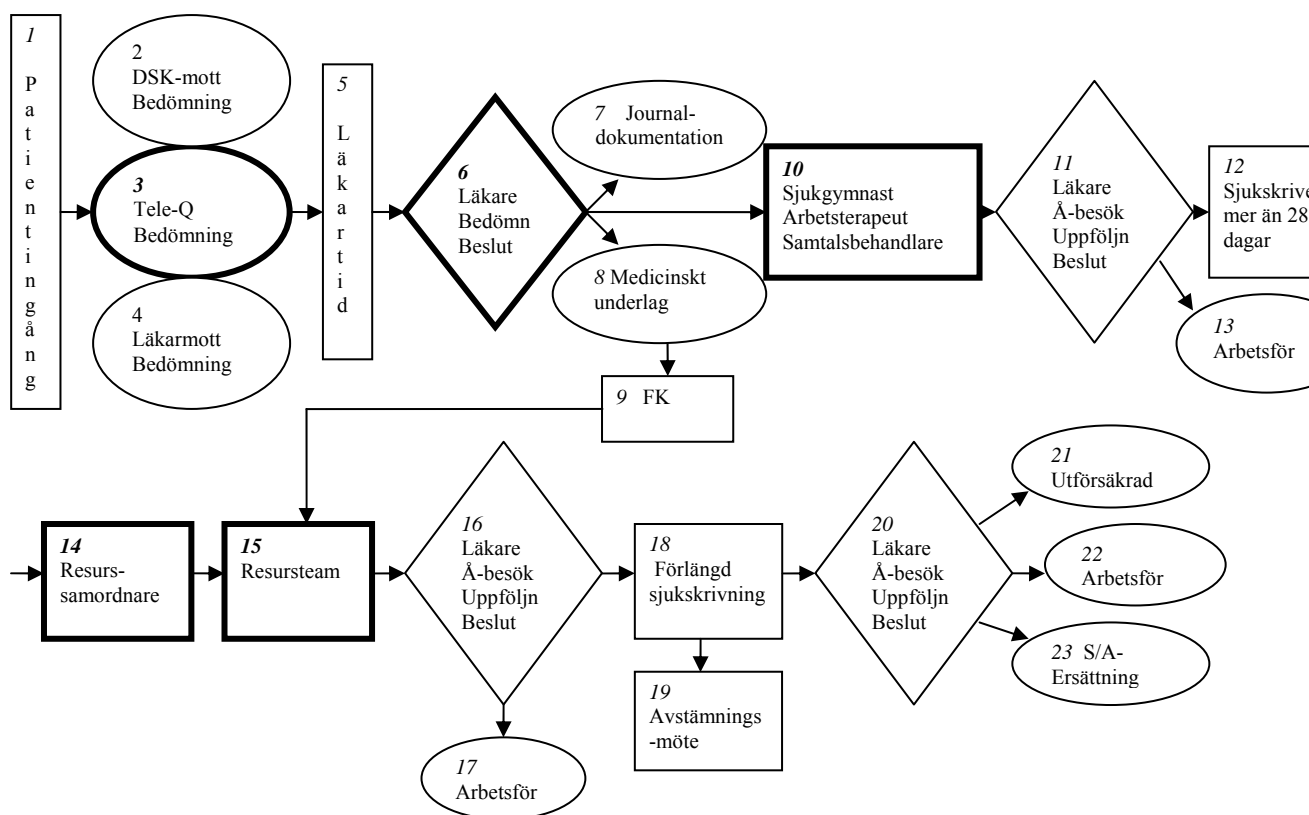
Teamen har arbetat med att kartlägga sin sjukskrivningsprocess för att identifiera vad som händer med kvinnor respektive män när de kommer till vårdcentralen eller landstingshälsan. Teamens processkartor finns i deras egna slutrapporter. Processerna ser naturligtvis olika ut, ovan är en generell bild över en vårdprocess. Några moment som alltid ingår i processen är:

- Kvinnan eller mannen kontaktar vårdcentralen/landstingshälsan med en hälsofråga
- Bedömning av vad som ska ske med kvinnan eller mannen
- Läkarbesök med t.ex. anamnes, status, provtagningar, remiss, förskrivning av medicin, bedömning och plan, medicinska underlag
- Behandling – t.ex. hos sjukgymnast eller kurator, eller sjukskrivning, medikalisering
- Uppföljning – hur har det gått för kvinnan eller mannen som patient? Gav åtgärderna önskade effekter?

Under hela processen ska det som sker med kvinnan respektive mannen dokumenteras i patientjournalen.

För arbetet i teamen är inte det viktigaste att själva processkartan är perfekt utan att den ger teamet möjlighet att få ett verktyg för att samtala om vad det är som sker och vilka delmoment som ingår i processen.

Är du nyfiken på teamens processer se deras egna rapporter.



Så här illustrerar Kolmården sin sjukskrivningsprocess.

Steg 2. Jämställdhet och sjukskrivningsprocessen

Teamen hade möjlighet att på lärandeseminarier samtala om nyttan av att arbeta med jämställdhet i sjukskrivningsprocessen. Här är några av de ”nyttor” som teamen formulerade.

För patienten – kvinnor och män får vård på lika villkor. Vården är tillgänglig för både kvinnor och män. Rätt insatser för individen sker i rätt tid vilket leder till att kvinnor och män snabbare får tillbaka sin arbetsförmåga. Både kvinnor och män får lika möjlighet till makt och inflytande över sin sjukskrivningsprocess så att de kan påverka till exempel vilket stöd och vilka behandlingsformer som de behöver.

Medborgaren/invånaren – både kvinnor och män kan känna sig trygga i vetskapen om att de får rätt insatser och behandling i rätt tid när de söker vård och behandling. Det leder till friskare invånare och ett ökat förtroende för systemet. Viljan att vara med och dela på kostnaderna ökar samtidigt.

Familjeperspektiv – kvinnor och män får rätt vård och behandling när de inte bedöms utifrån traditionella föreställningar om vem som gör vad utan utifrån individuella behov. När hälso- och sjukvården uppmärksammar våld i nära relationer finns en möjlighet att förbättra situationen för familjen.

Ekonomi – sjukskrivningar är ett av våra trygghetssystem och med en rätt, lagom, jämställd och säker sjukskrivningsprocess⁸ får kvinnor och män del av resurserna på rättvisa villkor. Det ska finnas metoder och behandlingsformer som kan passa såväl kvinnor som män och en medveten uppföljning av resursfördelningen så att skillnader i t.ex. förskrivning av läkemedel och tillgång till vård och behandling inte innehåller ojämställdhet.

Personal – att arbeta med jämställdhet ökar personalens kunskap och bidrar till att underlätta arbetet med sexuella trakasserier. Ett systematiskt arbete med sjukskrivningsprocessen bidrar också till en bättre arbetsmiljö. Det finns en förståelse för arbetet och ledningen står bakom, så det blir inte ett ensamarbete för den enskilde läkaren.

Verksamheten – effektivare processer med högre kvalitet för kvinnor och män. Resurser och tid som frigörs kan utnyttjas på annat sätt. En uppföljning för både kvinnor och män vilket innebär att risker kan förebyggas. Bedömningarna är fria från könsstereotypa föreställningar vilket gynnar individuella behov och höjer kvaliteten på verksamheten.

Teamen använde sig av följande lagar och föreskrifter vid samtal om fördelen av arbeta med jämställdhet i sjukskrivningsprocessen.

- Hälso- och sjukvårdslagen §2 ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.”⁹
- Socialstyrelsens God vård¹⁰ som föreskriver att vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, effektiv, jämlik, patientfokuserad och ges i rimlig tid.
- Jämställdhetspolitiska mål som har fastställts av riksdag och regering.

Riksdagens mål för jämställdhetspolitiken är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv.

- En jämn fördelning av makt och inflytande. Kvinnor och män ska ha samma rätt och möjlighet att vara aktiva medborgare och att forma villkoren för beslutsfattandet.
- Ekonomisk jämställdhet. Kvinnor och män ska ha samma möjligheter och villkor i fråga om utbildning och betalt arbete som ger ekonomisk självständighet livet ut.
- Jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet. Kvinnor och män ska ta samma ansvar för hemarbetet och ha möjligheter att ge och få omsorg på lika villkor.
- Mäns våld mot kvinnor ska upphöra. Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet.¹¹

⁸ Rätt, lagom och säker sjukskrivningsprocess – så sammanfattar Region Skåne God vård, Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12).

⁹ Lag 1997:142

¹⁰ Socialstyrelsen, Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)

¹¹ De jämställdhetspolitiska målen utgår från ”Makten att forma samhället och sitt eget liv”, proposition 2005/06:155

Steg 3. Identifiering av risker

Utifrån processkartan identifierade teamen risker. Landstingshälsan i Värmland kompletterade processkartläggningen med en metod för en riskanalys som sedan alla teamen använde sig av, se Bilaga 2. Teamen gjorde en bedömning av hur sannolika de olika riskerna var för kvinnor respektive män och hur stora konsekvenserna blir för kvinnor respektive män om en risk inträffar.

Teamen fann att risken var allvarligast och mest sannolik för kvinnor, men fann även flera fall där risken var allvarlig och sannolik också för män. Risken att skapa ojämställdhet var allra störst vid besöket hos läkaren.

Teamen bedömde att den största risken för **kvinnorna** var

- underdiagnostik av fysiskt och psykiskt våld
- underdiagnostik av missbruk
- översjukskrivning av sociala skäl
- olika behandling utifrån yrke och status

För **männen** bedömde teamen den största risken vara

- underdiagnostik av fysiskt och psykiskt våld
- olika behandling utifrån yrke och status
- underdiagnostik av missbruk
- översjukskrivning av sociala skäl

För riskanalysen se Bilaga 2.

Övriga risker som teamen identifierade framgår av varje projektrapport under rubriken Identifierade risker.

Här följer en översikt över de situationer där den största risken finns enligt teamens bedömning att kvinnor och män bedöms och behandlas utifrån föreställningar om kvinnor och män.

- **Bemötande** i samtliga situationer i sjukskrivningsprocessen. Vilket bemötande får kvinnor respektive män? Vilka förväntningar har vi som påverkar bemötandet?
- **Anamnes** – Vilka frågor ställs, vilka prover tas, vilka undersökningar genomförs, vad uppfattas? Ställs frågor om riskbruk och våld?
- **Bedömning** – Vilken bedömning får kvinnor respektive män, hur tolkas beslutsunderlaget, när bedöms beslutsunderlaget vara tillräckligt för att ställa diagnos, används försäkringsmedicinska beslutsunderlaget, vilka skickas för second opinion eller till specialist? Vem kommer till vilken kompetens/ behandlare?
- **Väntetid** – Hur ser väntetiderna ut i de olika delprocesserna, vem får vänta och på vad? Vad är anledningen till väntetiden? Hur följs rehabkedjan? När sätts vilka insatser in? Finns det skillnader?
- **Vård och behandling** – Vilken vård och behandling får kvinnor respektive män? Finns det risk för medikalisering? Olika ordination av läkemedel?

- **Dokumentation** – Hur dokumenteras i patientjournalen? Vad skrivs på det medicinska underlaget? Hur beskrivs kvinnors och mäns situation och problem? Vilka värdeord används?

Utifrån dessa hypotetiska risker valde teamen att undersöka situationen, dvs. de områden som kändes relevanta för dem.

Steg 4. Kartläggning och analys av könsmönster

Teamen gjorde olika kartläggningar och mätningar utifrån riskanalysen. De valde t.ex. enkäter, journalgranskning och könsuppdelad statistik. I deras slutrapporter framkommer bl.a. följande könsmönster.

- I patientjournalerna hittas i de flesta fall information om kvinnors sociala situation, en information som ofta saknas i männens journaler. (Samtliga team)
- Genom bland annat statistik och journalgranskning framkom att kvinnor sjukskrivs i högre grad än män för depression. (Handen, Kolmården, Skurup)
- Genom journalgranskning upptäcktes att negativa sociala faktorer är vanligare hos kvinnor med depression och sjukskrivning än hos män. Exempel på detta är eget eller närståendes missbruk, svår sjukdom eller dödsfall hos anhörig, misshandel i nuvarande eller tidigare relation och konflikter med arbetsgivare. (Kolmården, Skurup)
- Kvinnor får oftare psykiska diagnoser även om det finns somatiska grunder, med rehabilitering vald efter detta spår. Det finns risk för medikalisering av kvinnor, det vill säga att livets bekymmer blir till en sjukdom för kvinnor. (Skurup)
- Det är vanligt att kvinnor får träffa en sjuksköterska och män en läkare. (Landstingshälsan i Värmland).
- Fler kvinnor med diffus ångest och diffus smärtproblematik har varit utsatta för våld eller hot än vad teamet tidigare hade trott. Det är ett omfattande men osynligt problem i sjukskrivningsprocessen. (Skurup, Kolmården)
- Män får tidigare remisser till specialistbedömningar och till speciella undersökningar. (Skurup)
- Rehabiliteringsåtgärder fokuseras tidigare och snabbare för män, och arbetsplatsanpassning har en tendens att vara vanligare för män. (Skurup)
- Frågor om droger och alkohol är svårare att ställa till kvinnor än till män. (Samtliga)

Som en gemensam övning gick teamen igenom ett antal läkarutlåtanden om hälsotillstånd (LUH) för kvinnor och män. Här kunde de se tendenser till att kvinnors sociala situation alltid beskrivs, t.ex. om de lever i en relation och om de har haft tidigare relationer och barn, medan det inte förkom för män. Män saknade familj och barn enligt LUH. Det fanns tendenser till att beskriva mäns arbeten i större utsträckning än kvinnors. Vilka konsekvenser detta får för hanteringen av LUH hos Försäkringskassan samtalade teamen om.

En mätning som alla teamen gjorde var så kallade fyrfältare, se Bilaga 1. I mötet med patienten ställde de frågor som: Vad är bra respektive dåligt för dig med sjukskrivning och Vad är dåligt respektive bra för dig med att återgå till arbetet. Resultatet sammanställdes könsuppdelat. Det framgick att kvinnor och män beskrev sig själva på olika sätt. Männens fyrfältare fokuserade i högre utsträckning

på arbetssituationen och kvinnornas på den sociala situationen. Kartläggningen ledde till ett bra samtal och uppmärksamhet på vilket bemötande kvinnor respektive män fick av teamen. Fokuserar vi på olika frågor för kvinnor och män? Behöver kvinnors och mäns berättelser kompletteras med olika typer av frågor?

Steg 5. Reflektion över utförarens kön

Teamen reflekterade på olika sätt över vad utövarens kön har för betydelse.

Handens vårdcentral hade gjort mätningar under två veckor och undersökt statistik från journalerna. I deras undersökning framkom att läkare av manligt kön har fler patienter med kortare sjukskrivningsperioder medan läkare av kvinnligt kön har fler patienter med längre sjukskrivningsperioder. De manliga läkarna skrev inget sjukintyg för någon man för psykisk ohälsa utan endast för diagnoser inom rörelseapparaten under den period som mätningen gjordes. De manliga läkarnas kvinnliga patienter finns under alla tre diagnoserna. Mätningarna ledde till spännande samtal i teamens personalgrupper – hur kommer det sig att det ser ut som det gör? Missar vi depressioner hos män?

Teamen funderade också över vilken roll genussystemet¹² spelar – hur har vi fostrats till kvinnor och män? På vilket sätt påverkar det både patienten och den som arbetar i vården?

Utifrån en teori om manlighet fördes samtal om vad som sker i mötet mellan två män. Frågan blir relevant eftersom få psykiska diagnoser ställs på män. Kvinnor har i större utsträckning tränats i omvårdnad – på vilket sätt påverkar det dem? Vad förväntar sig patienten av en kvinnlig respektive manlig läkare?

Samtalet ledde också till spännande samtal om frågor som Ska patienten få välja om han eller hon vill ha en kvinna eller man som behandlare? Finns det tillfällen när det är viktigt? Vilka förväntningar har ledningen på kvinnor och män som personal? Hur bedöms kvinnors och mäns insatser?

Steg 6. Åtgärder

Utifrån de listade riskerna och mätresultaten föreslog teamen åtgärder som skulle kunna förbättra kvaliteten i sjukskrivningsprocessen. I det här steget sammanfaller processkartläggningen med Genombrottsmetoden.

Exempel på testade åtgärder:

- Genusgranskad policy vid sjukskrivning.
- Aktiva frågor till patienten om våld och hot i samband med sjukskrivning.
- Granskning av formulär och tester ur ett genusperspektiv, vilket har lett bland annat till öppnare frågor om alkohol.
- Tvärtomfrågan ställd i samband med att nyanmälda patienter tas emot i resursteamet.
- Användning av fyrfältaren inför en eventuell sjukskrivning.
- Val av en i resursteamet som är ansvarig och följer upp varje patient.
- Könsuppdelad statistikuppföljning av verksamheten.

¹² Professor Yvonne Hirdman, Genusystemet, Demokrati och makt i Sverige. SOU 1990:44

Exempel på teamens mål och mått för arbetet

Teamen har utvecklat olika mål för en jämställd sjukskrivningsprocess, t.ex.

1. **Mål:** Alla sjukskrivningar som är längre än 28 dagar eller riskerar att bli det ska anmälas och förberedas till resursteamet.
Mått: 100 procent av de patienter som är sjukskrivna över fyra veckor ska tas upp i resursteamet, både män och kvinnor.
2. **Mål:** Rehabplan ska upprättas vid det första resursteamsmötet i enlighet med beslutsstödet för sjukskrivning (med Försäkringskassan).
Mått: 100 procent av både kvinnor och män ska ha en rehabplan, dokumenterad i journalen, där alla yrkeskategorier runt patienten ska vara delaktiga och informerade.
3. **Mål:** En resursteamspatient ska granskas med ”genusglasögon”, dvs. hänsyn ska tas till genusbias.
Mått: 100 procent av alla nyanmälda kvinnor och män ska ha genusgranskats enligt resursteamets formulär. Antal sjukskrivna kvinnor och män ska jämföras från år till år. Journalgranskning, stickprovskontroll i november varje år, anteckningar om familjesituation, våld/hot/mobbning och alkohol ska vara lika för män och kvinnor.
4. **Mål:** Både kvinnliga och manliga patienter ska känna att de har varit delaktiga i teamets planering.
Mått: Patientens upplevelse av delaktighet ska följas upp vid avslut i teamet. 100 procent ska då ha fått frågan om delaktighet och resultatet ska analyseras. Analysen bör inte uppvisa någon skillnad mellan män och kvinnor. Annars ska skillnaden analyseras och åtgärdas.
5. **Mål:** Ingen skillnad på väntetider för kvinnor och män.
6. **Mål:** Öka kompetensen hos medarbetarna med avseende på genus.
7. **Mål:** Läkarna gör likvärdiga bedömningar av sjukskrivningsbehovet vid samma symtombild oavsett kön.
8. **Mål:** Läkarna gör likvärdiga bedömningar av rehabiliteringsinsatser oavsett kön.
9. **Mål:** 70 procent av alla med värkproblematik ska, oavsett kön, hänvisas till paramedicinare.
10. **Mål:** 90 procent av alla sjukskrivna med värkproblematik ska, oavsett kön, hänvisas till paramedicinare. Hänvisningen ska dokumenteras i journalen till 100 procent, oavsett kön.
11. **Mål:** Hänvisning till samtalsbehandlare för patienter med psykisk ohälsa ska dokumenteras i journalen till 100 procent, oavsett kön.

7. Processförändring

Bestående förändringar hos teamen är bl.a.

- Resursteam som ställer tvärtomfrågan och använder sig av genushanden.
- Sjukskrivningspolicy med genusperspektiv.
- Könsuppdelad statistik som följs upp.
- Användning av fyrfältaren

Skillnader i sjukskrivning mellan män och kvinnor

En kort sammanfattning av teamens upptäckter av ojämställdhet i sjukskrivningsprocessen:

Medikalisering av kvinnor. ”Medikalisering betyder att allt större delar av människolivet definieras utifrån medicinska ramar, där varje symtom kan behandlas medicinskt. Vi handlar och agerar för att optimera hälsan, t.ex. går vi en promenad för att det är sunt och inte för att vi har lust.”¹³ Förskrivningen av läkemedel gör att patienten kan uppfatta att hon har ett biomedicinskt problem. Det leder till att personliga, sociala, politiska, ekonomiska och beteendemässiga problem tonas ned.¹⁴

Teamen har upptäckt tendenser till att kvinnor medikaliseras för vardagens problem. För att synliggöra och upptäcka detta använder sig teamen nu av fyrfältaren som också kan utgöra ett underlag för samtal med patienten.

Kvinnor har en högre andel diffusa diagnoser än män. Teamen har nu uppmärksammat att kvinnor kan vara i behov av somatiska undersökningar i större utsträckning än vad som görs nu.

Våld i nära relationer. Våld mot kvinnor, mäns våld mot kvinnor är något som väcker känslor. Teamen menar att mäns våld mot kvinnor är en försummad orsak till kvinnors ohälsa. Skurups team har t.ex. upptäckt att bland flertalet långtidssjukskrivna finns en bakgrund av våld i en nära relation eller sexuella övergrepp, något som patienten inte har behandlats för. Personalen tycker att det är svårt att fråga. Vi ska också komma ihåg att även vårdpersonal kan tillhöra gruppen som har blivit utsatt eller som utsätter någon närstående för våld. Teamen har även sett tendenser till att fler kvinnor med diffus smärtproblematik har varit utsatta för våld eller hot om våld än vad de tidigare hade trott.

Teamen har skrivit in i sina sjukskrivningspolicyer att de ska fråga om våld och trakasserier. Frågan har också skrivits in i formulär för livsstilsundersökningar, och en ökad kunskap hos personalen gör att frågan nu har blivit rutin, menar teamen. Det är viktigt att frågan följs upp och att kontinuerlig utbildning erbjuds på arbetsplatsen för att frågan ska hållas vid liv.

Riskbruk hos kvinnor. Teamen har upptäckt en tendens att missbruk av alkohol i större utsträckning missas för kvinnor än för män. För att komma till rätta med det ingår ett livsstilsformulär med en sådan fråga som rutin. Vidare påminns personalen om att ställa frågan rutinmässigt. Ett team har som rutin att ta prover på både kvinnor och män som riskerar att bli långtidssjukskrivna.

Depression hos män. Alla team har funnit tecken på att depressioner ibland missas hos män, särskilt när läkaren också är en man. För kvinnor är problemet tvärtom, och de har i större utsträckning fått en psykisk diagnos och rehabilitering utifrån den. För att komma tillrätta med problemet ska teamen vara extra observanta på att fråga män om deras sociala situation. De använder sig också av tvärtomfrågan här – vad hade jag tänkt och gjort om patienten hade varit av annat kön.

Arbetsgivarstöd till män. Teamen har sett tendenser till att mäns arbetsplatser anpassas i större utsträckning än kvinnors. Vidare finns även större möjligheter för omplacering av män. Personalen har blivit medveten om att undersöka dessa

¹³ Skapar vården ohälsa? Allmänmedicinska reflektioner. Brodersen John, Hovellius Birgitta, Hvas Lotta. Studentlitteratur 2009. Sidan 33.

¹⁴ Skapar vården ohälsa? Allmänmedicinska reflektioner. Brodersen John, Hovellius Birgitta, Hvas Lotta. Studentlitteratur 2009. Sidan 227

alternativ även för kvinnorna. Det är viktigt att arbetsgivaren kopplas in i processen för både kvinnor och för män. Teamen inför en rutin att engagera arbetsgivaren snabbare för både kvinnor och män.

Fler åtgärder och rehabilitering för män. Teamen har sett en tendens att män får snabbare åtgärder och rehabilitering. De har sett tendenser till att män får fler åtgärder samtidigt. Därför är det extra viktigt att personalen som rutin ställer sig frågan om vilka åtgärder och vilken rehabilitering som hade blivit aktuella om patienten hade varit av motsatt kön.

Skillnad i dokumentation. Teamen har sett tendenser till att kvinnors och mäns medicinska underlag och läkarutlåtanden om hälsotillstånd författas på olika sätt och därför inte är av högsta kvalitet. En del av patientsäkerheten ligger i dokumentationen. Det är viktigt att både kvinnors och mäns väg genom vård och behandling dokumenteras på ett säkert sätt liksom att det medicinska underlaget inte innehåller föreställningar om kön. Teamen arbetar med att granska underlagen

Framgångsfaktorer för arbetet

Teamen och SKL har utifrån projektet identifierat följande faktorer som framgångsfaktorer för ett lyckat förbättringsarbete som leder till att kvinnor och män får den vård och behandling som de har rätt till för att komma tillbaka till arbetet.

Förankra i ledningen. Det är en förutsättning att ledningen stöttar arbetet. Ledningen har ansvaret för kvaliteten i sjukskrivningsprocessen där jämställdhetsarbetet är en del.

Samtala i personalgruppen. En framgångsfaktor är att väcka intresse för jämställdhetsfrågan hos all personal. Det kan t.ex. göras genom att öka allas kunskaper via utbildning och litteraturstudier men också genom att använda de olika mätresultaten.

Analysera kvinnors och mäns situation. Samtliga team har infört som rutin att analysera statistik kopplat till sjukskrivningsprocessen utifrån kön. Därigenom kan de följa vad som händer med de förbättringsåtgärder som de genomför. Det lägger också grunden till samtal om och utveckling av verksamheten.

Undersök den egna verksamheten. Nationell statistik och forskning är bra men att undersöka den egna verksamhet och hur kvinnor och män behandlas där är en nyckel till framgång. Det väcker intresse och är ett sätt att förbättra kvaliteten på verksamheten.

Testa och gör. Testa små åtgärder i liten skala. Börja med att prova förbättringar i en vecka. Vad blir resultatet för kvinnor respektive män? Testa fler förändringar för kvinnor och män på en gång.

Bygg resursteam och använd jämställdhet som gemensamt utvecklingsområde. En del av teamen hade tidigare arbetat i tvärprofessionella resursteam medan andra nu fick bygga upp ett sådant. Insikten om hur viktigt det är att samverka och se varandras kompetens har ökat. Att bygga upp teamen samtidigt som deltagarna tillsammans har lärt sig mer om jämställdhet har varit ett framgångsrecept och har stärkt teamarbetet.

Jämställdhetsarbete utvecklar kvaliteten i hela sjukskrivningsprocessen

Arbetet med att undersöka och förbättra jämställdheten i sjukskrivningsprocessen visar sig ha positiva bieffekter - det förbättrar kvaliteten i sjukskrivningsprocessen.

Metodutveckling som gynnar kvaliteten. Teamen konstaterar att de metoder de har utvecklat för att förbättra situationen för det ena könet förbättrar kvaliteten i hela processen. Jämställdhetsarbete utvecklar både kvaliteten och verksamheten.

Säkra sjukskrivningsprocessen. Arbetet har genomgående betytt en kvalitetssäkring av sjukskrivningsprocessen i samtliga team. Nya rutiner, bättre samverkan och effektivare arbete vittnar teamen om. Att arbeta med jämställdhet innebär att brister upptäcks i det ordinarie arbetet som därmed kan kvalitetssäkras.

Spridningseffekter. Teamen vittnar också om att arbetet med genus och jämställdhet kommer att spridas till andra verksamheter inom vården.

Ledning, styrning och uppföljning. Arbetet med jämställdhet i sjukskrivningsprocessen har också satt fokus på ledning och styrning. Det innebär både att styrdokument uppdaterats och en förbättrad uppföljning av verksamheten. Uppföljningen av sjukskrivningsprocessen blir också naturlig.

Synpunkter och lärande

Teamen

Med de erfarenheter som teamen nu har skulle de ha gjort eller önskat följande om de hade startat projektet idag.

Projektteamet

- Teambildningsdagar i samband med starten av projektet för att stärka teamen, speciellt om det är ett nytt team.
- En läkare måste ingå i teamet.
- En processtödjare med en tydlig roll ska vara utsedd och finnas tillgänglig från början av projektet. Det är viktigt att processtödjaren har goda kunskaper och erfarenheter från förbättringsarbete och jämställdhet.
- Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och socialtjänsten ska ingå i teamet.
- En regional anknytning är viktig att bygga upp via FoU och utvecklingsavdelningar som bygger upp en kunskapsbas och tillhandahåller processtödjare.
- SKL kan starta ett nationellt nätverk för enheter som arbetar med att integrera jämställdhet i sin sjukskrivningsprocess.

Resurser till projektarbetet

- Teamen hade ansökt om mer pengar.
- Ett större förtydligande för chefen på hemmaplan av ambitionsnivån med en realistisk tidsåtgång så att det frigörs och planeras tid för arbetet.
- Mer tid både för teamarbete och enskilt arbete.
- Mer effektiv schemalagd tid för teamarbete under lärandeseminarier.
- Avsättning av en timme för samtal med varje rehabpatient.
- Eftersom det är dyrt att skicka team på utbildning (vem betalar i hälsoval/vårdval?) kanske man i stället kunde ha teamkonferenser på hemmaplan med specifik utbildning.

Styrning och projektplanering

- Klarare och tydligare projektplan innan projektet startar. Det är av största vikt att alla i teamet sätter sig in i projektplanen och vad det innebär för var och en.
- Mer styrning. Större tydlighet i syfte och mål, med tydliga tidsramar.

Kunskap om jämställdhet

- Starten med baskunskap är viktig så därför behövs en grundläggande utbildning med basal terminologi, definitioner och genuskunskap.

Metoder i projektet

- Det ska inte finnas för många metoder. Processkartläggning och riskanalys fungerade t.ex. bra. De gav ett underlag för det fortsatta arbetet.
- Det underlättar om alla team genomför samma mätningar.

Teamen känner att deras kunskaper om genus och jämställdhet har påverkat sjukskrivningsprocessen positivt. Kvaliteten har ökat. Eftersom all personal har fått utbildning så finns det mer kunskap i verksamheten, ”genusglasögonen” är på. Det har skett en attitydförändring. Projektet har gett mycket kunskap som förhoppningsvis leder till förändringar i verksamheten. Resursteamens medlemmar har även lärt känna andra personer i sin verksamhet och har en klart förbättrad handlingsplan. Jämställdhetsfrågan har fått en plats i verksamheten och är nu en stående punkt på agendan vid arbetsplatsträffarna.

Arbetet fortsätter och sprids

Alla team svarade ja på frågan om de förändrade rutinerna och förhållningssätten kommer att fortsätta och kanske utökas. De kommer också att sprida erfarenheterna utifrån kommunikationsplanerna. Projektet kommer att spridas ut på vårdcentralen, seminarier kommer att anordnas liksom föredrag för politiker, utskick av nyhetsbrev och uppdateringar på webbplatsen. Samtliga team har gjort en kommunikationsplan. De som redan har börjat sprida projektet har fått positiv respons, t.o.m. oerhört positiv. Reaktionerna de har mött har varit att projektet är intressant och spännande och folk vill veta mer. Något team har blivit intervjuat i lokaltidningen och i riks- och branschtidningar. Arbetet i Kolmården blev en TT-nyhet och fanns i många av landets tidningar. Teamen i Skurup och Handen figurerade i ett inlägg i Rapport och team har också fått förfrågan om att delta i andra projekt. Ett team har beviljats projektmedel från Försäkringskassan för att arbeta med kvinnors ohälsa. Redovisningen på konferensen den 4 februari 2010 fick stor uppmärksamhet i medierna och i landstingen vilket har väckt ett intresse för resultatet och underlättar spridning.

SKL:s roll

Generellt sett tycker teamen att stödet från SKL har varit mycket bra. SKL har t.ex. varit bra på att sprida information och stötta teamen. Föreläsarna har haft hög kvalitet. Det har varit en trevlig och informell stämning på seminarierna. Det har varit positivt med grupparbetsplatsen.

Projektet skulle dock ha vunnit på en tydligare ledning och styrning och en tydligare struktur från början. Användandet av olika metoder har varit förvirrande.

SKL borde ha haft mer konkret stöd till processtödjare och ett bättre metodstöd. På lärandeseminiarierna skulle det ha varit mindre rollspel och lekar liksom mindre reflektionstid och mer tid för själva teamarbetet. Slutrapporten tog för mycket tid.

SKL påminner om att det har varit ett pilotprojekt och ett pionjärbete. Det har inneburit bland annat att syftet var att ta reda på vilka metoder som var lämpliga att använda och därför har ett antal metoder presenteras. Teamen har varit tålmodiga och engagerade vilket har gjort det möjligt att få fram de önskade kunskaperna för framtiden. SKL:s erfarenhet är att jämställdhetsfrågan vinner på att projektdeltagarna får processa frågan över tid och att föreläsningar kombineras med rollspel och övningar. Metodiken tar hänsyn till olika lärstilar och ger deltagarna möjlighet att processa frågan som berör värderingar och fördomar.

De enskilda teammedlemmarna

Kunskapen om jämställdhet

Kunskapen hos deltagarna i teamen varierade från början från ingen kunskap alls till ”jag har alltid tänkt mycket på frågan och är relativt insatt” och högskolestudier. Samtliga deltagare har fått nya insikter och förvånats över att jämställdhetsarbetet berör så många områden och att Sverige är så pass ojämnt idag.

- Det existerar mycket mer ojämnt än jag någonsin kunde föreställa mig.
- Jag har insett hur viktigt det är med frågan om hot och våld.

De som inte hade så mycket kunskap har fått ögonen öppnade, och begreppet jämställdhet har förtydligats. De som redan hade mycket kunskap har skärpt genusglasögonen och ser nu jämställdhet i ett verksamhetsperspektiv i stället för enbart i ett löne- och personalperspektiv. Deltagarna gör också en koppling till frågan om makt och kön.

- Innan projektet startade trodde jag att jag var ganska insatt i det här med genus och jämställdhet men insåg att det var mycket som man inte har tänkt på. Idag är jag mycket mer medveten och tänker hela tiden med genusglasögon.
- Jag har alltid tänkt mycket på jämställdhet mellan könen – men förstår att jag haft stor okunskap om hur kön skapas – att vården påverkar hur vi själva agerar till exempel vid bemötandesamtal med barn osv.
- Jag hade jobbat en hel del med löner och lönepolitik och gått en 5-poängskurs i genus på universitetet men inte kommit i kontakt med ojämnt i ett patientperspektiv. Blev förvånad över att vården är så ojämnt som den tydligen är.
- Jag har blivit som Loka-reklamen – tydlig. Det jag alltid har sett ser jag nu med skärpa. Jag har reflekterat mer över att kvinnor anpassar sig och tål saker medan män kräver konkreta åtgärder och handlingar. Kvinnor uttrycker sig subtilare men nu ser jag också mäns subtilitet och det gjorde jag inte innan. Faktiskt förstår jag mina manliga patienter bättre.

- Projektet har öppnat ögonen på många sätt hos mig. Inte så att jag handlar annorlunda i patientarbetet, det är alltid på individnivå, så där blir genustänket automatiskt. Men mitt tänkande och hur jag ser på saker i större sammanhang har nog blivit mer riktat mot genus. Det handlar om attityder i samhället och där finns många fördomar hos alla människor (tror jag).
- Projektet har gett mig nya kunskaper och insikter, bl.a. att män förlorar lika mycket som kvinnor på ojämställdhet, åtminstone i ett långt perspektiv.
- Kön kontra makt är också en intressant fråga.

Lärandet i projektet

Deltagarna beskriver t.ex. att de uppmärksammar individperspektivet mer, den enskilda kvinnan och mannen. De tänker mer på jämställdhet och genus i arbetet med patienten och ställer tvärtomfrågan – vad hade jag gjort om patienten hade varit av annat kön? De har lärt sig att ojämställdheten påverkar och begränsar både kvinnors och mäns liv.

- Förut glömde jag oftare att fråga om hur de (manliga patienterna) gör med städningen.
- Började fundera ganska mycket på om jag som sjukgymnast vid undersökning, behandling och val av träning/övningar agerade olika mot mina patienter beroende på kön.
- Har först genom detta projekt blivit uppmärksammad på att jag tidigare gjorde skillnader i bedömningar utifrån kön.
- Blev skrämmd och mer lyhörd inför mäns hot och våld mot kvinnor. Det känns som ett stort och viktigt ämne att verkligen fånga upp bland våra patienter och även bland mina vänner och bekanta.
- Den kunskap som jag fått bekräftad genom föreläsningar, litteratur och teamets små undersökningar har medfört att insikten har stärkts i frågan om hur viktigt jämställdhetsarbetet är.
- Vi är hemmablinda inom vården. Vi vet att problem finns men nästan ingenting görs för att förändra.
- Vid många tillfällen har jag efteråt känt att jag har fallit undan för män i diskussioner och liknande. Jag börjar bli bättre på att värdera mäns (och kvinnors) åsikter och utrymmestagande i olika sammanhang mer professionellt men det har tagit tid och jag har fortfarande en bit kvar innan jag kan värdera åsikter och synpunkter utan att ta hänsyn till kön.
- I vissa lägen när jag skulle vilja ha mera auktoritet och pondus önskar jag att jag hade varit man – för tyvärr är det fortfarande så att man lyssnar mer på vad en man har att säga.

Oväntade insikter

Deltagarna har under projektets gång förvånats över att ojämställdheten är så utbredd och att våld i nära relationer troligen i många fall har resulterat i långtidssjukskrivningar hos kvinnor. Teamen frågade patienterna om de trodde att de skulle ha blivit annorlunda behandlade om de hade varit av annat kön, vilket de inte trodde. Teamen menade att det visar på en stor omedvetenhet och okunskap om frågan.

Andra förvånande insikter var att

- våld i nära relationer är ett stort dolt folkhälsoproblem liksom mobbning.

- medikaliseringen behöver utforskas. Teamen har bara skrapat på ytan. Kvinnor är aldrig så friska som snittet och män aldrig så sjuka.
- den medicinska kunskapen om kvinnor och män är så liten.
- män får dyrare höftproteser, läkemedel osv. än kvinnor.
- män får piller och behandling vid psykiska besvär, men förväntas gå till jobbet och göra det. Kvinnor sjukskrivs i stället som del i behandlingen.
- patienterna inte förväntar sig att de skulle bli annorlunda behandlade om de varit av motsatt kön.

Flera uttryck av förvåning

- Jag förvånas över ”omedvetenheten” i högsta ledningen i olika organisationer och att man inte har särredovisat de stora skillnader som finns mellan män och kvinnor i fråga om sjukskrivningar.
- Förvånad över att satsningarna på God vård och sjukskrivning inte samplaneras.
- Förvånad över att så få team har deltagit i projektet.
- Förvånad över att det försäkringsmedicinska beslutstödet inte har granskats ur ett könsperspektiv.
- Förvånad över att så många kvinnor är utsatta för mäns våld och att det ligger bakom så många kvinnors ohälsa.
- Förvånad över att patienterna på min vårcentral inte verkade reflektera över genus eftersom ingen trodde att de skulle bli annorlunda behandlade om de hade varit av motsatt kön. Kanske omgivningen måste bli informerad om den dolda genusdelen i livet, den som inte alla tror på, som att genus handlar om lika lön och feministiska frågor.

Verksamhetscheferna

Teamens verksamhetschefer har fått möjlighet att kommentera projektet i en enkät. De inser att personalen har fått ökad kunskap om hur man kan åstadkomma en jämställd sjukskrivningsprocess och att den har analyserats. Chefernas uppfattning är att teamen har testat och utvecklat ett antal metoder, verktyg och åtgärder och förbättrat rutinerna för en jämställd sjukskrivningsprocess. Spridandet av projekt och erfarenheter pågår.

En fördel med att vara med i ett projekt är att det skapas en sammansvetsad och aktiv grupp som tydliggör riskerna. Deltagarna är engagerade, uppmärksamma, inspirerade och bättre informerade. Projektet har bidragit till att verksamheten nu alltid ställer fler frågor vad gäller risken för genuskillnader. En ökad medvetenhet alltså.

Problemet har varit att projektet har tagit mycket tid med många konferenser. Verksamhetscheferna kommer att ta tillvara resultaten genom att fortsätta på samma sätt även när projektet är slut.

Tips till andra

- Tänk igenom det hela från början - lägg upp strategier och gör en projektplan. Ta fram en informationsplan.
- Förankra projektet hos översta ledningen.
- Det är värt att avsätta tiden och satsa!

Landstingen

Förhoppningen från landstingens sida var att personalen skulle uppnå en ökad kunskap och ett ökat medvetande om vilka mekanismer som bidrar till skillnader i vård. Projektet skulle bidra till ökade kunskaper och ökade förutsättningar för ett fortsatt engagemang för genusfrågor och genusaspekter på sjukskrivning.

Landstingens sjukskrivningsansvariga som har haft deltagare i projektet menar att teamen har upptäckt skillnader i tillgång till behandling för kvinnor och män. Det har varit en bra upptäckt och nu ligger ansvaret för spridning på landstinget. Det är för tidigt att se några effekter utom på den vårdcentral där projektet har pågått där kunskapen har ökat och tvärtomfrågor ställs. Projektet har bidragit med systematik och en granskning av den reguljära processen utifrån genus.

Landstingen kommer att sprida projektet bland annat genom att delta i en workshop under våren 2010. Ett landsting arbetar vidare med sitt utvecklingscentrum och kontoret för hälsoval och integrerar genus i sjukskrivningsprojektet. Aktiviteter kommer att redovisas i en kommande handlingsplan. Ett landsting har bett teamet återkomma med förslag till bred implementering.

Ett av landstingen skriver att det nu möjligen skulle vara bra med ett nationellt utökat projekt efter pilotprojektet.

Projektledaren

En SWOT-analys¹⁵ sammanfattar projektledarens synpunkter på vad som har hjälpt teamen i projektet att uppnå målen och på framtida arbete. Här framkommer också styrkor och svagheter i SKL:s och teamens arbete liksom möjligheter och hot i omvärlden inför det fortsatta arbetet i landstingen.

¹⁵ SWOT är en förkortning av de engelska orden Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats – ett verktyg för att titta på styrkor och svagheter internt i projektet och hot och möjligheter externt.

<p>Styrkor i projektet</p> <p>Teamens engagemang har varit stort Bra föreläsningar och litteraturstudier som tillfört kunskap kontinuerligt Prestigelösheten och nyfikenheten hos teamen Att variera metoder och inlärningsstilar på lärandeseminarier Mätandet av den egna verksamheten Att få arbeta över en längre tid med återkommande lärandeseminarier Projektledarens utbildning av teamens medarbetare på arbetsplatserna har ökat nyfikenheten för projektet Stödet på SKL Möjligheten att prova och utveckla metoder Fler metoder och åtgärder finns nu framtagna att testa för andra som vill förbättra kvaliteten i sin sjukskrivningsprocess En tydligare bild av vad en jämställd sjukskrivningsprocess är har framkommit</p>	<p>Möjligheter externt</p> <p>Att rekrytera nya team och genomföra ytterligare en projektomgång 2011. Intresse borde finnas då det i överenskommelsen mellan SKL och regeringen finns skrivningar om jämställdhet SKL:s sjukvårdsdelegations vilja att föra in jämställdhet i en överenskommelse för 2010-2011 sätter jämställdhetsfrågan på dagordningen i landstingen Medieintresset är stort, frågan väcker engagemang Stort intresset från landstingen efter konferensen där resultaten presenterades. Man vill veta mer Teamen har möjlighet att sprida resultat och arbetssätt till övriga landsting och till andra verksamheter</p>
<p>Svagheter i projektet</p> <p>För många metoder presenterades i början för teamen Att vi inte använde telefonmöten mellan lärandeseminarier Sent rapportskrivande Fåtal team har varit både en styrka och en svaghet. Hade varit bra med en företagshälsa till och något team från specialistvården Otillräckligt med tid för teamen att testa och arbeta mellan lärandeseminarier Är jämställdhetsfrågan fortfarande personberoende? Krävs det eldsjäl för att driva den? Det tog mycket tid och energi för teamen att rita processkartor Att inte en processutvärderare följde projektet</p>	<p>Hot externt</p> <p>Jämställdhet är bara en av flera frågor i överenskommelsen mellan regeringen och SKL så den konkurrerar med andra frågor Bristande tid att arbeta med frågan Ägarskapet – känner landstingen att de äger frågan? Ser de nyttan av att driva den?</p>

SKL kan arbeta vidare med att

- erbjuda landstingen att delta i ett projekt som tar tillvara pilotprojektets erfarenheter
- genusgranska bedömningsinstrumenten
- genusgranska det försäkringsmedicinska beslutsstödet
- kräva att könsuppdelad statistik analyseras
- förmå landstingen att sätta upp jämställdhet på agendan på den övergripande nivån

Bilagor SKL

Bilaga 1 Fyrfältaren

Fyrfältaren

En metod som inbjuder kvinnor och män att som patienter själva formulera fördelar med att vara sjukskriven och med att arbeta.

Syfte: tala till det friska, se möjligheter, delaktighet, resursmotiverande förhållningssätt

Hur: Inbjud patienten att fylla i blanketten nedan eller använd frågorna och anteckna själv när du för ett samtal med patienten. Erfarenheten visar att för att kvinnor och män ska kunna gå tillbaka till jobbet måste problem i ruta tre lösas. Det har också visat sig att det i kvinnornas fyrfältare finns fler sociala faktorer och i mäns fler jobbrelaterade faktorer medan de sociala faktorerna saknas. På vilket sätt påverkar det bedömningen?

Fyrfältaren

1. Vad är bra för dig med sjukskrivning?	3. Vad skulle däremot vara bra med att gå tillbaka till jobb?
2. Vad är mindre bra för dig med sjukskrivning?	4. Om du skulle gå tillbaka till jobbet, vad skulle problemet med det vara?

Tips till arbetslaget: ställ samman svaren från tio kvinnor och tio män könsseparerat. Undersök om ni ser något könsmönster – vad svarar kvinnor, vad svarar män? Vad är problemet för kvinnor respektive män att gå tillbaka till jobbet? Vilka frågor är bra att ställa till kvinnor respektive män utifrån resultatet för att ytterligare stärka dem?

Teamen reflekterade och såg att det var vanligare att kvinnor beskrev sin privata situation och eventuella problem där och det var vanligare att de hade konflikter på arbetsplatsen. Bland männen var det vanligare att hela tiden relatera till arbetet. Teamen konstaterade att det är viktigt att lösa problemen i ruta tre för att kvinnor och män ska kunna komma tillbaka till arbetet. Det är dock inte vårdens ansvar att lösa problem som inte relaterar till vård men det kan bli tydligt för patienten och hjälpa honom eller henne att komma igång.

Bilaga 2 Riskanalys

Riskanalys

Risker är av olika stor dignitet och får olika konsekvenser för patienterna. Det finns risker som är små men som drabbar ofta med ganska små konsekvenser och det finns risker som inte drabbar så ofta men som får förödande konsekvenser. Vilka vill ni prioritera först när ni förebygger?

Syfte: att analysera riskerna för att prioritera och förebygga så att det aldrig händer

Hur: Utgå från de riskerna ni har identifierat i metoden processkartläggning med riskanalys. Skriv in riskerna i tabellen, eller använd de risker som teamen i Jämt sjukskriven identifierade. Bedöm allvarlighetsgraden för kvinnor och för män. Bedöm därefter hur sannolikt det är att det händer om patienten är en kvinna respektive en man. Utgå från skalorna nedan vid bedömningen. Summera bedömningarna för kvinnor och för män.

1. Vilka är de fem riskerna med högst poäng för kvinnor respektive män? Sammanfaller de? Varför ser det ut som det gör?
2. Vilka risker är viktigast att eliminera – de som händer frekvent men utan allvarliga konsekvenser eller de som händer sällan men får katastrofala konsekvenser? Är det kvinnor eller män som i högre utsträckning utsätts för det ena eller det andra?
3. Vilka risker känns mest angelägna att eliminera för kvinnor respektive för män?
4. På vilket sätt eliminerar ni riskerna för kvinnorna respektive männen?
5. Hur kan ni arbeta systematiskt för att eliminera riskerna, dvs. arbeta förebyggande. Ge exempel.
6. Lista förändringsåtgärder för att riskerna inte ska uppkomma. Lista åtgärder för kvinnor som patienter och för män som patienter.
7. Vem gör vad när? Hur följer ni upp arbetet?

Skala

Allvarlighetsgrad	Sannolikhet
1. mindre	1. mycket liten
2. måttlig	2. liten
3. betydande	3. stor
4. katastrofal	4. mycket stor

Delprocess – risker	Allvarlighetsgrad		Sannolikhet		Summa		
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Totalt

Teamen i Jämt sjukskriven identifierade följande risker.

Delprocess – risker	Allvarlighetsgrad		Sannolikhet		Summa		
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Total
Resursteam							
Slentrianmässiga bedömningar, bedömningar utifrån föreställningar om kön							
Inte båda könen representerade i professionen							
Selektion av ärenden							
Bemötande utifrån kön							
Olika behandlingsalternativ							
Behandlingsplan utifrån kön							
Besök hos läkare							
Underdiagnostik av missbruk							
Underdiagnostik av fysiskt och psykiskt våld							
Översjukskrivning av sociala skäl i stället för medicinska = sjukskrivning på felaktig grund							
Olika behandling utifrån yrke och status							
Beaktar inte det försäkringsmedicinska beslutsstödet							
Bemötande utifrån kön							
Slentrianmässig användning av läkemedel							
Olika bedömning beroende på kön vid utfärdande av diagnos eller behandling							

Sjukskrivning med planerade åtgärder							
Att rehabgarantin inte används lika för kvinnor och män							
Slentrianmässig behandling utifrån genus							
Färre behandlingsinsatser							
Längre väntetid på åtgärder							
Olika bedömning vid beslut om sjukskrivningslängd och återbesök							
Försäkringskassan							
SASSAM-kartläggning ¹⁶ på Försäkringskassan utifrån kön							
Försäkringskassans metodstöd ska följas oavsett kön							
Avstämningsmöten: tid							
Plan för återgång i arbete olika pga. kön							

¹⁶ SASSAM = Strukturerad arbetsmetod för sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering
http://www.forsakringskassan.se/irj/go/km/docs/fk_publishing/Dokument/Instruktioner/Handledningar/SASSAM/SASSAM_metodbroschyr0608.pdf

Handens vårdcentral – Slutrapport

Syfte med deltagandet i projektet

Det övergripande syftet är att sjukskrivningsprocessen är rätt, lagom och säker och svarar mot både kvinnors och mäns villkor och behov.

Projektet syftar även till att förbättra rutinerna för en jämställd sjukskrivningsprocess.



Åsa Halvarsson, Cecilia Brage, Åsa Ahlbom, Ruth de Lira-Silva och Elisabet Rignell

Multidisciplinära teamet på Handens vårdcentral

Åsa Ahlbom, sjukgymnast, asa.ahlbom@sll.se

Cecilia Brage, arbetsterapeut, cecilia.brage@sll.se

Ruth de Lira-Silva, kurator, ruth.delira-silva@sll.se

Elisabet Rignell, läkare spec allmän medicin, elisabet.e.rignell@forsakringskassan.se

Åsa Halvarsson, processtödjare, asa.halvarsson@haninge.se

Bakgrund

Haninge kommun

Skärgårdskommunen Haninge med 75 000 invånare ligger 20 km sydöst om Stockholm. Kommunen har en blandad befolkning i både miljonprogramområden med stor invandring och områden som kännetecknas av hög utbildningsnivå och god ekonomi. Förutom kommunen, som är den största arbetsgivaren, finns ett antal större arbetsplatser inom handel, lager och en del mindre industrier. 78 procent av befolkningen mellan 20 och 64 år förvärvsarbetar. Handen är centralorten med 15 500 invånare. I Handen finns bl.a. ett stort köpcentrum, flera gymnasier, en högskola och kommunens största vårdcentral, Handens vårdcentral. Den är en av åtta vårdcentraler i Haninge.

Handens vårdcentral

Vårdcentralerna har inget områdesansvar utan befolkningen listar sig på valfri vårdcentral.

Totalt är 16 078 personer listade på Handens vårdcentral, varav 8 150 är kvinnor och 7 928 män. Antal listade kvinnor i åldern 18-64 är något fler än män med 5 333 kvinnor och 5 252 män. I gruppen under 18 år är det däremot fler män än kvinnor.

Haninge har ett högt ohälsotal. Kvinnors ohälsotal var i oktober 2009 43,6 dagar, varav 33,5 avsåg S/A (sjuk/aktivitetsersättning). För männen var ohälsotalet 28,6 dagar, varav 21,8 avsåg S/A.

Arbetslösheten har ökat under 2009. Under oktober 2009 var 769 kvinnor registrerade som arbetslösa vid Arbetsförmedlingen, varav 172 var långtidsarbetslösa.

Under samma månad fanns totalt 898 arbetslösa män, varav 215 var långtidsarbetslösa.

Personal på vårdcentralen

Vårdcentralens verksamhetschef är man, medan samtliga enhetschefer är kvinnor. Inom vårdcentralen finns husläkarmottagningen med läkare, distriktssköterskor, undersköterskor, psykoterapeut och kurator. Läkargruppen (åtta fast anställda) har en jämn fördelning mellan kvinnor och män. Övrig personal är uteslutande kvinnor, undantaget personalsekreteraren.

Till vårdcentralen hör rehabenheten vars upptagningsområde är hela Haninge kommun. På enheten arbetar sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt undersköterska, alla kvinnor. I Haninge har flera verksamhetschefer och enhetschefer på vårdcentralerna gått SKL:s jämställdhetsutbildning och är jämställdhetscertifierade.

Ekonomiskt stöd till projektet

Ögat på sjukskrivning inom Stockholms läns landsting har bidragit med ekonomiskt stöd till projektet Jämt sjukskriven. Åtgärdsplanen för Ögat på sjukskrivningen omfattar fem prioriterade områden - ledning och styrning, kompetensutveckling, samverkan och åtgärder för de stora sjukskrivningsgrupperna, stressrelaterad psykisk ohälsa och smärta i rygg och nacke och axlar samt kvinnors ohälsa och sjukfrånvaro.

Handens vårdcentral erbjöds under 2008 att delta i jämställdhetsprojektet. Vårdcentralen var intresserad av att bilda ett resursteam och att arbeta med frågor kring sjukskrivning ur ett jämställdhetsperspektiv. Det var samtidigt en möjlighet att öka samarbetet mellan olika yrkeskategorier.

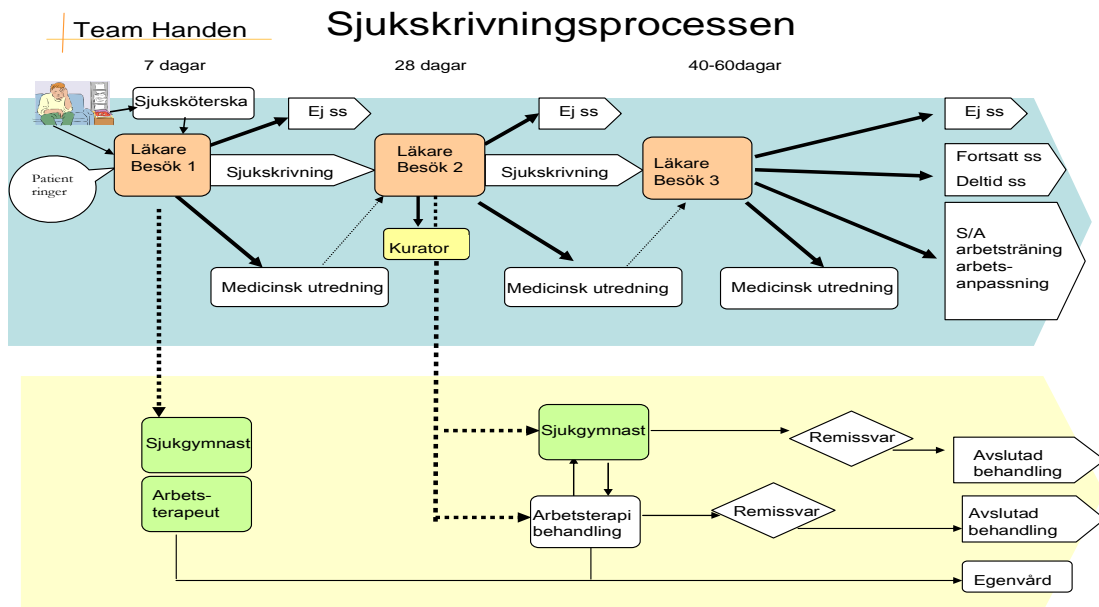
Problem

På Handens vårdcentral har det tidigare inte funnits något samarbete kring sjukskrivningsprocessen. Exempelvis har rehabiliteringsåtgärder hos sjukgymnast och arbetsterapeut samt utredningar/återbesök hos läkaren ofta planerats oberoende av varandra. Det har inte heller funnits något forum för regelbunden kontakt kring sjukskrivna patienter.

Gemensamma bedömningar är en viktig förutsättning för att patienterna ska kunna få en heltäckande bedömning och rätt åtgärder. Det fanns tidigare tillgång till en handläggare från Försäkringskassan på vårdcentralen. Detta samarbete avslutades vid halvårsskiftet på grund av Försäkringskassans omorganisation under 2008.

Sjukskrivningsprocessen

(processkarta när teamet gick med i projektet)



Läkarbesök 1

- De flesta patienter ringer direkt till sin läkare och bokar tid. I ett fåtal fall ringer de till distriktssköterskan för tidsbeställning. Distriktssköterskan gör då en bedömning av behovet av läkartid.
- Läkaren tar emot patienten och tar ställning till utredning, behandling, rehabilitering och sjukintyg.
- Vid behov hänvisar eller skriver läkaren remiss till andra vårdgivare, t.ex. kurator, sjukgymnast.
- Patienten tar själv kontakt med rehabavdelningen eller annan sjukgymnast.

Läkarbesök 2

- Läkaren fortsätter eventuell utredning och tar ställning till utfärdandet av nytt sjukintyg.
- Remiss skickas vid behov till kurator, sjukgymnastik, arbetsterapeut, annan utredning eller annan vårdgivare/behandlare.

Läkarbesök 3, 4 ...

- Vid behov återbesök till läkaren för ny utredning och sjukskrivning.
- Behandling hos arbetsterapeut eller sjukgymnast var ej kopplat till sjukskrivningen.

Identifierade risker

Varje gång någon personal gör en bedömning och ställningstagande i förhållande till patienten finns en risk att både personalens och patientens könstillhörighet kan påverka beslutet.

Sådan risk kan uppstå vid följande aktiviteter/delprocesser:

1. telefonsamtal för att beställa tid
2. bedömning/undersökning
3. ställningstagande till provtagning
4. behov av sjukskrivning
5. val av behandling
6. diagnossättning
7. dokumentation i journalerna

Mål

- Alla patienter med diagnoser inom M (rörelseapparaten), R (symtom smärta) och F (psykisk ohälsa) som riskerar sjukskrivning längre än 28 dagar ska remitteras till teamet. (Mätning november 2009.)
- Antalet sjukskrivna kvinnor ska ha minskat under perioden november 2008 till november 2009.
- Sjukskrivningslängden för kvinnor ska ha minskat under perioden 2008 till november 2009.
- Patienter remitterade till teamet ska oavsett kön följas upp med en utvärderingsenkät.
- Kvinnor och män ska uppleva att de varit delaktiga i teamets planering.

Mått

- Mätning har gjorts under november 2009. De patienter som fanns uppsatta i läkarens tidbok och motsvarade målgruppen för teamet har jämförts med antalet remitterade patienter till teamet.
- Antal sjukskrivna män respektive kvinnor med M-, R- och F-diagnoser, uppdelat på manliga och kvinnliga läkare
- Antal sjukskrivna kvinnor november 2008 respektive november 2009
- Antal ”sjukintyg dagar” uppdelat på män och kvinnor.
- Antal utskickade enkäter
- Enkät svar

Hur gjordes mätningarna?

De första mätningarna hämtades från journalsystemet Profdoc under perioden 2008-10-16 – 2009-04-15. Uppgifterna hämtades med stöd av ett statistikverktyg RAVE som är kopplat till journalsystemet. All statistik är könsuppdelad och har sammanställts avseende diagnos, antal sjukskrivna, sjukskrivningens längd samt skickade remisser.

Läkare

Faktainhämtning är gjord genom att läkarna fyllde i en enkät (Bilaga 1) för varje patient de skrev ett sjukintyg på. Två olika enkäter lämnades ut under en tvåveckorsperiod 2009 (se Bilaga 1+2). I enkäten besvarades frågor om sjukskrivningens längd, diagnos, ålder, huruvida patienten och läkaren var kvinna eller man och om läkaren hade skickat remiss, och i så fall till vem.

Sjukgymnast och arbetsterapeut

Rehabenhetens personal fyllde under två perioder i enkäter (Bilaga 2). Här undersöktes framför allt om rehabiliteringsåtgärder skiljer sig mellan manliga och kvinnliga patienter.

Kurator

Kuratorn besvarade under samma period som läkarna en enkät (Bilaga 3) med fokus på remissens innehåll till rehabteamet. Avsikten var att undersöka om det fanns skillnader i uppgifter om diagnos, sjukskrivning och familjesituation på kvinnors och mäns remisser. Dessutom gjordes en journalgranskning av de 39 patienter som remitterats till rehabteamet fram till september 2009, bl.a. undersöktes förekomsten av uppgifter om familjesituation och yrke.

Patienter

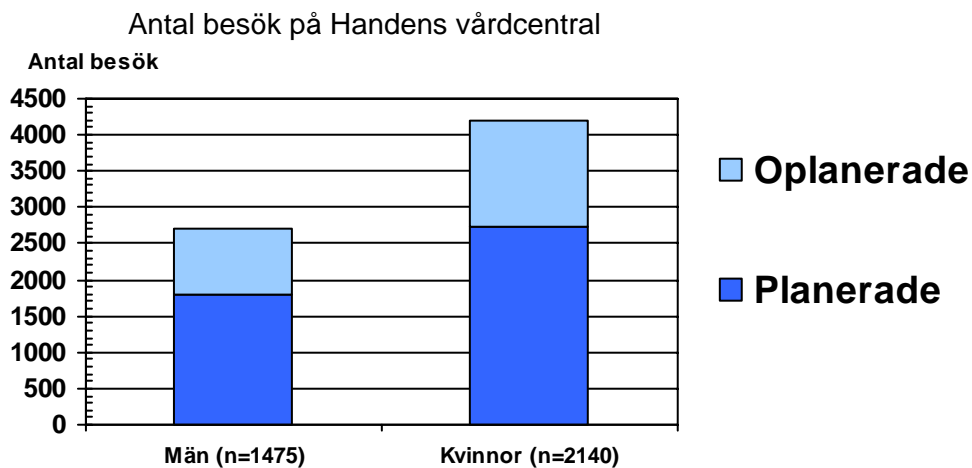
När patienten träffat samtliga professioner i rehabteamet skickades ett informationsbrev (Bilaga 4) tillsammans med en utvärderingsenkät (Bilaga 5) hem till patienten. Här finns frågor om väntetider, bemötande och om patienten tror att han eller hon hade blivit annorlunda bemött om han eller hon eller vårdgivaren hade varit av det motsatta könet.

Resultat

Uppmätt ojämställdhet

- Antalet sjukskrivna kvinnor november 2009 hade minskat med 32 procent jämfört med 2008. Minskningen var från 200 kvinnor till 136 kvinnor. Minskningen för män var från 160 till 124 eller 22,5 procent.
- Sjukskrivningarnas genomsnittliga längd hade däremot inte minskat för kvinnor.
- Alla patienter som har träffat teamet har fått en enkät.
- 90 procent av alla kvinnor och män anser att de har varit delaktiga i planeringen.
- Ingen skillnad i väntetid mellan kvinnor och män kunde ses.

Data sammanställda ur journalsystemet

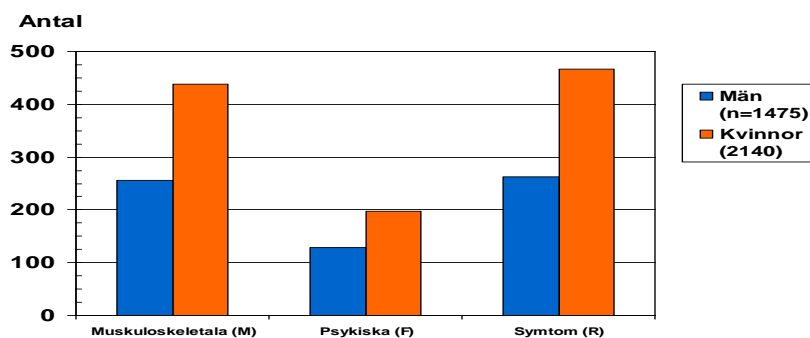


Urval: Journalsystemet, alla listade patienter, 18-64 år, under perioden 2008-10-16–2009-04-15

Kvinnorna har nästan dubbelt så många besök på vårdcentralen som männen.

Team Handen

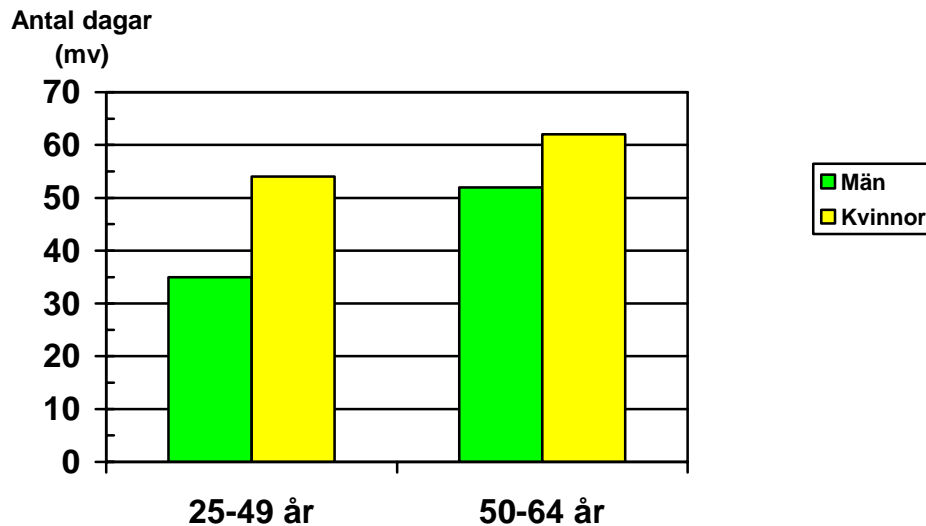
Diagnoser, antal individer



Urval: Journalsystemet, alla listade patienter, 18-64 år, under perioden 2008-10-16–2009-04-15

Kvinnorna är betydligt fler inom alla diagnosområden. Inom diagnosgrupperna M och R står kvinnorna för ca 60 procent.

Sjukskrivningens längd

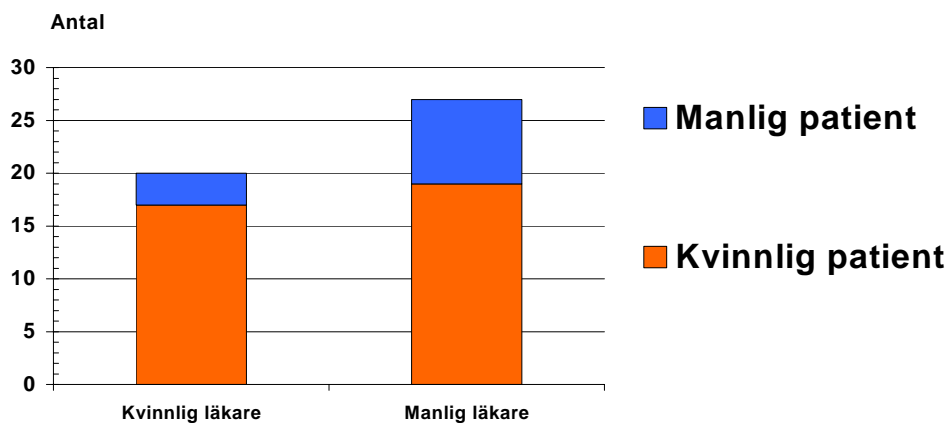


Data från journalsystemet, perioden 2008-09-04—2009-03-04

Det var stor skillnad på sjukskrivningens längd mellan män och kvinnor. Männerna i åldern 25-49 år var sjukskrivna i snitt 35 dagar och kvinnorna 54 dagar, i åldern 50-65 år är männen sjukskrivna 52 dagar och kvinnorna 62 dagar.

Läkarnas enkätsvar redovisas nedan.

Sjukintyg, mätning två veckor

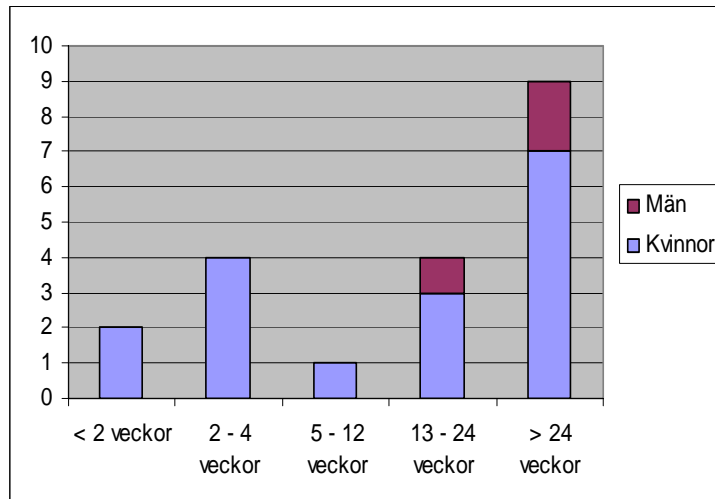


Antal patienter som fick sjukintyg under en tvåveckorsperiod, uppdelat på kvinnor och män.

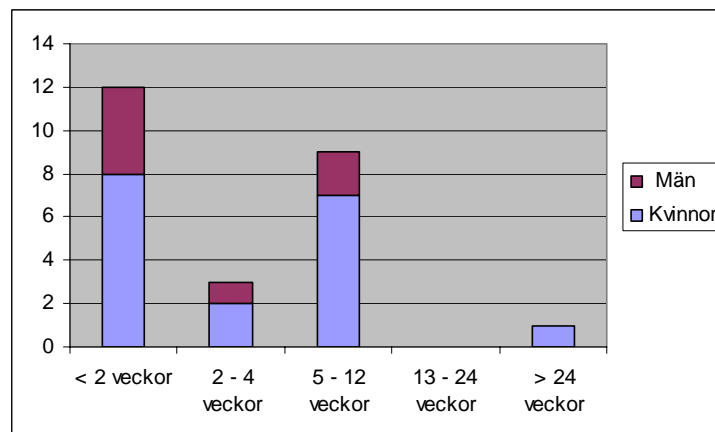
Under denna tvåveckorsperiod skrev manliga läkare fler sjukintyg än kvinnliga läkare. Detta är inte kopplat till det antal patienter de tog emot.

Sjukintyg skrivna under två veckor

Kvinnliga läkare



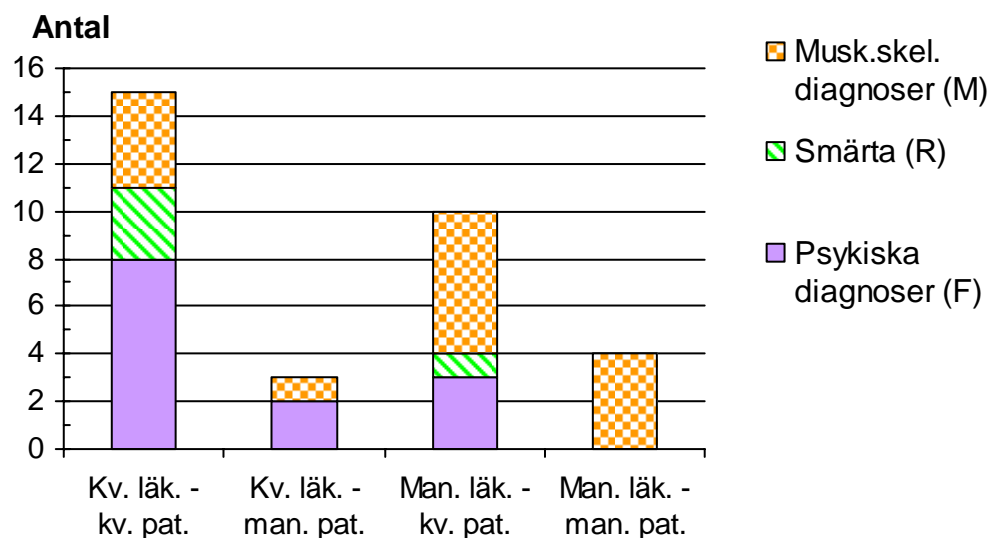
Manliga läkare



Antal sjukintyg under två veckor uppdelat på sjukskrivningens längd och kvinnlig eller manlig läkare respektive kvinnliga och manliga patienter.

Manliga läkare har fler patienter med kortare sjukskrivningsperioder medan kvinnliga läkare har fler patienter med längre sjukskrivningsperioder

Sjukskrivna patienter uppdelat på diagnoser samt på kvinnliga respektive manliga läkare och kvinnliga och manliga patienter



De kvinnliga läkarna skrev sjukintyg på både manliga och kvinnliga patienter inom alla tre diagnosgrupperna (M, R och F). De manliga läkarna skrev inget sjukintyg på någon man för psykisk ohälsa (F) eller med smärta (R) utan endast med diagnoser inom rörelseapparaten (M). De manliga läkarnas kvinnliga patienter finns under alla tre diagnoserna.

Remisser

Remisserna till rehabteamet sammanställdes för att se om uppgifterna på remisserna skilde sig åt beroende på kön. Här kunde ingen skillnad fastställas.

Vid journalgranskning på de patienter som remitterats till rehabteamet (t.o.m. augusti 2009) fanns i alla kvinnliga journaler utom en anteckning om familj, och i ett fall fanns yrke angivet, medan det i männens journaler var ett omvänt förhållande, dvs. mycket sällan uppgifter om familj men så gott som alltid information om yrke.

Enkät

25 patientenkäter har skickats ut men endast 15 enkäter som kan redovisas har hittills kommit in. Enkäterna visade inga skillnader mellan kvinnor och män på väntetider vare sig till läkarna eller till teamet. Alla utom två kvinnor upplevde väntetiden som acceptabel. Både kvinnor och män uppgav i lika hög utsträckning att de varit delaktiga i de beslut som fattades.

Sjukgymnasternas enkäter där tolv kvinnor och tio män redovisas visar att det inte är någon skillnad på väntetid. På en remiss (kvinna) fanns uppgift om patienten var sjukskriven eller inte. Det var fyra män och tre kvinnor som fick fler än en åtgärd under behandlingsperioden. Flest patienter sökte för symtom inom ortoped/muskler (6 kvinnor och 2 män) och den näst största gruppen var smärta (4 kvinnor och ingen man).

Arbetsterapeutens enkäter gäller tio kvinnor och fyra män. Här fanns heller ingen skillnad på väntetiden. Av de tio kvinnorna hade fyra remisser medan tre av fyra män hade remisser och i en av dem fanns uppgift om sjukskrivning. Hälften av

kvinnorna hade fått flera åtgärder under behandlingstiden medan alla män hade fått en åtgärd var. Här var den största sökorsaken generell smärta i kroppen, sex kvinnor och två män.

Sjukgymnasten och arbetsterapeuterna på rehabenheten fortsätter att mäta om de gör skillnad mellan könen i föreslagna behandlingsalternativ.

Konsekvenser och analys

Genom de små undersökningar som genomförts på vårdcentralen syns skillnader i diagnosättning, remisser och sjukskrivningarnas längd. Kvinnor har längre sjukskrivningar, dominerar inom alla diagnosgrupper, men mer inom smärtsymtom och psykisk ohälsa. Beror detta på att kvinnor söker vård senare än män, att kvinnors belastningar inte bara är medicinska utan även sociala som medikaliseras i stor utsträckning?

På grund av kvinnornas långa sjukskrivningsperioder får de svårare att komma tillbaka i arbete och får därmed i förlängningen sämre löneutveckling och senare sämre pension. Det finns naturligtvis flera faktorer som påverkar sjukskrivningarna. De kvinnor som remitterats till teamet har haft flera bidragande orsaker till sjukfrånvaron, t.ex. problem på arbetet och relationsproblem förutom ohälsan. Vi har sett att antalet kvinnor sjukskrivna mer än 28 dagar har minskat under året, men antalet sjukskrivningsdagar i snitt har ökat per person. Färre kommer in i sjukförsäkringen men de som är sjukskrivna finns kvar längre i sjukförsäkringen.

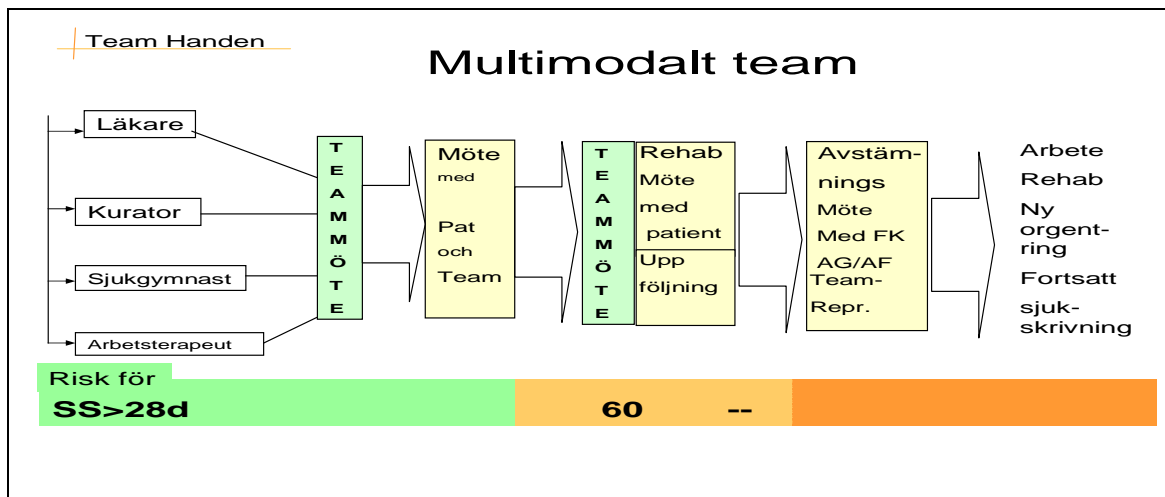
Få män har en diagnos inom psykisk ohälsa, troligtvis underdiagnostiserade. Blir de på så sätt också underbehandlade och erbjuds färre behandlingsalternativ?

Läkarna har tagit del av mätningarna och förhåller sig idag medvetnare till frågor som kan påverka ställningstagande till remittering till teamet och ett eventuellt sjukintyg. De har med sig genusfrågan i mötet med patienten. De frågar männen om familjesituationen i större utsträckning än tidigare.

Förändringar som testas

Den största förändringen som skett på vårdcentralen är att det nu finns ett multimodalt team som har en tydlig process för remittering av sjukskrivna patienter och fördelningen av arbetsuppgifterna. Teamet har utvecklat gemensamma rutiner som förbättrats kontinuerligt utifrån erfarenheter under projektets gång.

Teamet använder bedömningsinstrument och har en medveten hållning till individen ur ett genusperspektiv. I teamet ingår läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator.



- Sjukskrivande läkare remitterar patienter som varit sjukskrivna längre än 28 dagar, om patienten inte har en klar sjukskrivningsprognos. Läkaren informerar patienten om teamet och remitterar till kuratorn.
- Kuratorn är sammankallande i teamet och patienten skriver under ett samtycke till informationsutbyte (Bilaga 6).
- Teamet har en gemensam remissgenomgång en gång i veckan. (Teammöte nr 1)
- Utifrån frågeställningen bokas patienten in till de olika professionerna i teamet.
- Kuratorn gör en psykosocial utredning där frågor om livsstil och våld alltid ingår samt gör en bedömning. Man använder bl.a. Had (Hospital Anxiety and Depressions Scale) MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R®) och Linton som bedömningsinstrument.
- Sjukgymnasten gör ett funktionsstatus samt en funktionsbedömning utifrån TIPPA bedömningsinstrument. Detta kompletteras med DRI (självskattningsinstrument av aktivitetsförmåga vid tolv vardagsaktiviteter) samt smärteckning.
- Arbetsterapeuten gör en bedömning enligt instrumentet WRI för att identifiera hur psykosociala och miljömässiga faktorer påverkar möjligheten för patienten att t.ex. återgå i arbete. WRI används även för att bedöma arbetsförmåga. Instrumentet har kompletterats av andra instrument för bedömning av färdigheter i arbete (BAFIA). Beroende på vilken problematik som föreligger genomförs DASH (ett självskattningsformulär för utförande av ett antal vardagliga aktiviteter).
- I teammöte nr 2 gör man en uppföljning och sammanställer bedömningen.
- När patienten har träffat teamet görs ett gemensamt ställningstagande eller en bedömning utifrån resultatet eller erfarenheterna från mötet med patienten. En gemensam sammanfattning från teamet dokumenteras i journalen. Teamet återkopplar till den remitterande läkaren.
- Sjukskrivande läkaren har patienten på återbesök. Läkaren har därmed ett kvalificerat underlag för ställningstagande till eventuell fortsatt behandling/sjukskrivning.

Läkarens roll i teamet har varit att stå för den medicinska bedömningen samt att diskutera olika medicinska frågor med teamet och vara teamets länk till sina kollegor.

Varje profession ansvarar för att patienten får den behandling/rehabilitering som motsvarar hans eller hennes behov. Vid behov av olika rehabiliteringsinsatser samordnas dessa av kuratorn. Försäkringskassans handläggare kallas till avstämningmöte vid behov.

Teamet bildades i april 2009 och har hittills (oktober 2009) tagit emot 27 kvinnor och 12 män. Det har visat sig att teamet gör en bra fysisk och psykosocial bedömning av de patienter som remitterats och det blir därmed en bättre process i sjukskrivningsärenden. Läkare som remitterar patienter tar tillvara teamets bedömningar och får därmed helhetsperspektiv på sjukskrivningen. De flesta patienter som remitterats hittills har dock haft långa sjukskrivningsperioder bakom sig, så här finns utrymme för fortsatt utvecklingsarbete. Genom teamet har patienterna fått en sammanhållen process. Många har därigenom kommit tillbaka till arbete. Vi har inte sett några skillnader i väntetider vare sig till läkarna eller till teamet. Det har blivit en snabbare handläggning av sjukskrivningsärenden än tidigare.

Medvetenheten om genusperspektivet i patientkontakten har ökat. Frågorna till kvinnor respektive män har förändrats, till exempel är man mer aktiv i frågor om familjesituationen till männen. Det är också ett tema som numera återkommer som samtalsämne på vårdcentralen.

Aktiviteter

Genom att delta i projektet har vi fått tillgång till intressanta och lärorika seminarier som gett oss nya insikter och kunskaper och hela tiden utvecklat frågeställningarna.

Insamlandet av statistik har ibland varit svårt och tidskrävande men har gett intressanta kunskaper.

För att beskriva vårt arbete och diskutera resultaten av våra mätningar har vi haft möten med hela läkargruppen. Under hösten har teamet övergått till att ha enskilda möten med läkarna för att ta upp rutiner kring remitteringen och för att få en bättre dialog kring det fortsatta arbetet.

Teamet har kontinuerligt haft möten var fjortonde dag under terminerna för att gå igenom vilka mätmetoder som ska användas, hur de ska göras och resultaten av dem. Vi har på dessa möten även planerat olika aktiviteter. Under projekttiden har vi dessutom haft två planeringseftermiddagar.

I september presenterades vårt arbete i en artikel i Samordningsförbundet Haninges Nyhetsbrevet, som också publicerades på Ögat på sjukskrivning, Stockholms läns landstings webbplats i Uppdragsguiden.

Två i teamet har varit på studiebesök på Kolmårdens vårdcentral för att ta del av deras arbete.

Genom deltagande i projektet är nu två personer i teamet delaktiga i en central arbetsgrupp i Stockholms läns landsting som ska utveckla bedömningen av arbetsförmåga.

Vi har haft kontakt med Manscentrum i Haninge för att diskutera mäns våld mot kvinnor. Många som söker upp Manscentrum uppger att deras kvinnor har sökt

vård för sina skador vilket i sin tur gjort att männen själva söker hjälp. Det är viktigt att fånga upp dessa kvinnor inom vården. Fyrfältaren som arbetsmetod har prövats. Metoden anses vara bra för att diskutera förändringar för patienten. I sjukskrivningsfrågor har det varit svårare. Riskanalys har prövats. Enkäter har lämnats ut till teamet, läkarna och patienterna.

Sammanfattning kring måluppfyllelse

Det hade naturligtvis varit lättare att koncentrera arbetet under projekttiden på enbart sjukskrivning och genusfrågor. Vi började med att starta ett team, vilket tog en hel del tid att få igång och skapa rutiner kring. Att teamet fick möta en ny patientgrupp och göra arbetsförmågebedömningar inför eller i samband med sjukskrivningen var nytt för deltagarna. Läkarna var ovana vid att ta tillvara andra professioners bedömningar i sina medicinska underlag.

Sett i backspeglarna har arbetet lett till en hel del nya kunskaper om hur vi förhåller oss till ”att göra kön” på den egna arbetsplatsen och att det går att få fram resultat med små mätningar som ett sätt att synliggöra de skillnader som finns.

Ett problem var att teamets läkare avslutade sin anställning på Handens vårdcentral under augusti, vilket medförde att teamet tappade tempo och den dagliga kontakten med läkarna. Det har tagit ett par månader att få till möten igen, men nu har teamet möten med ett par läkare vid varje tillfälle. Arbetet i teamet med fokus på genus har fått mycket uppmärksamhet i Haninge och det har bidragit till att Samordningsförbundet Haninge har sökt projekt pengar för att arbeta i större skala med kvinnors ohälsa. Det blir i så fall ett utökat samarbete mellan i första hand Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och vården i Tyresö, Nynäshamn och Haninge.

Att arbeta med jämställdhet

Fördelar

- alla får lika bedömningar, ökad medvetenhet bland personalen på vårdcentralen, i behandlingssyfte.

Nackdelar

- ser inga, men det tar tid och behövs information och kunskap.

Mest givande

- synliggjort olikheter i handläggning beroende på kön i det egna arbetet och problem med att vi gör olika beroende på kön.

Svårast

- det tar lång tid innan alla har tagit del av processen, svårast att tackla arbetet med frågor om våld.

Lärdomar

- har bl.a. varit att vi alla är delaktiga i att göra skillnad på kön.
- det går att genomföra mätningar på den egna arbetsplatsen. De visar skillnader även om mätningarna är i liten skala.
- Nackdel skulle även kunna vara att arbetet är begränsat till vår vårdcentral. I vårt arbete är vi ju även beroende av andra ”yttre” aktörer som psykatrin och akutsjukhus som denna patientgrupp träffar.

Bilagor Handen

Bilaga 1 Frågeformulär till läkare

Jämt sjukskriven Handens vårdcentral

Frågeformulär till läkare – avser alla patienter 18-65 år som du sjukskriver under perioden 2009-05-25–2009-06-06.

Kön, sjukskrivande läkare: kvinna man

Dagens datum: _____

Kön, patient: kvinna man

Patientens ålder: _____ år

Patientens diagnos, anges enligt ICD-10 med minst tre positioner:

F-diagnos kod: _____ M-diagnos kod: _____
R-diagnos kod: _____ Annan diagnos kod: _____

Aktualiserad till Försäkringskassans handläggare på vårdcentralen

Aktualiserad till Arbetsförmedlingens handläggare på vårdcentralen

	Ja
Remiss till kurator	<input type="checkbox"/>
Remiss till sjukgymnast	<input type="checkbox"/>
Remiss till arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>
Remiss till medicinsk utredning	<input type="checkbox"/>
Remiss till annan specialist	<input type="checkbox"/> Vilken: _____
Psykofarmaka	<input type="checkbox"/>
Analgetika	<input type="checkbox"/>
Annan medicinering	<input type="checkbox"/>

Aktuell sjukskrivning

<2 veckor 2-4 veckor 5-12 veckor 13-24 veckor
 >24veckor

Bilaga 2 Patientenkät sjukgymnast/arbetsterapeut

Jämt sjukskriven Handens vårdcentral

Enkät för alla patienter 18-65 år

Sjukgymnast Arbetsterapeut

Dagens datum: _____

kvinna man Patientens ålder

Orsak till besöket:.....

Sysselsättning: Anställd Arbetslös
 Sjukersättning Annat
 vet ej / ej dokumenterad

Kommentar: _____

Remissen

Finns remiss ja nej

Om ja
finns uppgifter om sjukskrivning ja nej

Väntetid från första kontakten till första besöket/åtgärden

< 1 vecka > 1 vecka > 2 veckor
 > 4 veckor inget besök

Åtgärd

Kryssa i flera alternativ vid kombinationsbehandling

<input type="checkbox"/> Aktivitetsträning	<input type="checkbox"/> Patientutbildning
<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/> TENS
<input type="checkbox"/> Bassäng	<input type="checkbox"/> Träning i gymnastiksal
<input type="checkbox"/> Hembesök	<input type="checkbox"/> Handträning
<input type="checkbox"/> Hemprogram	<input type="checkbox"/> Hjälpmedel
<input type="checkbox"/> Övrigt.....	

den 27 augusti 2009

Patientenkät

Vårdcentralen i Handen

Patienternas upplevelser av sjukvården är en viktig kunskapskälla till förbättringar inom sjukvården. Vi vill därför ställa några frågor till dig om hur du upplevde ditt besök på vårdcentralen och då framförallt rehabteamet.

I vårt nystartade rehabteam ingår kurator Ruth de Lira, arbetsterapeut Cecilia Brage, sjukgymnast Åsa Ahlbom och läkare. Kanske träffade du endast någon person i teamet men vi är ändå tacksamma om du kan svara på medskickade frågor.

Vi ber dig fylla i frågeformuläret och därefter skicka tillbaka formuläret i det medföljande kuvertet som är frankerat.

Om du har några frågor så tala med kuratorn Ruth de Lira, tel. 08 606 1194.

Undersökningen är naturligtvis både frivillig och anonym.

Tack för din medverkan!

Peter Nerman
Verksamhetschef
Handens vårdcentral

Bilaga 5 Patientenkät utskick

Vad tycker du om **din vårdcentral och rehabteamet**?

Vi arbetar kontinuerligt med att utveckla vår verksamhet och följer regelbundet upp kvaliteten på Handens vårdcentral. Vi hoppas nu att du vill svara på följande frågor om vad du tyckte om att möta ett rehabteam på vårdcentralen.

Enkäten är helt anonym och kommer inte att kunna kopplas till någon person. *Svaren läggs i medföljande kuvert till Ruth de Lira på Handens vårdcentral som sammanställer alla svaren.* Svaren går inte att härleda till någon person.

Om hur du har fått tid till läkaren

Fråga 1 Hur fick du tiden för ditt senaste besök på mottagningen?

1. Jag besökte mottagningen utan förbeställd tid
2. Jag hade en tid bokad sedan tidigare
3. Jag ringde och beställde tid
4. Annat

Fråga 2 Om du ringde till mottagningen, vad hände?

- 1 Jag kom fram med en gång
- 2 Jag fick lämna meddelande och blev sedan uppringd
- 3 Jag fick ringa flera gånger innan jag kom fram
- 4 Jag kom inte fram
- 5 Jag lämnade meddelande men ingen ringde upp
- 6 Jag kommer inte ihåg

Om ditt besök hos läkaren

Fråga 3 Hur länge fick du vänta på ditt besök till läkaren?

- 1 Jag fick komma samma dag
- 2 Jag fick vänta 1-2 dagar
- 3 Jag fick vänta 3-5 dagar
- 4 Jag fick vänta mer än 5 dagar

Fråga 4 Vad anser du om tiden du fick vänta till läkaren?

- 1 Den var acceptabel
- 2 Den var något för lång
- 3 Den var alldeles för lång
- 4 Jag behövde inte vänta

Fråga 5 Hur lång tid var det mellan läkarbesöket och besöket hos rehabteamet?

- 1 Jag fick komma samma dag
- 3 Jag fick vänta 1-7 dagar
- 4 Jag fick vänta 8-14 dagar
- 5 Jag fick vänta mer än 15 dagar

Fråga 6 Vad anser du om tiden du fick vänta för att komma till rehabteamet?

- 1 Den var acceptabel
- 2 Den var något för lång
- 3 Den var alldeles för lång
- 4 Jag behövde inte vänta

Om rehabteamet

I rehabteamet arbetar läkare, kurator, sjukgymnast och arbetsterapeut.

Fråga 7 Kände du att rehabteamet bemötte dig med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?

1 Ja, helt och hållet 2 Delvis 3 Nej

Fråga 8 Kände du dig delaktig i planeringen av din behandling och rehabilitering, så mycket som du önskade?

1 Ja helt och hållet 2 Delvis 3 Nej

Fråga 9 Anser du att ditt aktuella behov har tillgodosetts av rehabteamet?

1 Ja helt och hållet 2 Delvis 3 Nej

Fråga 10 Fick du vara med och diskutera valet av remittering/hänvisning för fortsatt vård hos annan vårdgivare?

- 1 Ja, helt och hållet
- 2 Delvis
- 3 Nej, jag fick inte diskutera det
- 4 Nej, jag fick ingen remiss/hänvisning
- 5 Nej, trots att jag önskade det

Fråga 11 Hur värderar du det som helhet att träffa rehabteamet?

- 1 Utmärkt
- 2 Mycket bra
- 3 Bra
- 4 Någorlunda
- 5 Dåligt

**Jämt sjukskriven
Handens vårdcentral**

Samordningsförbundet Haninge

Samtycke till informationsutbyte

Härmed ger jag

.....
mitt samtycke till att handläggarna i rehabteamet samverkar om min rehabilitering och utbyter information om mig.

Personnummer.....

Jag tycker att det är bra att handläggarna i rehabteamet och handläggare från de ikryssade huvudmännen samverkar kring mina rehabiliteringsbehov. Jag anser därför att dessa myndigheter ska kunna utbyta information om mig, vilket innebär att tystnadsplikten mellan dem upphävs.

Mitt samtycke gäller endast information som behövs för den nu planerade/pågående rehabiliteringen samt utvärderingen av denna.

- Socialtjänsten
- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen
- Annan.....

Detta samtycke gäller under perioden–.....eller den tid undertecknad deltar i rehabiliteringen.

Handen den.....

.....
Namnunderskrift

.....
Namnförtydligande

.....
Ruth de Lira, Handens Vårdcentral

Kolmårdens vårdcentral – Slutrapport

Syfte med deltagandet i projektet

Det övergripande syftet är att sjukskrivningsprocessen är rätt, lagom och säker och svarar mot både kvinnors och mäns villkor och behov. En sjukskrivnings-process utan diskriminering utifrån kön.



David Ring, Iréne Pettersson, Lotta Wall-Nilsson och Kjell Olofsson

Teammedlemmar

David Ring, psykiatrisköterska, david.ring@lio.se

Kjell Olofsson, läkare, kjell.olofsson@lio.se

Lotta Wall-Nilsson, sjukgymnast, lotta.wall-nilsson@lio.se

Iréne Pettersson, arbetsterapeut, irene.m.pettersson@lio.se

Gunilla Gernandt-Bark, processtödjare, gunilla.gernandt-bark@lio.se

Sammanfattning

För att närma oss vårdcentralens sjukskrivningsprocess med fokus på en mellan könen jämställd sjukskrivning valde vi att först tydliggöra processen kring sjukskrivning steg för steg. Därefter har vi på olika vis bekräftat eller förkastat våra tankar kring genuskillnader i sjukskrivningsprocessens olika steg.

I vårt arbete såg vi bland annat tydliga skillnader mellan könen i vår sjukskrivning vid framförallt psykisk ohälsa och olika värtillstånd. Genom journalgranskningar valde vi att grundligare studera och försöka se bakomliggande faktorer till detta.

En stor skillnad mellan könen vid långtidssjukskrivning är de sociala sammanhang och förutsättningar som gäller. Utifrån detta blev en av våra slutsatser att så tidigt som möjligt kartlägga och lägga fokus på de sociala sammanhangen för att underlätta rehabiliteringsarbetet vid sjukskrivning.

Projektet har gett oss flera redskap att se med större genusperspektiv på vår sjukskrivningsprocess. Vi har utvecklat vårt interna samarbete samt skapat en tydlig genusmedvetenhet på vårdcentralen och i resursteamets arbete kring sjukskrivningar.

Bakgrund

Området

Kolmårdens Vårdcentral är en av 42 vårdcentraler i Östergötland (cirka 400 000 invånare) varav de allra flesta drivs inom landstingets regi och ett fåtal är privata. Kolmårdens VC är en av de minsta bland landstingets elva vårdcentraler i den östra länsdelen, PVÖ. Länet delas in i tre delar, Väster (PVV = primärvården väster – med Motala som huvudort), Centrala (PVC – med Linköping som huvudort) och Öster (PVÖ – med Norrköping som huvudort). Antalet listade vid Kolmårdens VC är cirka 7000 personer (jämt fördelat män/kvinnor). De allra flesta bor i det geografiska upptagningsområdet från Getå-ravinen (norr och öster om Norrköping) till Sörmlandsgränsen. Centralorten är Krokeks samhälle där vårdcentralen är belägen. Här bor cirka 3000 personer. Övriga bor på landsbygd och i de mindre orterna Strömsfors och Kvarsebo.

Det finns också en grupp på runt 800 personer från gränstrakterna i Sörmland vilka listat sig på Kolmårdens VC. Befolkningsstrukturen väger över åt barnfamiljer och medelålders vuxna. Det finns en jämförelsevis liten andel riktigt gamla (>80 års ålder). Det förekommer måttligt av öppen social problematik. De allra flesta är etniska svenskar eller äldre invandargenerationer.

I området finns också ett stort antal fritidshus vilket ofta kan leda till tillfälliga vårdkontakter. Områdets största arbetsgivare är Norrköpings kommun med skola, barnomsorg och äldreomsorg. Kriminalvården driver Anstalten Kolmården i det gamla sanatoriet. Kolmårdens Djurpark och Vildmarkshotellet är också stora arbetsgivare. Det finns även några småindustrier samt en del butiker av olika slag. En stor del av befolkningen pendlar till arbeten inne i centralorten Norrköping.

Vårdcentralen

Vårdcentralen har under många år haft en god personalbemanning, inklusive distriktsläkare, med bra kontinuitet. Det finns 26 anställda varav fyra män. Fyra av de anställda är distriktsläkare med fördelningen två kvinnor och två män.

Samtalsbehandling erbjuds av psykiatrisjuksköterska och psykolog, båda är män. I anslutning till vårdcentralen jobbar också tre sjukgymnaster och en arbetsterapeut, samtliga är kvinnor.

Sedan länge finns ett stort engagemang kring rehabilitering och sjukskrivningsfrågor bland vårdcentralens personal. Olika samarbetsgrupperingar mellan vårdcentralens läkare och sjukgymnaster/arbetsterapeut har funnits genom åren. Även olika samarbetsformer gentemot Försäkringskassan har funnits länge. Under de sista åren har ett gemensamt arbetssätt över hela primärvården i Östergötland introducerats. Detta har formats i ett resursteam vid varje vårdcentral.

Resursteamet

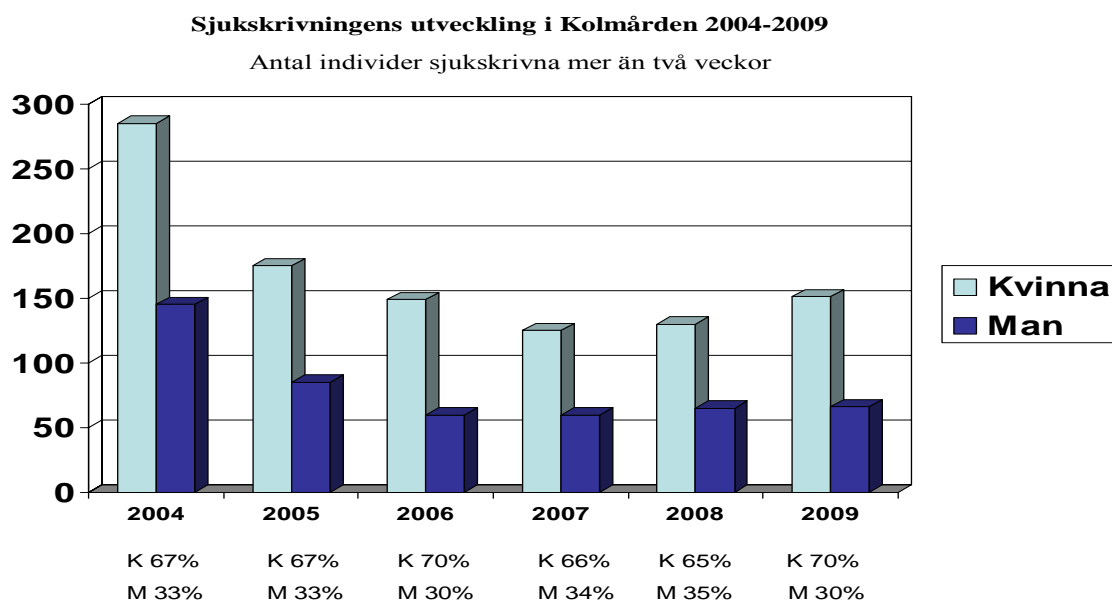
Resursteamet består i Kolmården av en samordnare, en samtalsbehandlare, en sjukgymnast, en arbetsterapeut, en distriktsläkare samt en representant från Försäkringskassan. I perioder har även representanter från Arbetsförmedlingen, Norrköpings kommun (områdets klart största arbetsgivare) och Psykosociala teamet (en gemensam resurs knuten till PVÖ för mer ingående behandlingsinsatser vid psykisk ohälsa) deltagit.

Sjukskrivningsarbetet

Vår verksamhet i frågor kring rehabilitering och sjukförsäkring har genom åren till största delen baserats på lång erfarenhet och engagemang. Vi har upplevt och noterat den ökning i antalet personer som tagit del av sjukförsäkringssystemet under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet. Erfarenheten och känslan hos oss som jobbat med dessa frågor har varit att kvinnor har varit påtagligt överrepresenterade jämfört med män samt att svårigheter vid rehabilitering och återgång i arbete efter sjukskrivning övervägt hos kvinnor. I ett parallellskede till vår verksamhet har ju samhällets totala syn på sjukförsäkringsfrågor ändrats och lyfts fram på ett sätt som tidigare saknats. Lokalt i Östergötland har omfattande försäkringsmedicinsk utbildning bedrivits i samverkan med försäkringskassan vilket säkert bidragit till en ökad kunskap och i vissa stycken förändrad syn på sjukskrivning. Socialstyrelsens nya Beslutsstöd vid sjukskrivning har också varit en stor förändring. Det senaste året har med den nya skrivningen av sjukförsäkringslagen och införandet av den nya rehabkedjan inneburit ytterligare krav på struktur och kunskap inom detta område.

Egna förutsättningar

Vid en genomgång av sjukskrivningar längre än två veckor med intyg utfärdade av vårdcentralens läkare är fördelningen mellan könen att kvinnor står för 2/3 av sjukskrivningarna och männen står för 1/3 av sjukskrivningarna. Under de senaste åren har antalet sjukskrivna minskat successivt men fördelningen mellan könen kvarstår oförändrad.



Tittar man generellt på fördelningen av läkarbesök mellan könen står kvinnor för 55 procent och män för 45 procent av besöken.

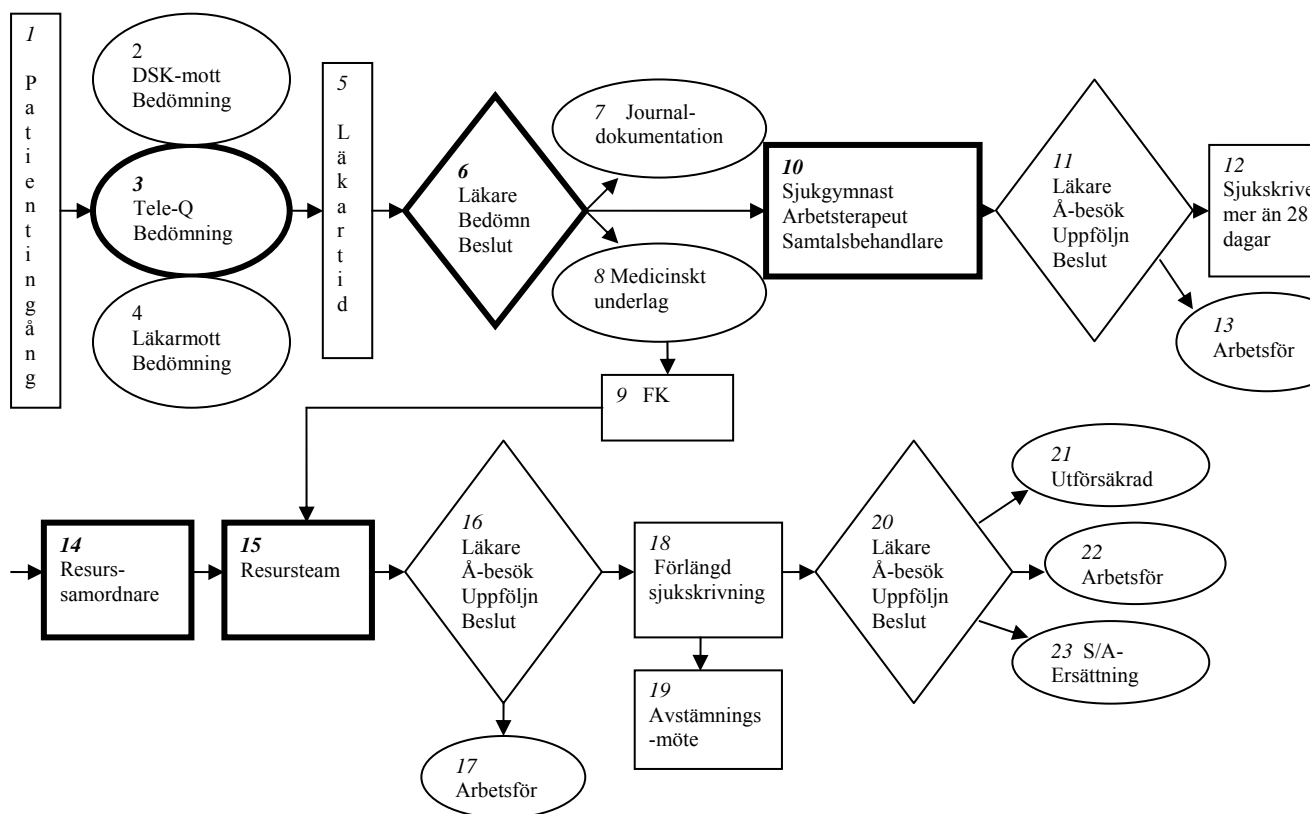
När det gäller diagnoser på sjukintygen dominerar psykisk ohälsa (depression, krisreaktion, ångest) tillsammans med smärttillstånd i rörelseapparaten (ryggvärk, ledvärk, axelsjukdom). Infektionssjukdomar är också en stor grupp men antalet sjukskrivningsdagar är bland dessa tillstånd oftast få. Enskilda diagnoser med flera längre sjukskrivningar är exempelvis fibromyalgi, muskelvärk, whiplashskada, sena besvär efter skada och colon irritable.

Sjukskrivningarnas längd (antal dagar på varje enskilt intyg) varierar med diagnos. När det gäller infektioner är det vanligast med mindre än en veckas sjukskrivning. Vid exempelvis ryggvärk dominerar två veckors sjukskrivningstid men enstaka intyg kan sträcka sig så länge som tre månader. Vid depression är fyra veckors sjukskrivning vanligast och vid krisreaktion är två veckor vanligast.

Att delta i projektet

Utifrån ovanstående bakgrund och förutsättningar kändes det inspirerande och helt rätt när Kolmårdens vårdcentral genom Landstinget i Östergötland erbjöds att, som ett av flera team från hela landet, delta i SKL:s projekt Jämt sjukskriven. Vi ser detta som en utmärkt möjlighet att belysa och tydliggöra våra tankar kring genusskillnader vid sjukskrivning samt att ytterligare utveckla vårt resursteam.

Sjukskrivningsprocessen

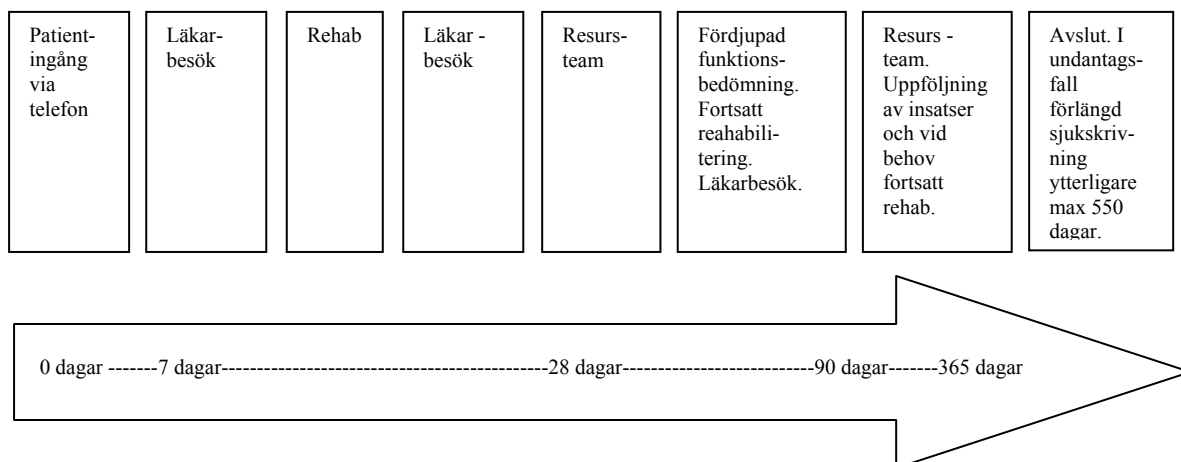


Beskrivning av de olika processtegen

1. Distriktssköterske(Dsk)-mottagningen består av fem distriktssköterskor som ansvarar för hemsjukvården i upptagningsområdet, mottagning och egen telefontid.
2. Det största flödet av patienter in på vårdcentralen sker via Tele-Q. I Tele-Q arbetar försäkringsmedicinskt utbildade sjuksköterskor som kl. 8:00-16:30 bedömer och prioriterar patientens behov via telefon. Egenvårdsråd, bokning av läkartid eller hänvisning till annan vårdgivare sker. Antalet samtal ligger på ca 2000 samtal/månaden.
3. Läkarmottagningen på vårdcentralen består av fyra specialister, ST- och AT-läkare. Varje läkare har egen tidbok och telefontid som han eller hon planerar själv utöver de läkartider som Tele-Q har till sitt förfogande.
4. Bokad läkartid.
5. Vid läkarbesöket tar läkaren upp patientens sjukhistoria och genomför relevanta åtgärder för att kunna ta ställning till sjukskrivning.
6. Journaldokumentation är ett arbetsredskap för att säkerställa god vård, men kan också användas för kvalitetsuppföljning.
7. Läkare utfärdar medicinskt underlag.
8. Patienten sänder det medicinska underlaget till Försäkringskassan.
9. Sjukgymnasterna bedömer, undersöker och planerar behandling och träning. Arbetsterapeuten bedömer funktion, aktivitet och kognitiv förmåga, behandlar

och gör anpassningar i hemmet och provar ut hjälpmedel. Samtalsbehandlaren (psykiatrisjuksköterskan) ansvarar för samtalsbehandling och rådgivning rörande psykisk ohälsa.

10. Läkaruppföljning av riktade behandlingsinsatser och eventuell fortsatt planering görs.
11. Om sjukskrivningen är mer än 28 dagar ska patienten aktualiseras i resursteamet för vidare rehabilitering.
12. Tillbaka till arbete.
13. Resurssamordnaren ansvarar för att patienter som varit sjukskrivna i mer än 28 dagar fyller i de skattningsskalor som teamet tagit fram som underlag inför resursteamet, dels för att få en bild av patientens behov i samband med sjukskrivningen och tankar kring att återgå i arbete, dels för att få patientens samtycke att hans/hennes fall tas upp i resursteamet. Resurssamordnaren sammankallar och planerar arbetet i resursteamet.
14. Resursteamet träffas var 14:e dag och består av resurssamordnare, läkare, samtalsbehandlare, sjukgymnast och arbetsterapeut från vårdcentralen. Dessutom kan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen delta med varsin representant. Utöver detta har det psykosociala teamet en representant i resursteamet. PST är ett mobilt team vars uppgift är att stötta primärvården med utökad kompetens vid psykisk ohälsa. Resursteamet kommer i samråd överens om vilka behandlingsinsatser som ska sättas in och följas upp. Syftet med resursteamet är att bedöma och samordna vårdcentralens insatser kring patienten under sjukskrivningen och underlätta kommunikationen med vården.
15. Läkaruppföljning av riktade behandlingsinsatser och eventuell fortsatt planering görs.
16. Tillbaka till arbete.
17. Vid behov förlängs sjukskrivningen.
18. Avstämningsmöte med patienten, ansvarig läkare, Försäkringskassan och arbetsgivare i syfte att anpassa återgången till arbetet för patienten.
19. Läkaruppföljning av riktade behandlingsinsatser och eventuell fortsatt planering görs.
20. Om patienten efter ett års sjukskrivning inte uppfyller kriterierna för permanent sjukersättning eller förlängd sjukpenning upphör sjukförsäkringen.
21. Tillbaka till arbete.
22. Om patienten bedöms som permanent arbetsoförmögen pga. sjukdom går sjukskrivningen över till sjuk- och/eller aktivitetsersättning.



Identifierade risker

Utifrån processkartan har följande processteg identifierats som möjliga där det kan råda ojämställdhet mellan könen.

Processteg 3 Tele Q

- Kan sjuksköterskorna i Tele Q påverkas av ett genusperspektiv i sina bedömningar och i valet av åtgärd?
- Får män läkartid i större omfattning än kvinnor vid samma symtombild?
- Får kvinnor med värkproblematik i högre utsträckning egenvårdsråd än män med värkproblematik?
- Får män med psykiska problem mer läkartider än kvinnor med psykiska problem?
- Får kvinnor med psykiska problem mer egenvårdsråd än män med psykiska problem?
- Finns det skillnader mellan män och kvinnor i sjukskrivningsmönster vid psykiska problem?

Processteg 6 Läkarbedömning

- Gör läkaren skillnad i sin bedömning om patienten är en man eller kvinna vid samma symtombild?
- Sjukskriver läkaren kvinnor i större utsträckning än män vid samma symtombild?
- Får män och kvinnor olika behandlingsalternativ vid psykisk ohälsa?
- Får män och kvinnor olika behandlingsalternativ vid värk/smärta?

Processteg 10 Sjukgymnast, arbetsterapeut, samtalsbehandlare

- Kan rehabiliteringsprocessen förbättras om det finns en rutin att läkarna i ett tidigare skede hänvisar patienter med värk till paramedicinare samt patienter med depression till samtalsbehandlare?
- Hänvisas män och kvinnor olika?
- Dokumenterar läkarna i journalen hänvisningen till paramedicinare och samtalsbehandlare?

Processteg 14 Resurssamordnare

- Finns det någon ojämställdhet i hantering/bedömning av aktuella resursteamserenden?

Processteg 15 Resursteam

- Går det att utveckla patientdelaktighet och informationen till patienten?
- Hanteras ärendena olika beroende på om patienten är en man eller kvinna?

Mål

Processteg 3 Tele Q

- Att sjuksköterskorna i Tele Q gör en likvärdig bedömning vid samma symtombild oavsett kön.

Processteg 6 Läkarbedömning

- Att läkarna i patientkontakten gör en likvärdig bedömning av sjukskrivningsbehov vid samma symtombild oavsett kön.
- Att läkarna i patientkontakten gör en likvärdig bedömning av rehabiliteringsinsatser oavsett kön.

Processteg 10 Sjukgymnast, arbetsterapeut, samtalsbehandlare

- 70 procent av alla med värkproblematik oavsett kön ska hänvisas till paramedicinare.
- 90 procent av alla sjukskrivna med värkproblematik ska oavsett kön hänvisas till paramedicinare. Hänvisningen ska dokumenteras i journalen till 100 procent oavsett kön.
- Av de patienter med psykisk ohälsa som hänvisats till samtalsbehandlare ska hänvisningen dokumenteras i journalen till 100 procent oavsett kön.

Processteg 14 Resurssamordnare

- Tydliggöra resurssamordnarens roll och formulera en arbetsbeskrivning.
- Ta fram skattningsformulär för tydliggörande av riskfaktorer vid sjukskrivning hos kvinnor och män.

Processteg 15 Resursteam

- Alla patienter oavsett kön som är sjukskrivna mer än 28 dagar ska tas upp i resursteamet.
- Resursteamets arbete ska resultera i en individuell rehabiliteringsplan.
- Alla patienter oavsett kön som tas upp i resursteamet ska delges sin rehabiliteringsplan.
- Alla patienter oavsett kön som tagits upp i resursteamet ska följas upp med en utvärderingsenkät.

Mått

Processteg 3 Tele Q

- Antal läkartider i relation till genus och sökorsak
- Föreslagen åtgärd med hänsyn tagen till kön och sökorsak

Processteg 6 Läkarbedömning

- Antal män respektive kvinnor som sjukskrivs för samma sökorsak
- Skillnader mellan män och kvinnor i behandlingsalternativ vid psykisk ohälsa
- Skillnader mellan män och kvinnor i behandlingsalternativ vid värk/smärta

Processteg 10 Sjukgymnast, arbetsterapeut, samtalsbehandlare

- Antal sjukskrivna med värkproblematik och psykisk ohälsa som hänvisas till paramedicinare
- Antal dokumentationer som styrker hänvisningarna

Processteg 14 Resurssamordnare

- Inga mätningar gjorda

Processteg 15 Resursteam

- Antal patienter sjukskrivna mer än 28 dagar som tas upp i resursteamet
- Antal patienter som tas upp i resursteamet som delges sin rehabiliteringsplan
- Antal patienter som följs upp med uppföljningsenkät

Hur gjordes mätningarna?

Processteg 3 Tele Q

Faktainhämtning gjordes genom att sjuksköterskorna i Tele Q fyllde i en enkät för varje patient som ringde vårdcentralen. Instruktioner för hur enkäten skulle fyllas in bifogades via en manual (Bilaga 1).

Mätningar skedde vid två tillfällen under 2009. Efter den mätning som gjordes under vecka 7 justerades mätverktyget och instruktionerna förtydligades inför nästföljande mätning, vecka 11.

Processteg 6 Läkarmedömning

Faktainhämtning gjordes genom en granskning av journalanteckningar från perioden september till december 2008. Journalerna granskades utifrån framtagna parametrar (kön, läkemedel, egenvård, sjukskrivning, sjukgymnastik, arbetsterapi, samtal och övrigt) i diagnosgrupperna depression (nyupptäckt, F32) respektive värk/smärta (ryggvärk M54.9P, ledvärk M25.5, axelsjukdom M75.9P).

I gruppen depression granskades 25 journaler och i gruppen värk/smärta granskades 121 journaler.

För att kartlägga eventuella bidragande faktorer till att fler kvinnor än män sjukskrevs gjordes fördjupade journalgranskningar.

I diagnosgruppen värk/smärta (65 journaler) gjordes granskningen under perioden december 2008 till april 2009. Journalerna granskades utifrån framtagna parametrar (yrke, sociala faktorer, sjukskrivningslängd, hänvisning till sjukgymnast/arbetsterapeut samt resultat av sjukskrivningen).

I diagnosgruppen depression (37 journaler) gjordes granskningen under perioden augusti till december 2008. Journaler granskades utifrån framtagna parametrar (yrke, sociala faktorer, multisjuklighet, sjukskrivningslängd samt hänvisning till annan vårdgivare).

Processteg 10 Sjukgymnast, arbetsterapeut, samtalsbehandlare

I diagnosgruppen värk/smärta (ryggvärk, ledvärk, axelsjukdom) gjordes en granskning av 121 journaler för att se vilka patienter som hänvisats till sjukgymnast och arbetsterapeut och i vilken utsträckning hänvisningen finns dokumenterad i journalen.

I de diagnosgrupper (depression, ångest, kris och stressreaktion) som hänvisats för samtalsbehandling granskades journalerna för att se i vilken utsträckning hänvisningen dokumenterats.

Processteg 14 Resurssamordnare

De skattningsformulär för tydliggörande av riskfaktorer vid sjukskrivning som utarbetats fylls i av patienten inför nästkommande resursteam. Efter telefonkontakt med resurssamordnaren som informerar kring sjukskrivningsarbetet avgör patienten om formulären fylls i hemma eller på vårdcentralen (Bilaga 2).

Som komplement får alla patienter fylla i depressionsskalan MASRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale).

Processteg 15 Resursteam

Resurssamordnaren ansvarar för att en rehabiliteringsplan formuleras och delges patienten efter aktuellt resursteam.

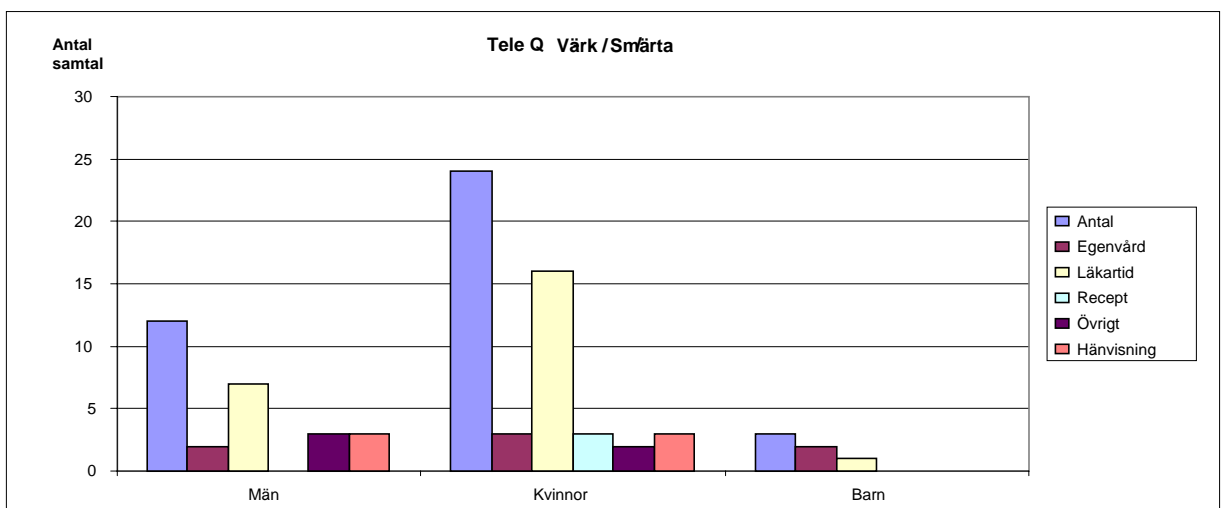
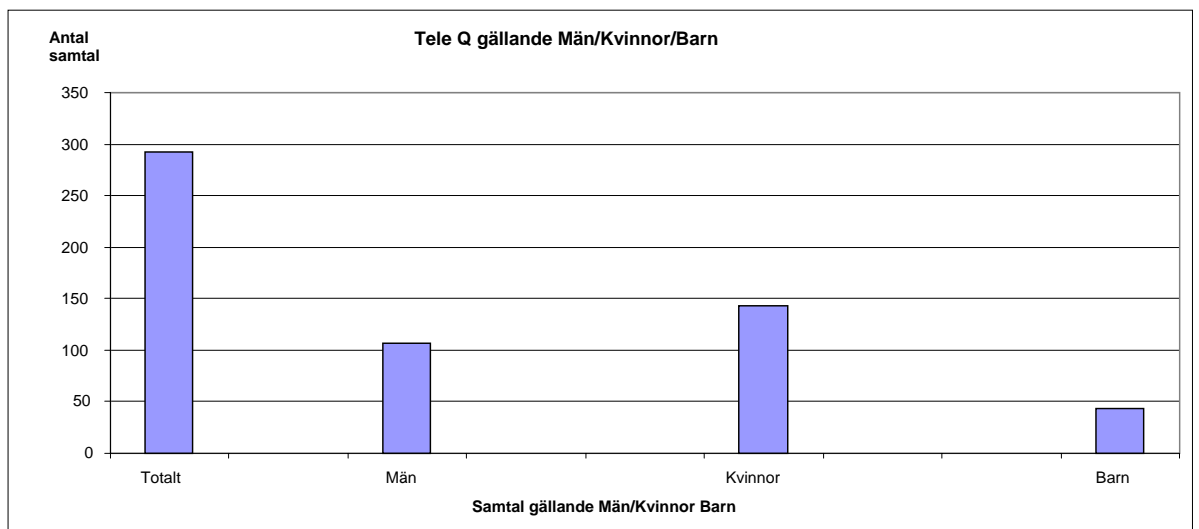
När patienten avslutas i resursteamet skickas en utvärderingsenkät hem till patienten.

Dessa insatser dokumenteras och följs upp i patientjournalen.

Resultat

Processteg 3 Tele Q vecka 11

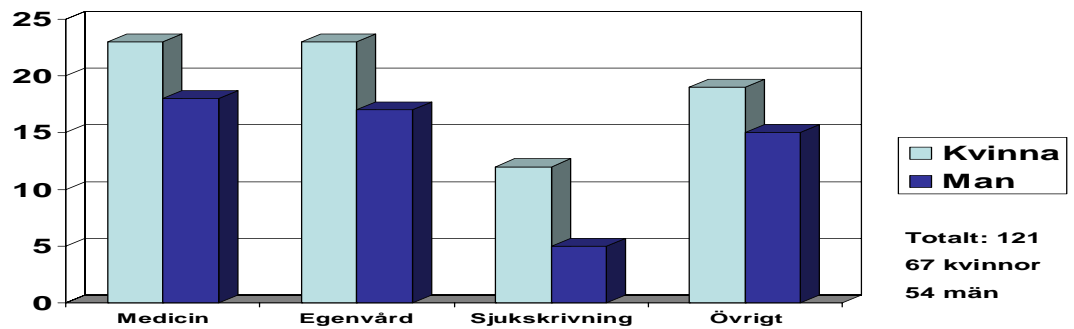
- Samtalen i telefonen är fördelade enligt följande: kvinnor 49 procent, män 36 procent och barn 15 procent.
- I gruppen värk/smärta står kvinnorna för 62 procent och männen för 31 procent av telefonsamtalen.
- I gruppen värk/smärta får 67 procent av kvinnorna och 58 procent av männen läkartid.
- I gruppen psykisk ohälsa och infektion ses inga könsskillnader i fördelning och val av åtgärd.



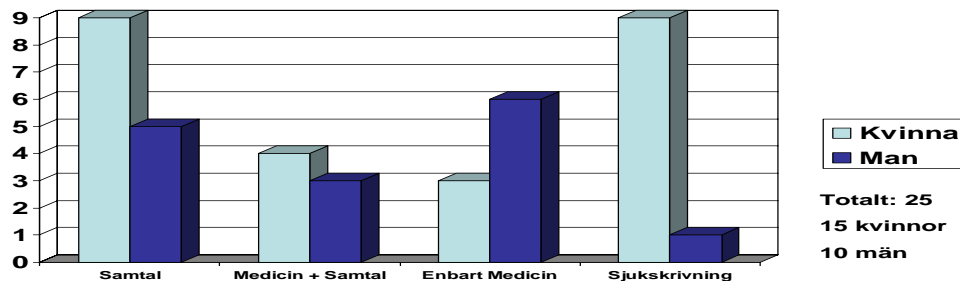
Processteg 6 Läkarbedömning

- Resultatet av journalgranskningen i gruppen värk/smärta visade att fler kvinnor än män sjukskrevs.
- Resultatet av journalgranskningen i gruppen depression visade att fler kvinnor än män sjukskrevs.
- I gruppen depression var det betydligt fler män än kvinnor som behandlades med enbart medicin.

Resultat Journaldokumentation Värk/smärta



Resultat journaldokumentation Depression



Resultat från fördjupad journalgranskning i diagnosgruppen värk/smärta

- Resultatet av den fördjupade journalgranskningen i gruppen värk/smärta visade att 15 av 65 patienter var sjukskrivna. Av dessa var 2 män och 13 kvinnor.
- Bland kvinnorna som var sjukskrivna dominerade vårddyrket. Sju av 13 kvinnor var långtidssjukskrivna (mer än 28 dagar). Männerna hade kortare sjukskrivningsperioder. Övervägande del av sjukskrivningarna var på 100 procent.
- Journalgranskningen gav lite social information om patienterna på grund av knapphändig journaldokumentation.
- Av de 15 sjukskrivna patienterna hänvisades fem till sjukgymnast och två till arbetsterapeut.
- Resultat av sjukskrivningen: De båda männen är åter i arbete, åtta av kvinnorna fick förlängd sjukskrivning och en permanent sjukersättning.

Resultat från fördjupad journalgranskning vid depressionsdiagnos

- 37 journaler granskades varav 21 för kvinnor och 16 för män. En klar skillnad är att kvinnor sjukskrivs i större utsträckning än män vid diagnosen depression. 16 sjukskrivna kvinnor respektive två sjukskrivna män.
- Akademiker, vårddyrken, kontors-/butikarbeten eller arbetslöshet är sysselsättningar som ofta förekommer vid sjukskrivning för depression hos kvinnor. Av männen var en arbetslös och en industriarbetare.

- Ensamstående kvinnor är oftare sjukskrivna vid depression än ensamstående män med depression.
- Negativa sociala faktorer är vanligare hos kvinnor med depression och sjukskrivning än hos män. Exempel på detta är eget eller närståendes missbruk, svår sjukdom eller dödsfall hos anhörig, misshandel i nuvarande eller tidigare relation, konflikter med arbetsgivare.
- Kvinnor som är sjukskrivna för depression har ofta en multisjuklighet utöver depressionen. Exempel på detta är kronisk värk, tarmsjukdom, kraftig övervikt.
- Dokumentationen kring sociala faktorer är generellt mer sparsam hos män än hos kvinnor.

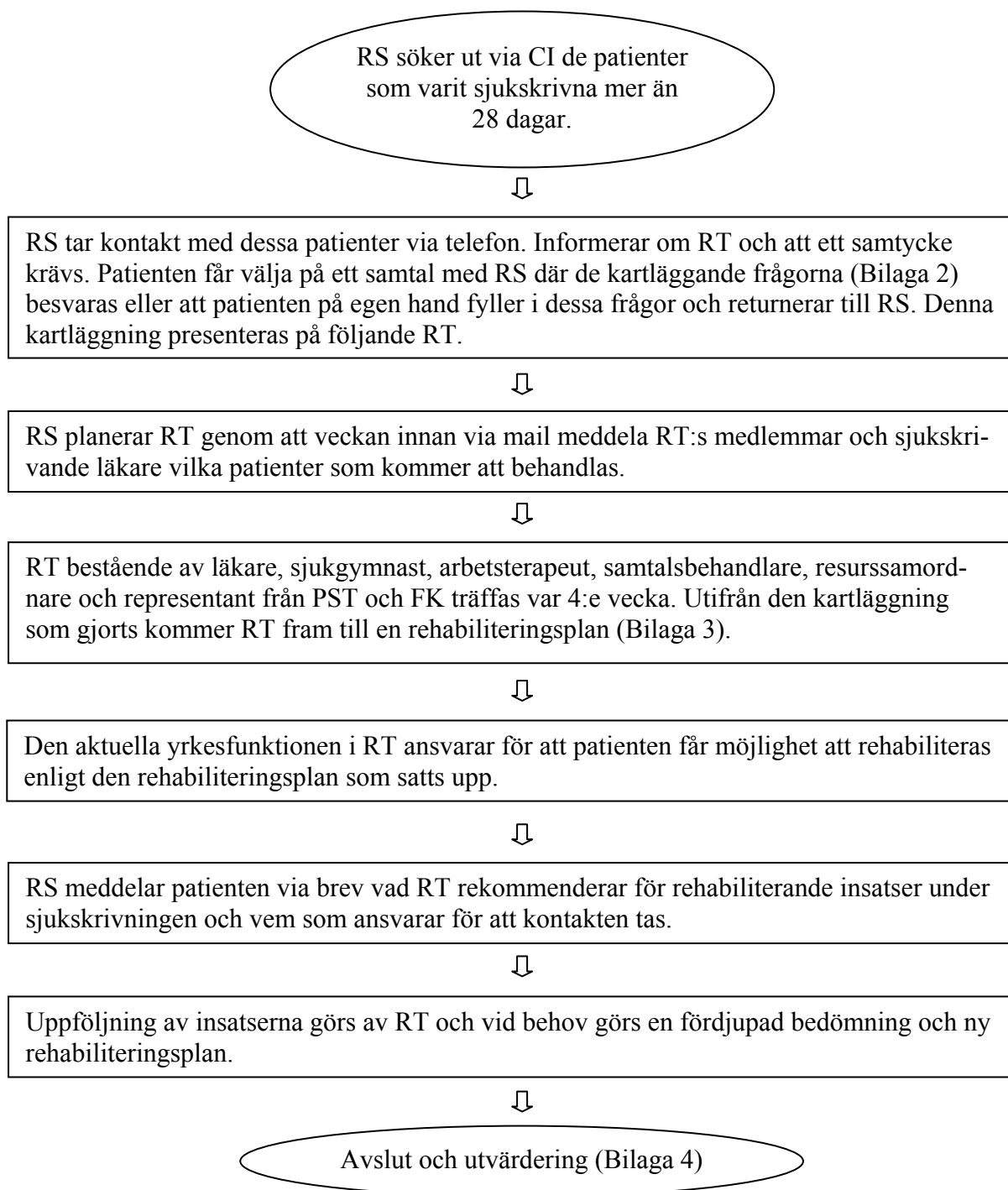
Processteg 10 Sjukgymnast, arbetsterapeut, samtalsbehandlare

- Målet att dokumentera alla hänvisningar för patienter med psykisk ohälsa oavsett kön till samtalsbehandlare har uppfyllts.
- Resultatet av journalgranskningen i gruppen värk/smärta visade att 34 av 121 patienter hänvisades till sjukgymnast/arbetsterapeut. Av de 34 hänvisade patienterna var 15 män och 19 kvinnor. Av de 34 hänvisade patienterna var 12 dokumenterade i journalen.
- Journalgranskningen visade att 17 av 121 patienter i gruppen värk/smärta var sjukskrivna, fem män och tolv kvinnor. Av de 17 sjukskrivna patienterna hänvisades fyra till sjukgymnast, två män och två kvinnor.

Processteg 14 Resurssamordnare

- Skattningsskalor för tydliggörande av riskfaktorer vid sjukskrivning har tagits fram (Bilaga 2).
- En processkarta över resurssamordnarrollen har arbetats fram och tydliggjort arbetsbeskrivningen.

Processkarta över resurssamordnaren (RS) och resursteamet (RT) vid Kolmårdens Vårdcentral



CI = Cosmic Intelligence

RT = Resursteamet

RS = Resurssamordnare

FK = Försäkringskassan

PST = Psykosociala Teamet

Processteg 15 Resursteam

- 75 procent av de patienter som varit sjukskrivna mer än 28 dagar har tagits upp i resursteamet.
- Mall för individuell rehabiliteringsplan är framtagen men ännu ej förankrad i resursteamet.
- Utvärderingsenkät är framtagen och förankrad, ännu ej testad (Bilaga 4).

Resultatanalys

Processteg 3 Tele Q vecka 11

Det totala resultatet visar att skillnaderna är små. Kvinnorna står för en större del av de inkommande telefonsamtalen, men slutsatsen är att kvinnor och män bedöms jämlikt eftersom skillnader i val av åtgärder är mycket små mellan könen. Kvinnor och män hänvisas lika ofta till annan vårdgivare. Kvinnor och män får råd om egenvård i samma utsträckning. En skillnad som däremot noterades var att betydligt fler kvinnor ringer för sina barn och sin man, än vad männen ringer för sin kvinna och sina barn. Detta fynd förstärker det resultat som framkom i den sammanställning av Fyrfältaren som gjordes under Lärandeseminarium 5 (Bilaga 5). Ett resultat som visade att kvinnor upplever ett större ansvar kring familjen och också oftare hänvisar till faktorer kring barn och familj som försvårande omständigheter vid arbetsåtergång.

Sjuksköterskorna informeras om det positiva resultatet. De påminns dock om vikten av att ha ett genusperspektiv i sina bedömningar och val av åtgärder. Inga nya mätningar är planerade i nuläget men författarna ser ändå fördelar med att en uppföljning av denna mätning sker, då mätningen i sig håller genusperspektivet aktuellt.

Det hade varit intressant att titta närmare på om könet hos den sjuksköterska som bedömer har betydelse för vilket val av åtgärd som görs för kvinnor och män. En sådan jämförelse är svår att göra då denna mätning grundar sig på bedömningar av åtta kvinnliga sjuksköterskor och endast en manlig sjuksköterska.

Processteg 6 Läkarbedömning

Den första journalgranskningen visar att kvinnor är mer sjukskrivna än män i diagnosgrupperna värk/smärta respektive depression. Detta ledde till en fördjupad journalgranskning för att försöka hitta bidragande faktorer till detta resultat. Även i denna journalgranskning såg vi att kvinnor sjukskrivs mer än män både vid värtillstånd och vid psykisk ohälsa. Vad gör då denna skillnad?

Har kvinnor generellt tyngre arbeten än män som orsak till större arbetsförmåga vid sjukdom? Sannolikt inte – exempelvis så var flera sjukskrivna kvinnor arbetslösa vid vår genomgång. Däremot ser vi tydligt i granskningen att kvinnor oftare än män har olika negativa sociala faktorer noterade i journalen. Extra tydligt blir detta vid sjukskrivning.

Vi tror att detta faktum kan vara en av orsakerna till ökad sjukskrivning hos kvinnor samt också en faktor som försvårar rehabiliteringen efter sjukdom och återgång i arbete. Generellt ser vi att dokumentationen kring sociala faktorer är mer

knapphändig hos män än hos kvinnor. En tydlig faktor vi noterat vid sjukskrivning av kvinnor är olika former av multisjuklighet.

Våra iakttagelser har lett till framtagande av en Risklista vid sjukskrivning med, som vi tror, varningssignaler för vad som kan bidra till ökad risk för sjukskrivning och en svårighet i det efterföljande rehabiliteringsarbetet (Bilaga 6). Det är viktigt att genom en noggrann och riktad sjukhistoria tydligt kartlägga dessa förutsättningar för att kunna ge rätt stöd i rehabiliteringsarbetet och därmed skapa en jämställd sjukskrivning.

Endast en liten del av de sjukskrivna för värk/smärta hänvisades till sjukgymnast eller arbetsterapeut. Detta känns angeläget att ändra på genom aktiv hänvisning i tidigt skede av sjukdom/skada.

För att om möjligt dra lärdom av dessa erfarenheter har vi i vår sjukskrivningspolicy (Bilaga 7) tydligt betonat vikten av en noggrann sjukhistoria med särskild tyngdpunkt utifrån vår risklista vid sjukskrivning (Bilaga 6).

Processteg 10 Sjukgymnast, arbetsterapeut, samtalsbehandlare

Vid båda journalgranskningarna framkom att det var få av patienterna i gruppen värk/smärta som hänvisades till sjukgymnast och arbetsterapeut. Av dessa hänvisningar hade endast hälften dokumenterats i journalen. Av de sjukskrivna i gruppen värk/smärta var det fler av männen än av kvinnorna som hänvisades till sjukgymnast. Målet att 70 procent av patienterna i gruppen värk/smärta ska hänvisas har ej uppnåtts. Målet att 90 procent av de sjukskrivna patienterna inom gruppen värk/smärta ska hänvisas har ej heller uppnåtts.

En frågeställning vi hade var om sjukskrivningslängden skulle kunna förkortas om patienten hänvisades i ett tidigare skede till sjukgymnast och/eller arbetsterapeut. För att tydliggöra vilka patienter som är lämpliga att hänvisa togs en diagnoslista fram och en dialog med läkarna fördes om detta (Bilaga 8).

Det kan vara viktigt att hänvisningen dokumenteras i journalen, inte minst för att kunna följa upp patientens egenansvar och följsamhet till läkarens råd.

Vi upplever att hänvisningarna och dokumentationerna har ökat i antal till sjukgymnast och arbetsterapeut under projektarbetets gång. Detta skulle kunna följas upp i en framtida journalgranskning som även könsuppdelas.

För samtalsbehandling i gruppen psykisk ohälsa dokumenteras hänvisningen i varje enskilt fall. Målsättningen att 100 procent av alla hänvisningar ska dokumenteras har därmed uppnåtts. En del av förklaringen tros ligga i att det sedan tidigare funnits en tydlig rutin för hänvisning och dokumentation.

Processteg 14 och 15 Resurssamordnare samt resursteam

Att tydliggöra rollen som resurssamordnare genom en processkarta med arbetsbeskrivning har gett bättre struktur och tydlighet i arbetet kring våra sjukskrivna patienter. I dagsläget når vi inte målet att alla patienter som varit sjukskrivna mer än 28 dagar ska tas upp i resursteamet. Detta beror på att vi har en eftersläpning sedan tidigare då resursteamet inte fungerade tillfredsställande. Vi har nu arbetat fram tydligare riktlinjer och verktyg att använda i vårt fortsatta resursteamarbete och räknar med att vara i kapp under våren 2010. Målet att alla som varit sjukskrivna mer än 28 dagar ska tas upp i resursteamet ska då kunna uppnås till 100 procent.

Skattningsformulären för tydliggörande av riskfaktorer vid sjukskrivning hos kvinnor och män har nyligen börjat användas (Bilaga 2). Vi planerar att göra en utvärdering av dessa under våren 2010.

En mall för rehabiliteringsplan är framtagen och förankrad i resursteamet men har i dagsläget ej börjat användas (Bilaga 3). Återkoppling till patienten efter resursteam sker nu muntligt via resurssamordnaren som dokumenterar i patientens journal. Vi räknar med att börja använda rehabiliteringsplaner under 2010.

En utvärderingsenkät är framtagen och förankrad men ännu ej testad (Bilaga 4).

Genom de arbetsverktyg vi har tagit fram för resurssamordnaren och resursteamet hoppas vi få en bättre struktur och tydlighet i arbetet kring våra sjukskrivna patienter och att vi genom utvärdering av dessa verktyg också kan se om vi hanterar och bedömer män och kvinnor på ett likvärdigt sätt.

Testade förändringar

- Ett dokument kring vårdcentralens sjukskrivningspolicy har utarbetats som stöd i sjukskrivningsarbetet (Bilaga 7).
- Kontinuerlig uppföljning av sjukskrivningsstatistiken görs genom att vårdcentralenschefen drar ut statistik från Cosmic (datoriserat journalsystem) varje månad och delger personalgruppen via anslagstavla i personalrum.
- För återkoppling av rehabiliteringsarbetet i Jämt sjukskriven och resursteamet finns en stående punkt på dagordningen för veckans personalmöte.
- En diagnoslista över värk/smärta har utarbetats för att underlätta för läkaren att veta vilka patienter han eller hon ska hänvisa till paramedicinare (Bilaga 8).
- Fyrfältaren används som arbetsverktyg när läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, resurssamordnare och patient resonerar kring sjukskrivning. Den används som ett stöd för att få fram patientens uppfattning kring sjukskrivningens för- och nackdelar (Bilaga 5).
- En enkät/checklista har utarbetats för läkaren att använda i arbetet kring sjukskrivning (Bilaga 9).
- En processkarta över resurssamordnarrollen och resursteamet har framarbetats för att tydliggöra arbetet kring de sjukskrivna patienterna.
- För att kvalitetssäkra resursteamets arbete har en utvärderingsenkät tagits fram för att få del av patienternas uppfattning av rehabiliteringsarbetet på vårdcentralen. Denna enkät ska skickas ut till patienterna i samband med att de avslutas i resursteamet, med start under våren 2010 (Bilaga 4).
- Skattningsskalor för tydliggörande av riskfaktorer vid sjukskrivning har utarbetats och använts.
- Som ett resultat av den journalgranskning som gjorts i kombination med de skattningsskalor som patienten har fyllt i har en lista med riskfaktorer vid sjukskrivning tagits fram (Bilaga 6).

Diskussion kring testade förändringar

Kartan över vår sjukskrivningsprocess har legat till grund för vårt arbete. Ur denna karta har riskområden identifierats. Dessa risker har sedan resulterat i framtagande av olika arbetsverktyg som ska leda till en rätt, lagom, säker och jämställd sjukskrivning.

Många av dessa förändringar har precis tagit form och påbörjats, så någon utvärdering har därför inte kunnat genomföras än. Vårdcentralen planerar en uppföljning med start under våren 2010.

Verktyg som vi hunnit använda oss av och som vi tycker har resulterat i en ökad medvetenhet kring genus och sjukskrivningar har bland annat varit den checklista som läkarna använder sig av vid sjukskrivning. Likaså upplever vi att Fyrfältaren har fungerat väl i det resonemang som sker med patienten vid en sjukskrivning. Processkartan över resurssamordnarrollen och resursteamet har på ett tydligt sätt klargjort arbetet och ansvarsfördelningen kring de sjukskrivna patienterna. Skattningsskalorna för tydliggörande av riskfaktorer vid sjukskrivning upplever resursteamet mycket positiva då helhetsbilden kring patienten kompletteras på ett klargörande sätt.

Aktiviteter

- Lärandedseminarium
- Föreläsningar kring genus
- Kartläggning
- Journalgranskningar
- Information och återkoppling till personalgruppen på vårdcentralen
- Genusspan
- Litteraturspridning
- Enkätkonstruktion
- Resultatsammanställningar
- Sjukskrivningsprocesskarta
- Processkarta resurssamordnare + Resursteamet

Att arbeta med jämställdhet

Fördelar

- Att arbeta i grupp mot gemensamma mål
- Mäta och se resultat

Nackdelar

- Tidskrävande

Mest givande

- Vi har uppdaterat/skapat nya rutiner, utvecklat nya arbetsverktyg
- Samarbetet och entusiasmen i projektgruppen
- Att ta del av de övriga gruppernas arbeten

Svårast

- Engagera personalen genom informationsspridning och delaktighet
- Att få tiden att räcka till
- Svårt att förändra attityder, svårt med beteendeförändringar
- Att hålla genusperspektivet levande

Lärdomar

- Vi tycker att vi har nått en del av målen med projektet
- Vi har fått en tydligare bild av vad vi behöver arbeta vidare med
- Vi har synliggjort vissa av våra egna myter och fördomar
- Vikten av att kulturen och arbetssättet genomsyras av genusperspektiv
- Känsliga frågor som alkohol och hot/våld har synliggjorts
- Att förbättringsarbete tar tid och kräver ett strukturerat tillvägagångssätt
- Vi har sett hur små förändringar kan ge stora förbättringar

Att sprida budskapet

Vi ska väcka frågan – är sjukskrivningsprocessen rätt, lagom och säker för både kvinnor och män?

Vi har kunskap och metoder för hur man kan kartlägga risker i verksamheten.

Vi har goda exempel på verktyg för att uppnå en jämställd sjukskrivningsprocess.

Risker och resultat vi har identifierat ur ett jämställdhets-/genusperspektiv

- Att kvinnor löper en större risk att fastna i längre sjukskrivningar.
- Att kvinnor löper en större risk att medikaliseras.
- Att kvinnor löper en större risk att bli sjukskrivna.
- Att vårdcentralen missar att ta upp frågor kring mäns våld mot kvinnor, kopplat till sjukskrivning.
- Att mäns sociala anamnes är bristfällig vilket kan leda till försämrade möjligheter till god och effektiv rehabilitering.
- Att vårdcentralen missar att se kopplingen mellan missbruk och sjukskrivning.

Vad ska spridas?

- Kunskap kring varför det är viktigt med könsuppdelad statistik.
- Kunskap kring vad som orsakar ojämsälld sjukskrivning.
- Insikt kring den egna rollen i sjukskrivningsprocessen.
- Konkreta arbetsverktyg för att förhindra ojämsälld sjukskrivning.
- Tips kring hur man arbetar fram egna verktyg och enkäter.
- Kopplingen mellan sjukskrivning, våld och missbruk.
- Struktur för ett genusmedvetet resursteam.
- Sjukskrivningspolicy.
- Risklista vid sjukskrivning.

Bilagor Kolmården

Bilaga 1 TQ-mätning

Bilaga 1

TQ-mätning

Projektet ”Jämt sjukskriven” skall göra mätningar i tele-q under vecka 7 och 11. För att göra den mätningen så enkel som möjligt för er sköterskor i telefon, har en mall med kryssalternativ tagits fram. Du måste sätta **ett kryss** under varje rubrik, och vi vill att du fyller i en enkät för **alla** patienter som ringer. Vi önskar få reda på:

- Vilket kön patienten har eller om det är ett barn?
- Vilket kön uppgiftslämnaren har?
- Vilken orsak/symtombild patienten söker för?
- Vad gjorde du som telefonsyster? Egenvård, läkartid eller recept?
- Om och i så fall till vem du hänvisade patienten? Internt = Dsk.mott, Bltr osv. Externt = utanför huset.

Mall

Patient:

Man	Kvinna	Barn <18 år
-----	--------	-------------

Uppgiftslämnare:

Man	Kvinna
-----	--------

Orsak/Symtombild:

Psykisk ohälsa	Infektion	Värk/Smärta	Övrigt
----------------	-----------	-------------	--------

Vad gjorde du?

Egenvård	Recept	Läkartid/Telefontid	Övrigt
----------	--------	---------------------	--------

Hänvisade du patienten till?

Arbets terapeut	Sjukgymnast	Internt	Externt	Ingen hänvisning
-----------------	-------------	---------	---------	------------------

Tack för din hjälp

Bilaga 2 Resursteamets patientenkät

Frågor att svara på vid sjukskrivning inför resursteamet

Namn:	Personnummer:
Arbetsgivare:	Yrke:
Arbetsstider:	Tjänstgöringsgrad:

Arbetsuppgifter konkret:

Hur ofta hindrar sjukdomen dig från ...

	Alltid	Ibland	Sällan	Aldrig
Sittande arbete				
Stående arbete				
Gående arbete				
Arbete med armarna				
Arbete som kräver koncentration				
Arbete i relation till andra människor				
Arbete som ställer krav på beslutsförmåga				

Vilka av dina arbetsuppgifter kan du utföra trots din sjukdom?

Beskriv vilka förändringar på din arbetsplats som kan medföra att du kan fortsätta arbeta trots din sjukdom. T.ex. arbetstekniska förändringar eller förändrade arbetsuppgifter.

Kan du promenera 1 timme i sträck?	Ja	Nej
Kan du utföra vanligt hushållsarbete under 1 timme?	Ja	Nej
Kan du utföra veckoinköpen?	Ja	Nej
Trivs du på ditt arbete?	Ja	Nej
Vill du fortsätta med ditt arbete?	Ja	Nej
Upplever du dig efterfrågad på ditt arbete?	Ja	Nej
Finns det konflikter på ditt arbete?	Ja	Nej
Finns det andra faktorer än sjukdom som påverkar dina möjligheter att arbeta?	Ja	Nej

Skulle du kunna tänka dig

Att byta arbete?	Ja	Nej
Att flytta?	Ja	Nej
Att utbilda dig?	Ja	Nej
Att starta eget?	Ja	Nej
Att deltidsarbeta?	Ja	Nej

Familjesituation:

Boende:

Fritidsintressen:

Alkoholvanor:

Hur många "glas" har du druckit sista veckan ?

Med "glas" menas:



66 cl lättöl, eller
33 cl starköl/cider,
eller 50 cl folköl



10-15 cl vin, eller
8 cl starkvin



4 cl starksprit

Glas

Hur ofta dricker du mer än 4 "glas" (kvinna) alt. 5 "glas" (man) ?

- Aldrig
- > 1 gång/mån
- Varje månad
- Varje vecka
- Nästan dagligen

Kostvanor

Fyll i de alternativ som stämmer för dig:

- Jag äter godis, choklad, chips, glass, läsk, kaffebröd högst 1 gång/veckan.
- Jag äter fet fisk (sill, lax, makrill) varje vecka.
- Jag äter minst två frukter varje dag.
- Jag äter minst en portion grönsaker varje dag.
- Jag använder mest magra pålägg.
- Jag använder mest olja i matlagningen.

Tobaksvanor

Använder ej tobak.	
Antal år som jag använt tobak?	
Antal rökta cigaretter/dag	
Antal snusportioner/vecka	
Antal gram piptobak/vecka	

Sömn
Hur nöjd är du med din sömn?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nöjd Missnöjd

Stress-Återhämtning
Utöver sömnen, tycker du att du får tillräckligt med vila/avkoppling?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ja, definitivt Nej, långt ifrån
tillräckligt

1. Är du nöjd med dina levnadsvanor?
 Ja
 Nej

2. Är det något du skulle vilja förbättra?
.....

3. Hur kan du själv påverka din hälsa i positiv riktning?
.....

4. Vad skulle du behöva för hjälp/stöd från oss här på
vårdcentralen avseende dina levnadsvanor?
.....
.....

5. På vilket sätt tror du din könstillhörighet påverkar din hälsa
och/eller förmåga att återhämta dig?
6.

Tack för att du tagit dig tid att besvara alla våra frågor!

Bilaga 3 Rehabiliteringsplan

Rehabiliteringsplan

Namn	Datum
Personnummer	Diagnos
Sjukskriven fr.o.m.	Sjukskriven t.o.m.

Planering

Arbetsterapeut
Sjukgymnast
Samtalsbehandlare
Läkare
Psykosociala teamet
Remisser
Företagshälsovård
Försäkringskassan
Arbetsförmedlingen

Uppföljning

Övrigt

Bilaga 4 Rehabiliteringsutvärdering

Rehabiliteringsutvärdering

Var vänlig och hjälp oss förbättra vårt Resursteam genom att svara på några frågor om den behandling som du har fått. Vi är intresserade av dina ärliga svar, oberoende av om de är positiva eller negativa. *Var vänlig och besvara alla frågor.* Vi välkomnar också dina kommentarer och förslag. Tack så mycket, vi uppskattar verkligen din hjälp!

SÄTT EN RING RUNT DINA SVAR

1. Hur bedömer du kvalitén på de rehabiliteringsinsatser du har fått?

Utmärkta Bra Måttliga Dåliga

2. Fick du den typ av rehabiliteringsinsatser som du önskade?

Nej, definitivt inte Nej, egentligen inte Ja, i stort sett Ja, definitivt

3. I vilken utsträckning har du följt din rehabiliteringsplan?

*Följt hela Delar av pla- Lite av planen Inget av pla-
planen nen har följts har följts nen har följts*

4. Tycker du kontakten med Resurssamordnaren varit tillräckligt tillgänglig?

Nej, definitivt inte Nej, det tycker jag inte Ja, det tycker jag Ja, definitivt

5. Har rehabiliteringsinsatserna du har fått hjälpt dig att på ett bättre sätt handskas med dina problem?

*Ja, de har Ja, de har Nej, de har Nej, de ver-
hjälpt en hel hjälpt till viss egentligen inte kar ha gjort
del del hjälpt det värre*

6. Totalt sett, hur tillfredsställd är du med den rehabilitering du har fått?

*Mycket till- Till största Likgiltig eller Helt otillfreds-
fredsställd delen tillfreds- något otill- ställd
ställd ställd fredsställd*

7. Hur upplever du vårdcentralens bemötande av dig som patient?

Utmärkt Bra Måttligt bra Dåligt

8. Egna tankar som kan utveckla vårt rehabiliteringsarbete vid sjukskrivning.

Bilaga 5 Risklista vid sjukskrivning

Risklista vid sjukskrivning

När man står inför ett sjukfall där man tänker sig att tillståndet kan bli långvarigt och även möjligen ge arbetsoförmåga och därmed risk för sjukskrivning så är det viktigt att tidigt få fram en så tydlig sjukhistoria som möjligt.

Beakta noggrant sjukhistoria kring olika tänkbart negativa sociala faktorer.

Exempel är:

- Eget eller närståendes missbruk
- Våld i nuvarande eller tidigare relation
- Konflikter på arbetsplats eller mot myndighet
- Genomgången separation eller ensamhet
- Svår sjukdom eller död hos nära anhörig
- Dålig ekonomi
- Arbetslöshet

Var observant på multisjuklighet och försök skilja upp de olika sjukdomstillstånden.

Exempel på sjukdomar:

- Kroniska värk- och smärttillstånd
- Tillstånd efter skada
- Övervikt
- Tarmsjukdomar
- Psykisk ohälsa
- Utmattningssyndrom

Vid genomgång har vi sett att dessa faktorer bidragit till ökad sjukskrivning och även en försvårad rehabilitering efter sjukdom samt därmed återgång i arbete efter sjukskrivning. Särskilt tydligt har påverkan av dessa faktorer varit hos kvinnor.

Var noga i journaldokumentationen.

Tänk på vikten av tidig hänvisning till sjukgymnast, arbetsterapeut och samtalsbehandlare.

Läs och följ vårdcentralens sjukskrivningspolicy.

Bilaga 6 Policydokument

Policydokument för sjukskrivning vid Kolmårdens vårdcentral

Övergripande mål:

- Sjukskrivningsprocessen ska vara jämställd och ändamålsenlig.
- Läkarna på Kolmårdens vårdcentral är nöjda med sina sjukskrivningar.

Delmål:

- Hög försäkringsmedicinsk kompetens i läkargruppen, kunskap om rehabiliteringskedjan och arbetsgivarens ansvar.
- Medvetenhet om nytta respektive risk med sjukskrivning som behandling samt att vara särskilt uppmärksam när sjukskrivningar inleds.
- Hög kunskap om hur män och kvinnor bemöts, bedöms samt behandlas i samband med sjukskrivningsprocessen.
- Kunskap om mäns våld mot kvinnor.
- Kunskap om hur missbruk kan bidra till försvårad rehabilitering vid sjukskrivning.
- Patienten ska vara delaktig i sin rehabiliteringsplan.

Specificerade mål:

- Att aldrig känna sig tvungen att sjukskriva. Tidsbrist eller patientens krav ska inte styra.
- Möjlighet att rådgöra med kollega.
- Större andel av sjukskrivningarna bör ske på deltid.
- Retroaktiva sjukskrivningar utfärdas bara i undantagsfall, t.ex. då patienten ej har kunnat beredas tid.
- Inte sjukskriva då egen sjukanmälan räcker.
- Arbetslösa sjukskrivs bara efter särskilt övervägande.
- Sjukskrivningar per telefon endast i undantagsfall.
- All statistik ska redovisas könsuppdelat.

För att nå målen:

- Patienter sjukskrivna mer än 28 dagar ska anmälas till resursteamet.
- Tidig hänvisning till sjukgymnast och arbetsterapeut samt ställningstagande till samtalsbehandling. Viktigt att dokumentera detta i journalen.
- Patient ska besvara blanketten ”Frågor att besvara inför eventuell sjukskrivning” så snart som möjligt och allra senast inom en månad. ”Mina Levnadsvanor” och MADRS lämnas samtidigt via resurssamordnaren.

Målsättningen med rehabilitering och sjukskrivning ska vara dokumenterad i journalen vilket underlättar för kollegor och sjuksköterskor i telefonrådgivningen.

En gång per termin utbildning och kollegial diskussion kring försäkringsmedicinska frågor, policydokument och enskilda ärenden.

- Fungerande kontakt med försäkringskassan genom samarbete i resursteamet.
- Återkommande utbildningsinslag om sjukskrivning även för annan personal.
- Alla nyanställda läkare ska delges vårdcentralens sjukskrivningspolicy.
- Ej patientansvarig läkare sjukskriver maximalt två veckor, snar kontakt med ordinarie läkare.
- AT-läkare och ST-läkare ska inte sjukskriva mer än högst en månad utan att rådgöra med handledare/ordinarie distriktsläkare (vilket kan ske via resursteamet).
- Aktivt använda Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Finns på LISA.

Råd:

- Kom ihåg FHV.
- Försök ha kvar patienten på jobbet under sjukskrivningen. Helst deltid även under utredningen.
- Snabbt avstämningsmöte.
- All sjukskrivning ska vara aktiv; passiv sjukskrivning föder ohälsa.
- Vid befarad sjukskrivning över fyra veckor bör patienten rutinmässigt screenas för alkoholberoende.
- Kartlägg och analysera med "genusglasögon". Genusfråga: om patienten hade haft andra könet, vad hade vi sagt och gjort då?
- Beakta mäns våld mot kvinnor. Våga se, våga fråga!
- Ta hänsyn till faktorerna i risklista vid sjukskrivning.

Kolmårdens vårdcentral

Christin Källström
Verksamhetschef

Gunnar Mårdén
Medicinskt ansvarig läkare

David Ring
Samtalsbehandlare
Resursteamet

Kjell Olofsson
Läkare
Resursteamet

Lotta Wall Nilsson
Sjukgymnast
Resursteamet

Iréne Pettersson
Arbetsterapeut
Resursteamet

Bilaga 7 Värk/smärtproblematik för hänvisning

**Värk/smärtproblematik för hänvisning till
paramedicinare**

Kroppsdel	Sjukgymnast	Arbetsterapeut
Huvud	Spänningshuvudvärk Migrän	
Nacke	Nackbesvär, med/utan utstrålning	
Axel/Skuldra	Impingement Frozen shoulder Tendinit Bursit Muskelskada Artros Distorsion/fraktur	
Armbåge	Epicondylit Distorsion/fraktur	Epicondylit Ulnarisen- trapment
Handled		Carpaltunnel, preop och postop Artros Tendinit Over-usesyndrom Hand- ledssmärta Distorsion/fraktur
Tumme		De Quervain Tumledsartros
Hand/Fingrar		Artros Triggerfinger Senskador Heberdens knutor Distorsion/fraktur

Rygg	Thoracalrygg Lumbalrygg Bäckenledbesvär, med/utan utstrålning	
Höft	Artros Trokanterit Muskelbesvär Ledvärk	
Knä	Artros Meniskskada Ligamentskada Knäsmärta Distorsion/fraktur	
Fot	Plantarfascit Fotbesvär Hälsena Artros Distorsion/fraktur	
Övrigt	Fibromyalgi Myalgi Osteoporos Ledvärk Generaliserad smärta Yrsel Funktionsbedömning TIPPA (test instrument for profile of physical ability)	Ledvärk Generaliserad smärta Artros Ergonomiska råd Hjälpmiddel Funktionsbedömning Aktivitetsbedömning OCAIRS (occupational circumstance assessment interview and rating scale) WRI (the worker role interview) WEIS (the work environment impact scale) POP (assessment of pain and occupational performance) Kognistat NKSU (the neurobehavioral cognitive status examination) ADL-taxonomin (activities of daily living) Bostadsanpassning

Bilaga 8 Checklista för läkare

Checklista för läkare vid sjukskrivning av patienter 18-65 år

Kön, sjukskrivande läkare

- kvinna
 man

Kön, patient

- kvinna
 man

Patientens diagnos, anges enligt ICD-10 prim

- F-diagnos kod:
 M-diagnos kod:
 R-diagnos kod:
 Annan diagnos kod:

Informeras om resursteamet på Vårdcentralen?

- Ja
 Nej

Hänvisats till

- Sjukgymnast
Arbetsterapeut
Samtalsbehandlare
Psykosociala teamet
Annan medicinsk utredning Vilken:
Annan specialist Vilken:

Har du tagit upp frågor om **Ja** **Nej**

- Alkohol
Hot och våld
Fysisk aktivitet och träning
Sociala faktorer

Aktuellt intygs-/sjukskrivningsort och längd

Ny sjukskrivning Förlängning

- <2 veckor 2-4 veckor 5-12 veckor 13-24 veckor >24veckor

Skulle du resonerat annorlunda om patienten varit av motsatt kön?
Ja Nej

Känner du dig nöjd med din handläggning av denna sjukskrivning?
Ja Nej

Kommentarer:

Skurup vårdcentral – Slutrapport

Syfte med deltagandet i projektet

Det övergripande syftet är att sjukskrivningsprocessen är rätt, lagom och säker och svarar mot både kvinnors och mäns villkor och behov. En sjukskrivningsprocess utan diskriminering utifrån kön.



Christel Nilsson, Marita Nilsson, Kerstin Jigmo,
Lena Alvlilja och Johanna Aminoff

Teammedlemmar:

Kerstin Jigmo, läkare, kontaktperson, kerstin.jigmo@skane.se

Christel Nilsson, sjukgymnast, christel.j.nilsson@skane.se

Åsa Magnusson, psykolog, asa.a.magnusson@skane.se

Lena Alvlilja, arbetsterapeut, lana.x.alvlilja@skane.se

Johanna Aminoff, arbetsterapeut och administratör, johanna.aminoff@skane.se

Marita Nilsson, försäkringskassan, marita.nilsson@forsakringskassan.se

Sammanfattning

Vårdcentralen har sedan flera år systematiskt arbetat med att se risker och möjligheter med sjukskrivning. Arbetssättet med teamarbete i så kallat resursteam, där läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, psykolog och en representant för försäkringskassan träffas regelbundet var det första steget. Det andra steget blev att gemensamt arbeta fram riktlinjer/policy vid sjukskrivning. Resursteamet blev i och med detta en prioriterad arbetsuppgift för alla anställda på vårdcentralen och ett utmärkt stöd för läkare.

I samband med genomgång och analys av den könsuppdelade statistiken noterade vårdcentralen att förutom att få en rätt, lagom och säker sjukskrivning behövde personalen även kunskap om hur vi ger både män och kvinnor individuellt bemötande, behandling och rehabilitering och undviker genusbias.

Genom att systematiskt analysera sjukskrivna patienter med s.k. genusglasögon och ställa tvärtomfrågan, dvs. hade du tänkt annorlunda om patienten hade haft ett annat kön, har vi funnit en handfull risker så att vi ständigt behöver tänka tvärtom.

Familjesituationen kan ofta bli ett hinder för kvinnan. Barnen blir kvinnans bekymmer och ansvar. Mannen tillfrågas sällan och journalanteckningar om detta saknas ofta.

Våld är en stor riskfaktor vid långtidssjukskrivning, speciellt för kvinnor. Vi noterar en rädsla för dessa frågor hos vårdpersonalen. Vi måste våga se och våga fråga rutinmässigt vid alla sjukskrivningar. Vi har infört det.

Det tredje är riskbruk, alkohol, där vi noterar behovet av att alltid våga fråga. Det är mer skamligt för kvinnor och vi frågar inte dem lika ofta som männen. För att göra det till rutin frågar vi numera alla samt gör regelmässigt provtagning efter fyra veckor.

Vi noterar att kvinnor oftare sjukskrivs för psykiska eller psykosomatiska besvär och att livets bekymmer, s.k. medikalisering, inte är en ovanlig orsak till sjukskrivning. Männen får dock en mer somatisk inriktning på sina åkommor. Vi ser också att männen har svårare att visa sina psykiska besvär, vilket leder till att vi har svårt att diagnostisera mäns depressioner. Inriktningen på diagnosen styr nästa steg, behandling samt rehabilitering.

Sist noterar vi att rehabiliteringsplanerna kan te sig olika. Män får tidigare remisser till sjukhus, mer stöd och hjälp av sina arbetsledare och mer stöd i återgång till arbete via försäkringskassan. Kvinnor får sämre stöd och får vänta längre vid remittering. Kvinnor rehabiliteras utifrån sin sociala situation, män utifrån sin arbetssituation.

Vårt arbetssätt med att i dessa områden alltid tänka tvärtom tror vi på sikt kan påverka vårt sjukskrivningsmönster. Vi tror även att det förs över på andra områden i vården. Har man en gång satt på sig "genusglasögon" är det svårt att ta av sig dem igen.

Arbetsättet kommer att ligga till grund för Region Skånes vidare arbete och är en del i ett större sammanhang, likabehandling, där kön är en del.

Bakgrund

Området 2008

14 784 invånare i Skurup varav 7 392 män och 7 392 kvinnor

Två vårdcentraler, en privat och en offentlig samt en läkare som arbetar på taxa.

Vårdcentralen (VC) Skurup har 9 000 listade patienter, vårdcentralens rehabiliteringspersonal bestående av sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och psykolog servar hela kommunen.

28 981 besök

39 anställda, 34 kvinnor och fem män

4,5 läkartjänster varav tre kvinnor

Sjukskrivningsarbetet

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Sveriges Kommuner och Landsting har träffat en överenskommelse med staten för att minska de ökade sjukskrivningarna. Åtgärder ska genomföras inom hälso- och sjukvården för att utveckla sjukskrivningsprocessen och ge frågan högre prioritet. Det är ett viktigt arbete som ska göra det bättre för patienterna genom att undvika långa, passiva sjukskrivningar som kan leda till sämre hälsa och göra att det blir svårare att börja arbeta igen.

Det stora antalet sjukskrivna är ett allvarligt samhällsproblem, förknippat med mänskligt lidande och stora samhällsekonomiska kostnader.

Lika tillgång till vård och behandling för män och kvinnor utifrån hälsorelaterade behov, rätt diagnos och bedömning av arbetsförmåga, behandling och rehabilitering i hälso- och sjukvården bidrar till att patienter återfår funktion och arbetsförmåga vilket gagnar såväl individen som samhället.

Kvinnors sjukfrånvaro är i relation till mäns sjukfrånvaro hög. Bristande jämställdhet och mäns våld mot kvinnor är en tidigare förbisedd orsak till kvinnors högre ohälsa. Likaså finns det skillnader i väntetider mellan kvinnor och män respektive äldre och yngre.

Det finns undersökningar som visar att män och kvinnor inte bedöms lika i vården. I stället för en individuell bedömning möter hälso- och sjukvården patienten utifrån föreställningar om kön.

Region Skånes ansats är att sjukskrivningsprocessen ska vara rätt, lagom och säker och svara mot både kvinnors och mäns villkor och behov. En sjukskrivningsprocess utan diskriminering utifrån kön.

Med **rätt** avses en medveten del av behandlingen, på rätt indikatorer enligt nationella/lokala riktlinjer och vårdprogram och med bra underlag genom samverkan. **Lagom** betyder individuellt anpassad både till längd och grad och en möjlighet att ut- och omvärdera. **Säker** betyder att det finns en plan för nedtrappning/återgång till arbete eller plan för rehabilitering, sjuk- eller aktivitetserättning eller annan åtgärd. Patientens livsstil, kost och motion beaktas. En tidig samverkan mellan vården, arbetsgivaren och Försäkringskassan är viktig i kombination med en god dokumentation och ingen onödig väntan.

Utifrån detta blev medarbetare på vårdcentralen i Skurup intresserade av att delta i Sveriges Kommuner och Landstings satsning Jämt sjukskriven. Frågor ställdes utifrån arbetet i resursteamet. Gör vi rätt? Arbetar vi säkert? Har vi trots ett medvetet arbetssätt kontroll på vår statistik och det riktigt viktiga, får patienter oavsett kön vård på lika villkor?

Resursteamet

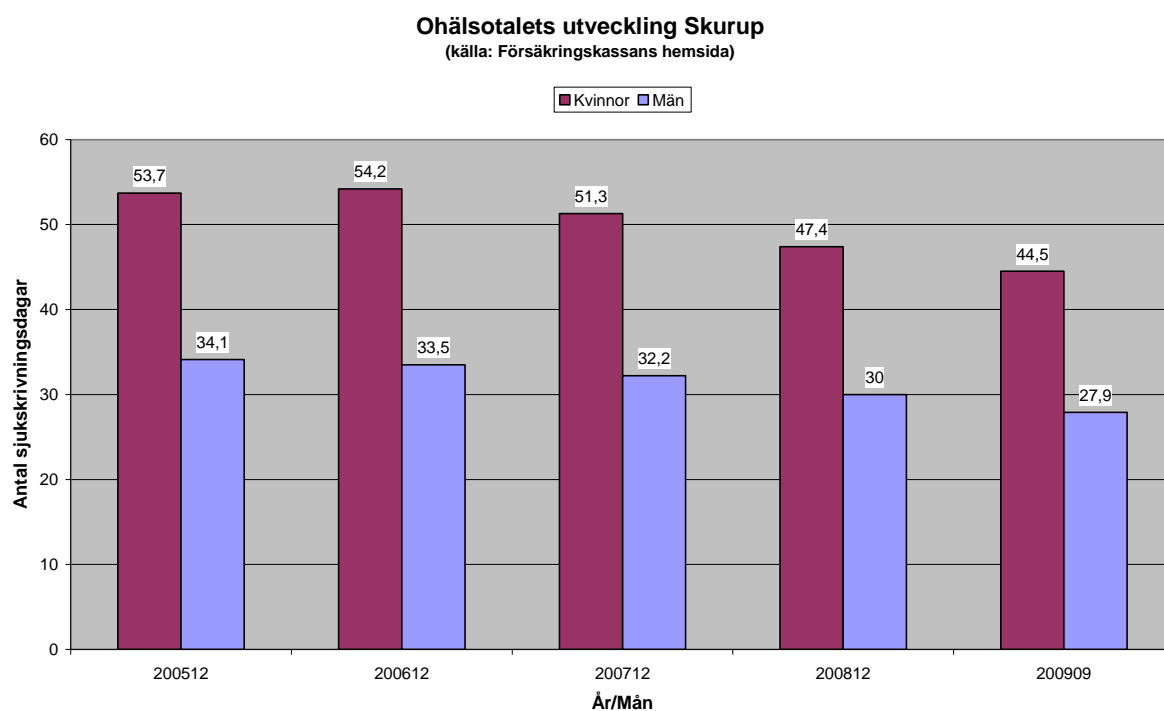
Resursteam har funnits sedan 2002 och träffas en gång i veckan. Alla patienter som är sjukskrivna över 28 dagar anmäls till teamet som består av läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog, kurator samt en representant från Försäkringskassan och en gång i månaden en person från Arbetsförmedlingen. Ansvarig läkare och behandlande personal tillkommer och föredrar sin patient. Resursteamets uppgift är att samordna och förkorta sjukskrivningsperioden samt att i samråd med alla olika aktörer hitta optimala rehabiliterings- och behandlingsinsatser för patienten. Resursteamet är ett stöd för behandlande läkare och övriga professioner kring patienten.

Inför resursteamsmötet har läkaren ett entimmes förberedande möte med patienten där de gemensamt går igenom patientens sjukhistoria, riskfaktorer samt friskfaktorer. Patienten får fylla i formulär: Frågor inför sjukskrivning, Livsstilsenkät och EQ-5D (se Bilaga 2) inklusive Linton vid smärta.

På team-mötet skapas förslag på vårdplan/rehabplan med mål och delmål för patienten efter det som har kommit fram. Avstämningsmöte och uppföljningsmöte planeras.

Som stöd för sitt arbete har medarbetarna ett policydokument (Bilaga 1) för sjukskrivningar som upprättades 2007 och revideras årligen. Policydokumentet är ett lednings- och styrdokument som syftar till att göra sjukskrivningsprocessen rätt, lagom och säker och att göra läkaren nöjd och trygg med sina sjukskrivningar. Särskilt noteras stöd till utbildningsläkare och påpekandet att inte slentrianmässigt sjukskriva per telefon. Sjukskrivningsfrågan är på så sätt en prioriterad uppgift på vårdcentralen. För alla!

Ohälsotal



Ohälsotal (Ohälsotalet är ett mått på utbetalade dagar med sjukpenning och arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjukersättning)

2005 - 43,7 dagar/försäkrad

2006 - 43,7 ” ”

2007 - 41,7 ” ”

2008 - 38,7 ” ”

Sjukskrivningsstatistik Resursteam (sjukskrivna över 28 dagar)

2002 september - 2003 augusti	74 pat.	} 228 pat. (164 kvinnor, 64 män)
2003 september - 2004 augusti	71 pat.	
2004 september - 2006 januari.	83 pat.	
2007 januari - december	39 pat. (20 kvinnor, 19 män)	
2008 januari - december	32 pat. (26 kvinnor, 6 män)	
2009 januari - november	36 pat. (25 kvinnor, 6 män)	

Åren 2002 och 2003 är tidsperioden tolv månader att jämföras med 2004 då perioden omfattar sexton månader.

Minskningen av antalet patienter i resursteam sedan 2007 kan ha samband med att ett policydokument upprättades och ett aktivt arbete genomfördes för en aktiv sjukskrivningsprocess. Alla yrkeskategorier involveras, inte enbart läkare.

Totalt antal medicinska underlag 2008

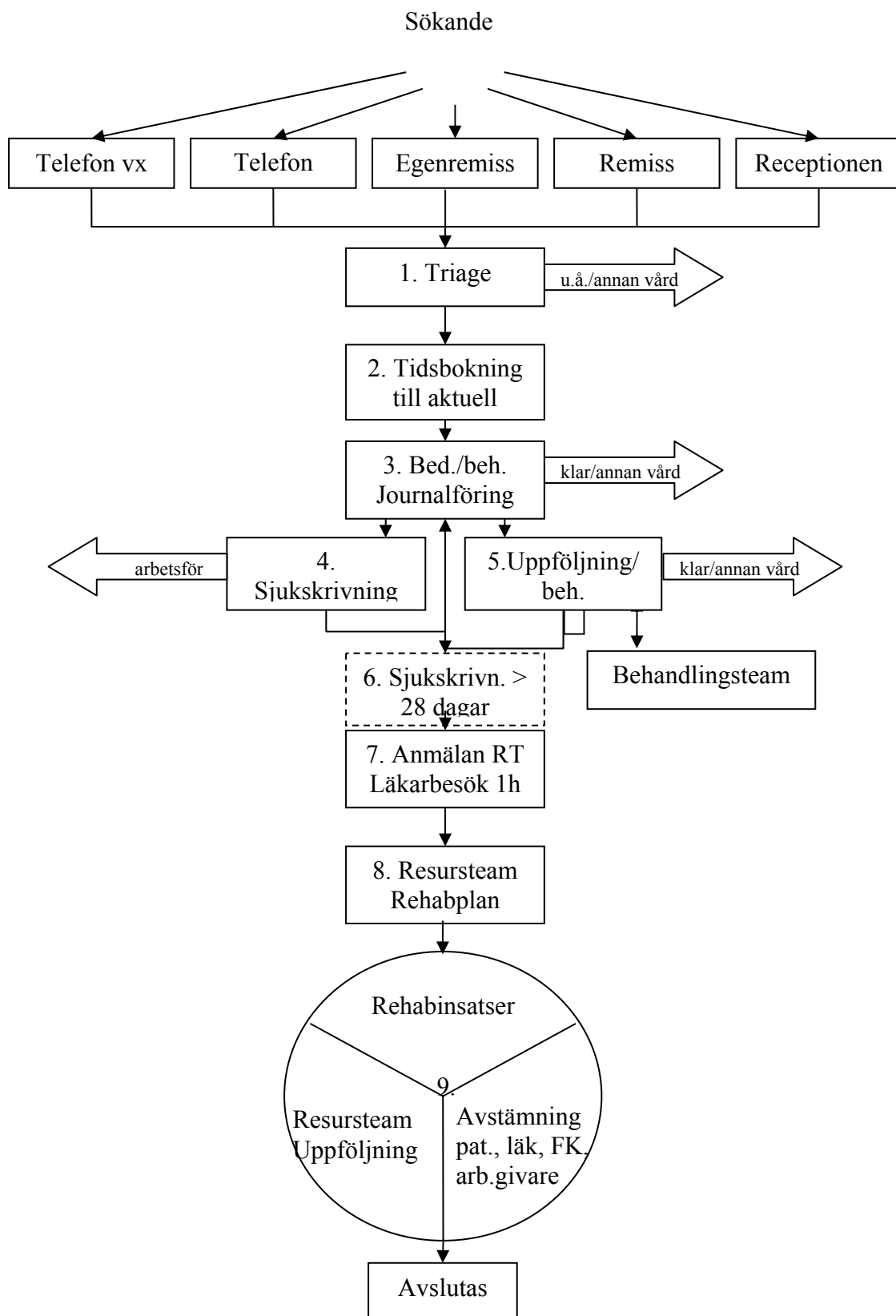
1/1 - 31/3 - 118 sjukintyg (73 kvinnor, 45 män)

1/4 - 31/12 - 257 sjukintyg (158 kvinnor, 99 män)

Sjukfallskartläggningen

Försäkringskassan i Skåne har under tre år gjort mätningar en dag varje år och sjukskrivning över 59 dagar, för att följa mönster och trender i sjukskrivningsmönstret. Vid mätningen 1/12 2008 visade det sig att VC Skurup hade totalt 19 sjukskrivna patienter (16 kvinnor, 3 män) och 12 av dessa var sjukskrivna på heltid. Tio av de sexton kvinnorna var helt sjukskrivna att jämföras med två av tre män. Denna statistik ledde fram till en viktig kunskap och skapade intresse för deltagande i Jämt sjukskriven.

Sjukskrivningsprocessen



Förklaring till patientprocessen ovan

1. **Triage** = Sortering till yrkeskompetens, prioritering kan göras av alla yrkeskompetenser, tid bokas för patienten.
2. **Tidsbokning** för aktuell kompetens (läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog, kurator, sköterska).
3. **Bedömning** och eventuell **behandling** görs av den aktuella kompetensen efter anamnes.
Frågeformulär Linton görs på patienter med smärttillstånd.
4. **Sjukskrivning** kan bli aktuell, där läkare tar anamnes, gör en bedömning och ställer diagnos. Hänsyn tas till de nationella beslutsstöden.
5. **Uppföljning** kan ske av var och en av yrkeskompetenserna men även multimodalt vid behov. Ett multimodalt team består av läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och psykolog.
6. Vid risk för **sjukskrivning över 28 dagar** finns riktlinjer och en handlingsplan som ska följas.
7. För patienter med stor komplexitet bokar läkaren ett entimmes besök, en **anmälan** görs **till resursteam (RT)**, patientens medgivande inhämtas för teambedömning, frågeformulär ifylls av patienten (EQ-5D, Mina levnadsvanor, KASAM). (Bilaga 3 och 4.)
8. **Resursteam** bestående av ett multimodalt team koppas in, där Försäkringskassans representant deltar regelbundet och Arbetsförmedlingens en gång per månad. I resursteamet presenteras patienten av läkaren utifrån följande
 - läkarens uppfattning om tillstånd och prognos
 - patientens uppfattning om tillstånd och prognos
 - sammanfattning av bedömningsinstrumenten, vad ska beaktas
 - övriga teammedlemmars reflexionerDärefter gör läkaren och teamet en gemensam bedömning/planering och läkaren återkopplar till patienten.
9. Rehabinsatser – avstämningsmöte – uppföljning enligt plan.

Identifierade risker

Under processen och lärandet har teamet identifierat vissa skillnader och risker kopplade till genus som ligger till grund för det fortsatta arbetet kring förbättringar.

Många frågeställningar uppkom såsom om män och kvinnor får olika bemötande och bedömningar? Hur ser könsfördelningen ut bland dem som kontaktar VC per telefon? Hur ser fördelningen/sorteringen ut vid den första kontakten? Får män och kvinnor olika bedömningar? Vem kommer till vilken kompetens/behandlare? Finns det skillnader i väntetid? Finns det risk för under- eller överbehandling? Finns det risk för medikalisering? Finns det risk för olika behandling, ordinerar olika läkemedel? Olika sjukskrivning för samma symtom? Olika längd i sjukskrivning? Olika diagnossättning? Hur ser beslutsstödet ut kopplat till ett genusperspektiv, är mannen norm? Bidrar resursteamet till en omedveten skillnad inte minst i fråga om familjeförhållanden, droger, alkohol och våld? Fördelas rehabiliteringsinsatserna olika?

För att identifiera risker arbetades ett flödesschema fram som synliggjorde patientprocessen vid kontakt med Skurups vårdcentral. Utifrån detta schema

identifierades troliga risker. Därefter gjordes mätningar av varje yrkesgrupp inklusive en patientenkät om bemötande. Mätningar gjordes under våren 2009. Dessutom gjordes en riskanalys av resursteamet. Vid genomgång av sjukfallen noterades att de flesta faktiskt snabbt blir friska, men då resursteamet kopplas - in efter fyra veckors sjukskrivning - finns det risk för att patienterna fastnar i sjukskrivning, så kontakten är viktig inför den framtida utvecklingen. Riskanalyser gjordes utifrån denna infallsvinkel.

Sammanfattning av riskanalys

(Riskanalys se Bilaga 5)

- **Resursteam:** bemötande utifrån kön är en risk för både män och kvinnor. Sannolikheten är större för kvinnor att få en slentrianmässig bedömning om genuskunskap saknas. Som exempel kan nämnas en patient med tryck i bröstet där kvinnan oftare får en psykisk inriktning på problemet, medan en man får en mer somatisk inriktning med provtagning, EKG. Det finns även risk för att behandlingsplanen görs utifrån kön. Noteras att resursteamets fasta deltagare samtliga är kvinnor.
- **Besök hos läkare:** stor risk noterades. Risk för underdiagnostik för missbruk både hos män och kvinnor. Särskilt skamligt är det med kvinnligt alkoholmissbruk, och därför svårare för läkaren att fråga en kvinna än en man. Underdiagnostik av våld, hot och mobbning. Risk för medikalisering hos kvinnor. Även risk för bedömning utifrån status, speciellt män, dock ej närmare belyst. Risk för slentrianmässig läkemedelsanvändning. Kvinnor får mer läkemedel för psykiska besvär, män kanske för lite.
- **Sjukskrivning med planerade åtgärder:** Risk för slentrianmässig sjukskrivning och åtgärder utifrån kön, exempelvis ryggbesvär där en man lättare får sjukgymnastikbehandling och rehabilitering utifrån ett somatiskt spår, medan kvinnan får frågor om sin sociala situation, sina eventuella psykiska besvär med åtgärder och rehabilitering utifrån detta spår. Risk för längre väntetider för kvinnor, olika beslut om återbesök, sjukskrivningslängd och återgång i arbete.

Genushand

Utifrån riskanalysen och samtidig journalgenomläsning har vi sammanfattat de olika riskmomenten i en handfull problemställningar som man alltid ska ta ställning till.



GENUSHANDEN

Kommentar:

Tumme: Kvinnor tillfrågas om sin familjesituation, men sällan mannen.
Tänk tvärtom: fråga mannen!

Pekfinger: Våld, hot och mobbning är en riskfaktor för långvarig sjukskrivning.
Mäns problem ÄR ETT dolt problem. Våga fråga, våga se!

Långfinger: Somatisk inriktning på männens diagnoser och psykosomatisk på kvinnors.
Stor risk att missa mäns depressioner. Risk för medikalisering hos kvinnan.

Ringfinger: Riskbruk, alkohol mer skamligt för kvinnor. Fråga alltid, gör till rutin
att kolla alla långtidssjukskrivna med prov.

Lillfinger: Män får tidigare specialistremisser och större stöd av arbetsgivaren.
Män rehabiliteras utifrån arbete, medan kvinnor rehabiliteras utifrån sin sociala situation..

TÄNK TVÄRTOM -ALLTID!

Om patienten hade haft annat kön, hade du tänkt annorlunda då?

Mål

1. Alla sjukskrivningar som är eller riskerar att bli mer än 28 dagar ska anmälas och förberedas till resursteamet.
2. En rehabplan ska upprättas vid det första resursteamsmötet med hänsyn till beslutsstödet för sjukskrivning (med FK).
3. En patient hos resursteamet ska granskas med ”genusglasögon” dvs. hänsyn ska tas till genusbias.
4. Patientansvarig resursteamspersonal bestäms.
5. Patientens upplevelse av delaktighet ska följas upp vid avslut i teamet.

Mått

Mål 1: 100 procent av dem som varit sjukskrivna över fyra veckor ska tas upp i resursteamet, både män och kvinnor. Följs via statistikverktyget Quick View av rehabkoordinatör var tredje månad.

Mål 2: 100 procent ska ha en rehabplan, dokumenterad i journalen, där alla yrkeskategorier kring patienten ska vara delaktiga samt informerade.

Mål 3: 100 procent av de nyanmälda ska ha genusgranskats enligt resursteamets formulär. Antal sjukskrivna kvinnor ska jämföras från år till år. Journalgranskning med stickprovskontroll ska göras i november varje år, kontroll av anteckning om familjesituation, våld/hot/mobbning, alkohol. Ska vara lika för män och kvinnor.

Mål 4: 100 procent ska ha en dokumenterad patientansvarig. Rehabkoordinatör kontrollerar var tredje månad.

Mål 5: 100 procent ska ha fått frågan om delaktighet efter avslut i resursteamet. Analys av resultatet bör inte visa skillnad mellan män och kvinnor. Om skillnad har uppmätts ska detta analyseras samt åtgärdas.

Hur görs mätningarna?

För att i början av projektet komma fram till resultat och kunskap om skillnader kopplat till kön arbetade vi fram enkäter för olika yrkeskategorier. Alla enkäter är beräknade på cirka femtio patienter. Det finns en medvetenhet om att underlaget är litet men trots det har man kunnat se vissa mönster.

Risikanalys av resursteamet gjordes av samtliga deltagare i teamet.

Mätningar av mål för 2010:

Var tredje månad hämtas statistik för uppföljning via statistikverktyget Quick View där alla sjukskrivningar granskas utifrån diagnos, kön och antal sjukskrivningsdagar. Rapport till läkaren om patienten inte har anmälts enligt rekommendationerna.

Rehabkoordinatör följer upp målen 2-5 och rapporterar till resursteamet.

Stickprovskontroll med journalgranskning i november varje år.

Uppmätt ojämställdhet

Läkarenkät (Bilaga 2a)

54 patienter fördelat på 31 kvinnor, 23 män

- Könsfördelningen är något jämnare här (43 procent män, 57 procent kvinnor) än riksfördelningen (70 procent kvinnor, 30 procent män).
- Diagnos Fler män (83 procent) än kvinnor (61 procent) får smärtdiagnos och fler kvinnor (35 procent) än män (13 procent) får en psykisk diagnos.
- Åtgärd Fler män än kvinnor får remiss till lasarett och kvinnor hänvisas oftare till egenvård. Fler kvinnor får läkemedel än män, medan fler män får sjukgymnastik, vilket kan ha ett samband med diagnosen. Män har fler smärtdiagnoser och kvinnor har fler psykiska diagnoser.
- Ålder Kvinnorna som söker läkare är yngre än männen.
- Sjukskrivning De flesta personer av båda könen blir inte sjukskrivna. Av dem som sjukskrivs är andelen kvinnor högre än andelen män.

Distriktssköterskeenkät (Bilaga 2b)

46 patienter fördelat på 46 kvinnor, 20 män

- Könsfördelning Det är flest kvinnor som ringer till distriktssköterskan.
- Diagnos Nästan ingen skillnad mellan män och kvinnor vid diagnosen smärta, däremot ringer fler kvinnor för diagnos kring psykiatriska åkommor.
- Ålder I yngre ålder ringer oftast kvinnor, medan i en ålder över 65 ringer flest män och enbart åtta procent kvinnor.
- Åtgärd Högre andel av männen hänvisas till egenvård. En högre andel av kvinnorna än männen får läkartid.

Sjukgymnastenkät (Bilaga 2c)

46 patienter fördelat på 31 kvinnor, 15 män

- Könsfördelningen motsvarar den vanliga fördelningen mellan män (30 procent) och kvinnor (70 procent).
- Diagnos 100 procent av männen har smärta som diagnos. Av kvinnorna har 87 procent smärtdiagnoser och 19 procent en psykiatrisk diagnos.
- Sjukskrivning Fler kvinnor (16 procent) än män (7 procent) är sjukskrivna.
- Väntetiden är kortare för män än för kvinnor. De får generellt snabbare omhändertagande. Det är fler kvinnor än män som väntar mer än två veckor och fyra veckor på behandling.

Psykosociala teamets enkät (Bilaga 2d)

152 patienter fördelat på 107 kvinnor, 45 män

- **Könsfördelning** Samma fördelning som för sjukgymnastiken.
- **Bedömning** Psykologen och sjukgymnasten bedömer en större andel kvinnor än kuratorn. Utifrån denna kunskap har VC förändrat fördelningen av patienterna till dessa tre yrkeskategorier.
- **Väg in** Kvinnor söker i större utsträckning än män via egenremiss. Trenden har dock börjat plana ut.
- **Väntetid** Männen får oftare tid inom två veckor än kvinnor (26,6 procent mot 20,6 procent för kvinnor). Större andel män erbjuds ingen tid alls.

Arbetsterapeutenkät (Bilaga 2e)

50 patienter fördelat på 38 kvinnor, 12 män

- **Könsfördelningen** är 76 procent kvinnor och 24 procent män.
- **Väg in** Antal egenremisser fördelar sig på 26,3 procent för kvinnor och 25 procent för män. Externa remisser för kvinnor är 23,7 procent och 8,3 procent för män (1 man). En man remitterades av hustrun.
- **Sysselsättning – sjukskrivning** Tio patienter (män) hade arbete och av dessa var en sjukskriven. Av de övriga två hade en arbetsträning och en socialbidrag. Av sex sjukskrivna kvinnor var två utan arbete. Procentuellt hade 68,4 procent av kvinnorna arbete och 83,3 procent av männen. En man och sex kvinnor var sjukskrivna av totalt 50 personer.
- **Väntetid:** 50 procent av kvinnorna och 83,3 procent av männen fick tid inom 1-2 veckor.

Kommentar arbetsterapi Då de flesta patienter kallas per telefon visade det sig att fler av männen var tillgängliga på telefon än kvinnorna.

Generellt bland dem som sökte ödmjukt på ”sin tur”/remitterades till arbetsterapeut: Attityden hos män var att snabbt få hjälp med problemen så att besvären kunde gå över eller att de kunde återgå smärtfria i arbete. Kvinnorna uttalade inte så tydligt dessa attityder/krav/önskemål. De väntade hellre mer.

Försäkringskassan enkät (Bilaga 2f)

14 personer fördelat på 8 kvinnor, 6 män

- **Könsfördelning** Fler kvinnor än män.
- **Åldersfördelning** I åldersgruppen 31-50 år finns fler kvinnor än män, medan i åldersgruppen 51-65 år finns fler män än kvinnor.
- **Arbete** Alla män är anställda; av kvinnorna är 75 procent anställda och någon egen företagare eller arbetslös.
- **Planering** De flesta får medicinsk rehabilitering, resten får arbetslivsinriktad rehabilitering. I båda fallen är det lite fler män än kvinnor. Till avstämningsmötet kallas hälften av kvinnorna men bara 33 procent av männen.

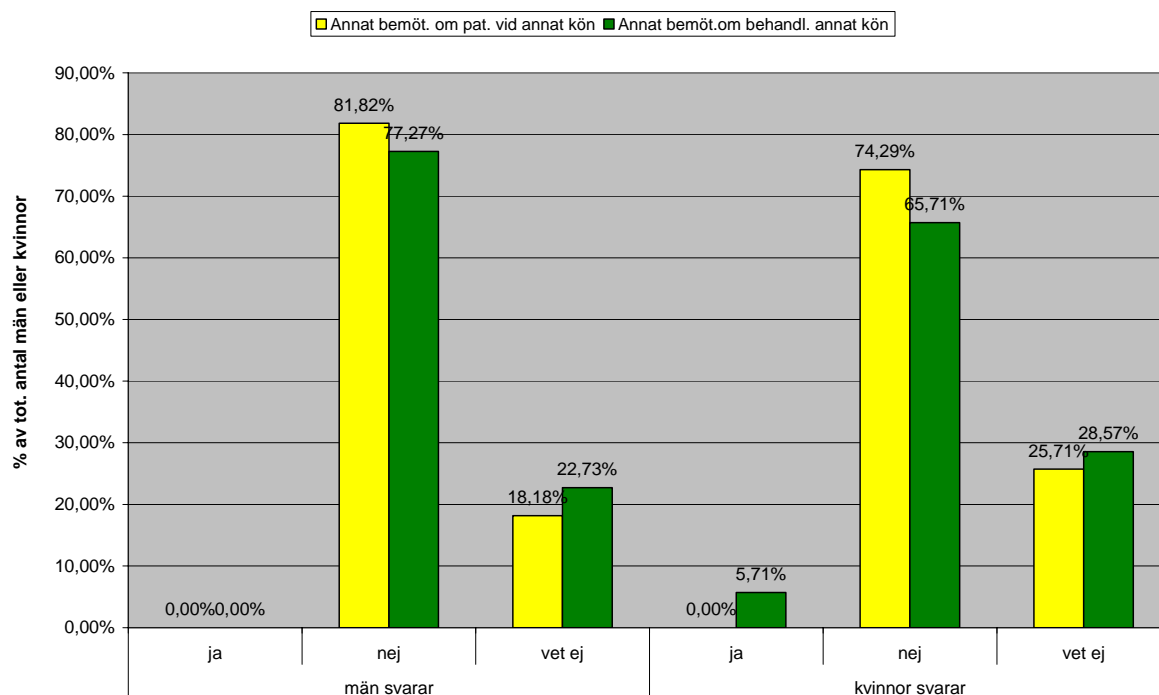
Bemötandenkät

58 patienter fördelat på 36 kvinnor, 22 män

Svaren i enkäten visade ingen större skillnad kopplat till nöjdhet utifrån frågan ”Hur upplevde du besöket på vårdcentralen som helhet?”

Nästan ingen av patienterna tror att de skulle ha blivit bemötta annorlunda om de själva hade varit av annat kön eller om behandlaren hade varit av annat kön. Utifrån frågorna ”Tror du att du hade blivit annorlunda bemött vid besöket om du hade varit av motsatt kön?” och ”Tror du att din behandlare hade bemött dig annorlunda om hon eller han hade varit av motsatt kön?”

Annat Bemötande om patient eller behandlare varit av annat kön?
(Tot. 58 personer: 22 män, 36 kvinnor)



Konsekvenser och analys

Teamet på VC Skurup har i riskanalysen sett risker för olika bemötande av män och kvinnor. Dessutom noteras att de flesta sjukskrivna patienter trots allt tillfrisknar inom fyra veckor.

Teamet införde att vid varje nyanmäld patient ställa **tvärtomfrågan**: Hade behandlande personal och övrig resursteamspersonal gjort annorlunda om patienten hade varit av annat kön?

I samband med detta sker även en kunskapsöverföring och arbetssättet blir på så sätt en lärande process. Syftet är att män och kvinnor ska få ett individuellt mål efter sitt individuella behov och att samtidigt göra den behandlande personalen medveten om risker att göra skillnad mellan genus, vilket bör minska risken för genusbias. Värderingar och mönster analyseras med så kallade *genusglasögon* och återkopplas till samtliga involverade. I processen deltar försäkringskassans representant.

Alla nyanmälda patienter analyserades under maj-november, journalgranskning utfördes.

Sammanfattande kunskap av tvärtomfrågan

- Kommentarer finns på över 90 procent av patientfallen.
- Flera kvinnor med diffus ångest samt diffus smärtproblematik har påtagligt oftare varit utsatta för våld eller hot än vad teamet tidigare trott. Det är ett omfattande men osynligt problem i sjukskrivningsprocessen.
- Teamet har svårare att diagnostisera mäns depressioner, vilket leder till att män får somatiska diagnoser med rehabilitering vald efter detta spår.
- Kvinnor får oftare psykiska diagnoser även om det finns somatiska grunder, med rehabilitering vald efter detta spår.
- Det finns risk för medikalisering av kvinnor, det vill säga att livets bekymmer blir till en sjukdom för kvinnor.
- Män får tidigare remisser till specialistbedömningar och till speciella undersökningar.
- Rehabiliteringsåtgärder fokuseras tidigare och snabbare för män, och arbetsplatsanpassning har en tendens att vara mer vanligt förekommande för män.
- Frågor om droger och alkohol är svårare att ställa till kvinnor.
- Den såkallade fyrfältaren kan vara ett hjälpmedel i diskussionen mellan behandlare och patient för att medvetandegöra mönster.
- Arbetsstättet skapar ett intresse för jämställda sjukskrivningsprocesser hos all inblandad personal.

Teamet tror att **genusglasögon** kan smitta över till andra områden och vårdprocesser som patienten och sjukvårdspersonalen omfattas av.

En sammanställning av kommentarer utifrån patientanalyserna finns i Bilaga 6 (patientfall).

Förändringar som testats

Vårdcentralen har gjort följande förändringar:

- Förändrad policy vid sjukskrivning. Genusgranskad. Bilaga 1.
- Förändrade sjukskrivningsfrågor som också inkluderar frågor om våld och hot. Bilaga 3.
- Förändrat formulär, mina levnadsvanor. Öppnare frågor bl.a. beträffande alkohol. Bilaga 4.
- EQ5D kvarstår.
- KASAM-formuläret har tagits bort, svårigheter att tolka och återge resultatet.
- Tvärtomfrågan ställs i samband med nyanmälda patienter i resursteamet.
- Införandet av fyrfältaren inför sjukskrivningen.
- En patientansvarig för varje patient i resursteamet.
- Könsuppdelad uppföljning av all statistik.
- Medikaliseringsrisk hos kvinnor lyfts.

Resultat

Det förekommer en högre sjukfrånvaro hos kvinnor än hos män bland annat beroende på att det finns genusbias vid bemötande, i behandling samt i rehabilitering. Vården skapar på så sätt ökad ohälsa hos kvinnor. Detta leder till försämrade förutsättningar för återgång i arbete.

Pilotprojektet ska leda fram till att kvinnor och män ska få individuellt bemötande i vården och behandling och rehabilitering i rätt tid.

Arbetsmetoden i projektet Jämt sjukskriven genomförs för all personal på vårdcentralen.

Jämställdhetsansats är att synliggöra och medvetandegöra mäns och kvinnors olika villkor i sjukskrivningsprocessen som grund för en jämställd rehabilitering och därigenom snabbare återgång i arbete för kvinnor. Arbetsättet och kunskaperna som framkommer efter avslutat projekt ska spridas i Region Skåne.

Aktiviteter

- Arbetsplatsinformation - göra alla delaktiga.
- Information om projektet på vårdcentralens intranät - kunna hitta informationen.
- Spridning i Region Skåne till bland annat det försäkringsmedicinska rådet, samordningsgrupper med försäkringskassan och nätverket för sjukskrivning.
- Kontaktpersonen Kerstin Jigmo har som en parallell process fått i uppdrag av projektet ”Förbättrad sjukskrivningsprocess” att utifrån kunskaper från ”Jämt sjukskriven” arbeta fram en handlingsplan för Region Skåne 2010 för genusfrågor vid sjukskrivning.
- Förändrat arbetssätt av resursteamet med genusglasögon.
- Sökt projektmedel från försäkringskassan för kvinnors ohälsa 2010.
- Samverkan med försäkringskassan, tvåpartsavtal med genusglasögon för analys eller åtgärder i samverkan.
- Integrera arbetssättet med likabehandlingspolicy för Region Skåne, en del i ett större sammanhang.

Att arbeta med jämställdhet

Att arbeta för ett individuellt bemötande, vård och rehabilitering är viktigt för patientsäkerheten. Teamet har tagit hänsyn till mäns och kvinnors både olika och lika behov, vilket har varit viktigt. Ur ett patient- och effektivitetsperspektiv är det av stor vikt att teamet gör rätt från början för att slutresultatet ska bli rätt, lagom, säkert och jämlikt. Det har varit mycket bra och givande att få så mycket kunskap som teamet fått och möjlighet att tillämpa kunskapen. Nackdelen har varit att det har varit jungfrulig mark och att man inte har haft någon historik att luta sig mot. Ett stort lärande är att vi alla uppmärksammar könsaspekten och att det finns genusbias i sjukskrivningsprocessen, vilket sannolikt leder till att skapa ohälsa och därigenom inte ger kvinnor och män samma förutsättningar för att komma tillbaka till arbetslivet igen. Arbetssättet gör både män och kvinnor till vinnare.

Så här går vi vidare

Kunskapen från Skurup blir bas i Region Skånes framtida arbete med genus i fråga om sjukskrivningar.

Samverkan med försäkringskassan enligt tvåpartsavtal.

Kontakt har etablerats och ska utvecklas i regionens övergripande arbete med likabehandling vilket innebär att vi motsätter oss beteenden som tar sig uttryck i diskriminering, trakasserier och annan kränkande behandling.



Tänk tvärtom, om patienten hade haft ett annat kön, hade du tänkt/gjort annorlunda?

Bilagor Skurup

Bilaga 1 Policydokument

Policydokument

Övergripande mål

- Sjukskrivningsprocessen ska vara rätt, lagom, säker och jämställd.
- Läkarna på vårdcentralen Skurup är nöjda och trygga med sina sjukskrivningar.

Delmål

- Hög försäkringsmedicinsk kompetens i läkargruppen, kunskap om rehab-kedjan och arbetsgivarens ansvar.
- Medvetenhet om nytta respektive risk med sjukskrivning som behandling och särskild uppmärksamhet när sjukskrivningar inleds.
- Hög kunskap om hur män och kvinnor bemöts, bedöms och behandlas i samband med sjukskrivningsprocessen. Kunskap om mäns våld mot kvinnor.
- Patienten ska vara delaktig i sin rehab-plan.

Specificerade mål

- Att aldrig känna sig tvungen att sjukskriva. Tidsbrist eller patientens krav ska inte styra. Om känslor stör – sjukskriv inte utan sov på saken. Återbesök till en kollega för second opinion.
- Möjlighet att rådgöra med en kollega.
- Större andel av sjukskrivningarna bör ske på deltid.
- Retroaktiva sjukskrivningar utfärdas bara i undantagsfall, t.ex. då en patient inte har kunnat beredas tid.
- Förstadagsintyg utfärdas endast av företagshälsovården eller av en läkare som är speciellt utsedd av arbetsgivaren. Det kan i förekommande fall göras på vårdcentralen med separata avtal.
- Ej sjukskriva då patientens egen sjukanmälan räcker.
- Arbetslösa sjukskrivs bara efter särskilt övervägande.
- Sjukskrivningar per telefon endast i yttersta undantagsfall.
- Tydliggör att 25 procent av sjukskrivningarna ska ha ett slutdatum.
- All statistik ska redovisas könsuppdelat.

För att nå målen

- Patienterna ska fylla i blanketten Frågor att besvara inför eventuell sjukskrivning så snart som möjligt och allra senast inom en månad. Livsstilsenkät och EQ-5D lämnas samtidigt.
- Patienter sjukskrivna mer än 28 dagar ska anmälas till resursteamet och dessförinnan ha haft ett entimmes läkarbesök. I sjukintyget ska skrivas att patienten har bedömts multimodalt.
- Målet med rehabilitering och sjukskrivning ska vara dokumenterat i journalen vilket underlättar för kollegor och sjuksköterskor vid telefonrådgivning.

- Kvartalsvis statistisk feedback angående gruppens och varje enskild doktors sjukskrivningsstatistik med hjälp av rehab-koordinator.
- Två gånger per termin utbildning och kollegial diskussion om försäkringsmedicinska frågor, policydokument och enskilda ärenden.
- Fungerande samarbete med försäkringskassan och arbetsförmedlingen genom resursteamet.
- Återkommande utbildningsinslag om sjukskrivning även för annan personal.
- Alla nyanställda läkare ska delges vårdcentralens sjukskrivningspolicy.
- Ej patientansvarig läkare sjukskriver maximalt en vecka, snar kontakt med ordinarie läkare.
- AT- och ST-läkare ska inte sjukskriva mer än högst en månad utan att rådgöra med handledare eller den ordinarie distriktsläkaren (vilket kan ske via resursteamet).
- Vårdcentralen ska beakta Nationella riktlinjer vid sjukskrivning.

Råd

- Kom ihåg företagshälsovården. Ring annars chefen direkt medan patienten är kvar i rummet. Om chefen inte svarar ge patienten en telefontid.
- Försök att ha kvar patienten på jobbet under sjukskrivningen. Helst deltid även under utredningen.
- Snabbt avstämningsmöte.
- All sjukskrivning ska vara aktiv; passiv sjukskrivning föder ohälsa.
- Vid befarad sjukskrivning över fyra veckor bör patienten rutinmässigt screenas för alkoholberoende (B-PEth) och i förekommande fall bör urinprov tas för drogscreening.
- Kartlägg och analysera med genusglasögon. Genusfråga: Om patienten hade varit av det andra könet, vad hade vi sagt och gjort då?
- Beakta mäns våld mot kvinnor. Våga se, våga fråga!

Vårdcentralen Skurup

Kristina Widebäck
Verksamhetschef

Kerstin Jigmo
Distriktsläkare
Koordinator

Lena Hedin
Sjukgymnast, Resursteamet

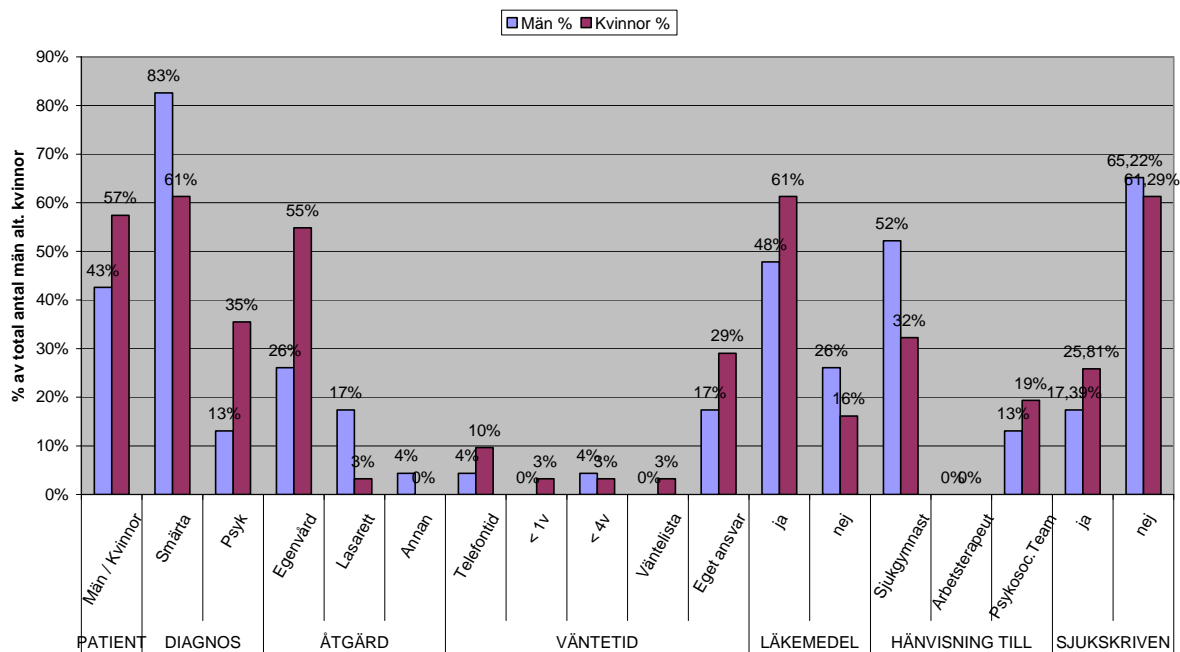
Revideras 2010-09-01

Bilagor 2a-2f Enkätresultat

Bilaga 2a

Läkarenkät

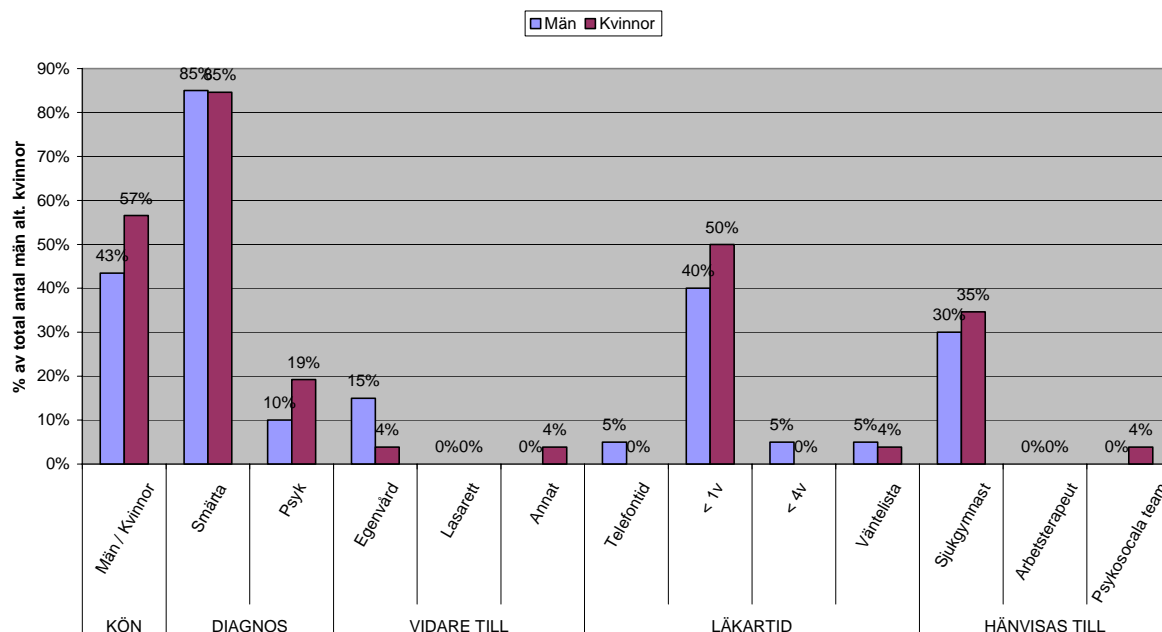
(Total 45 personer: 31 kvinnor, 23 män)



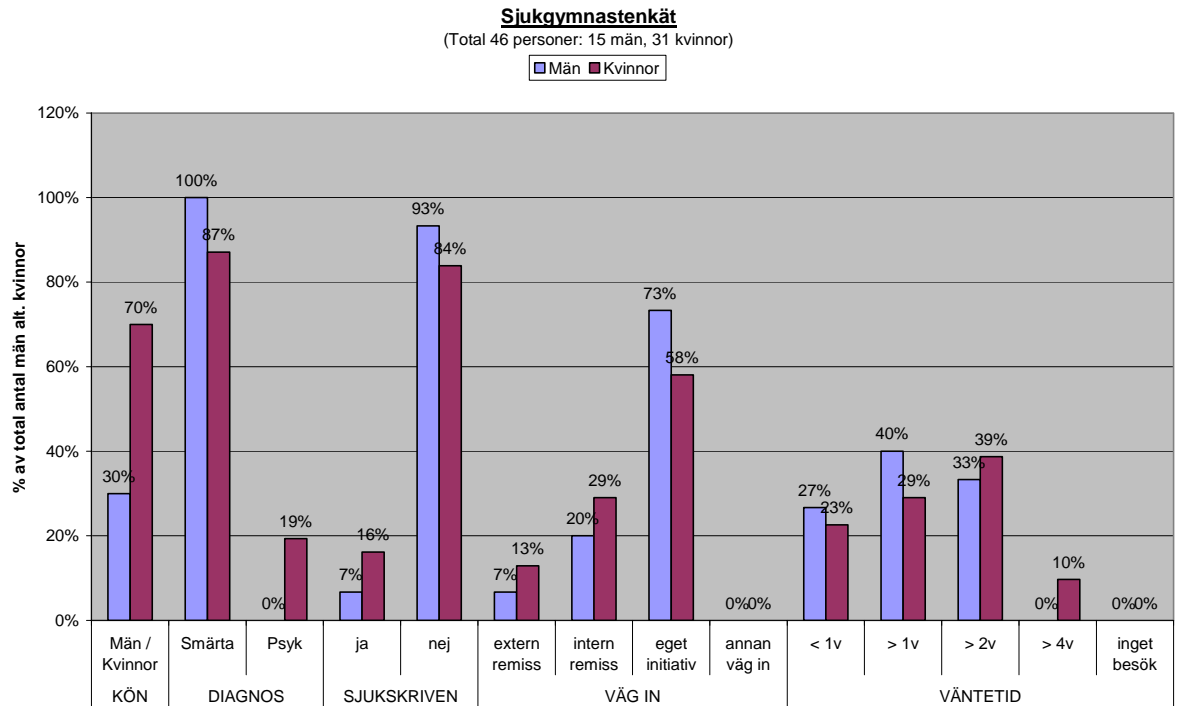
Bilaga 2b

Distriktsköterska Telefonenkät

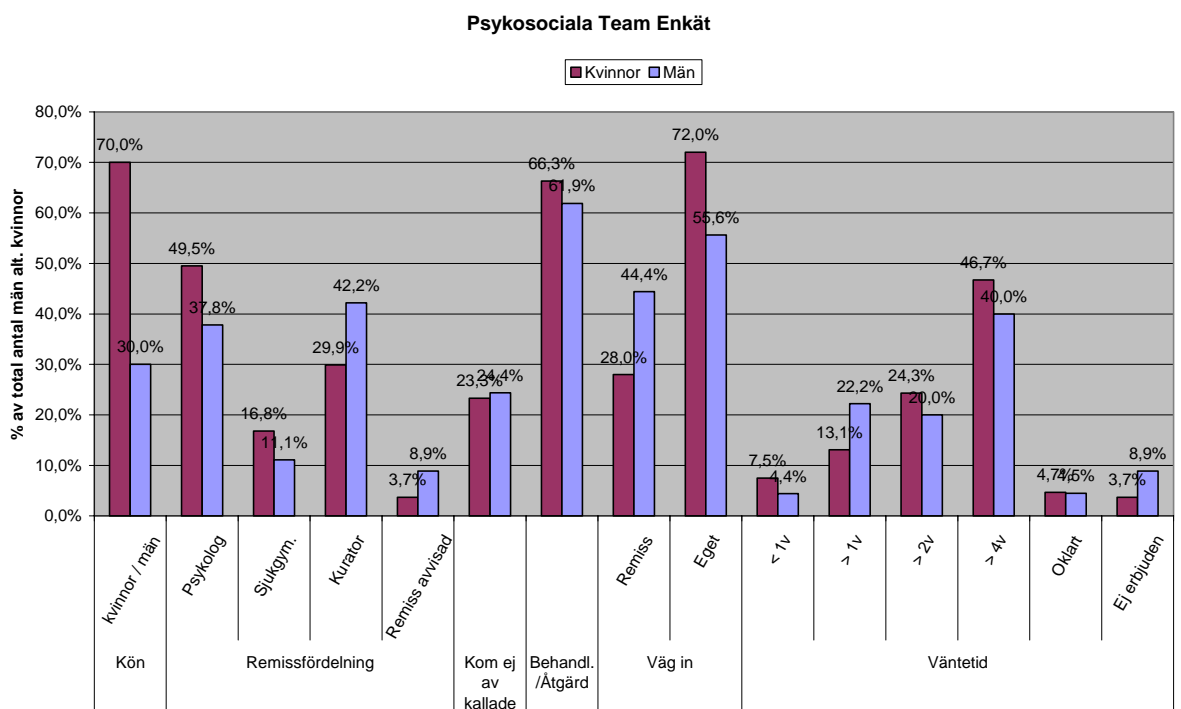
(Total 46 personer: 26 kvinnor, 20 män)



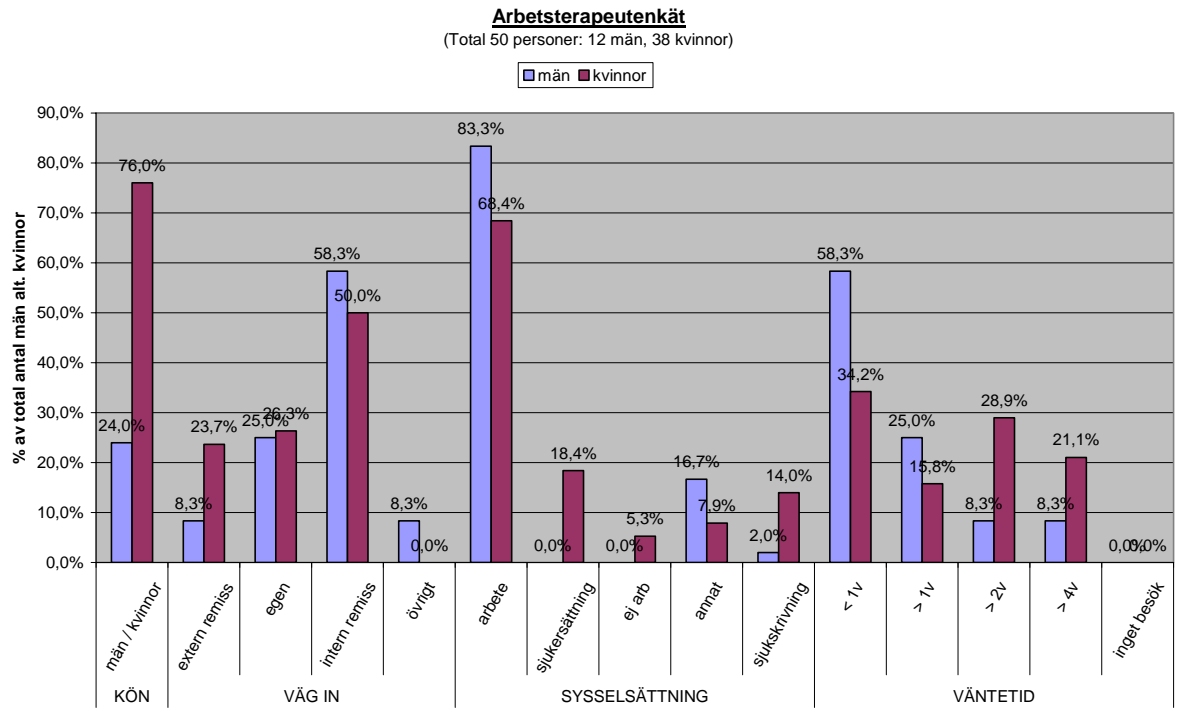
Bilaga 2c



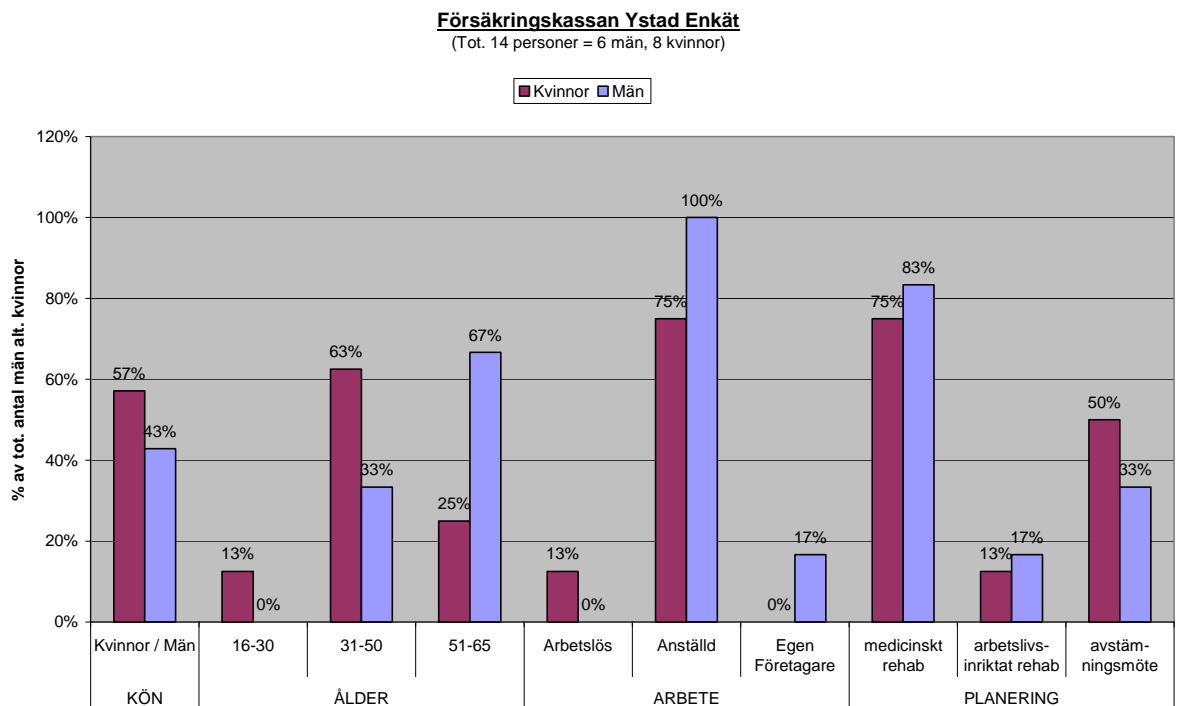
Bilaga 2d



Bilaga 2e



Bilaga 2f



Bilaga 3 Patientenkät

Patientenkät

Datum:



Frågor att besvara inför en eventuell sjukskrivning

Namn:	Personnummer:
Arbetsgivare:	Yrke:
Arbetstider:	Tjänstgöringsgrad: Skift: Ja Nej
Arbetsuppgifter - konkret beskrivning:	
<p><i>Du kan få sjukpenning när arbetsförmågan är nedsatt pga. sjukdom. Nedsatt arbetsförmåga ska i sin tur bero på nedsättning av någon av dina kroppsliga och/eller psykiska funktioner. Värk och smärta innebär t.ex. inte automatiskt en nedsatt funktion eller nedsatt förmåga att arbeta. Det är konsekvenserna av värken eller smärtan som är avgörande för arbetsförmågan. Som vägledning för att klarlägga din rätt till sjukpenning behöver läkaren därför dina svar på nedanstående frågor.</i></p>	

<p>På vilket sätt hindrar sjukdomen dig från att utföra...</p> <ul style="list-style-type: none">• Sittande arbete• Stående/gående arbete• Arbete med armarna• Arbete som kräver koncentration• Arbete i relation till andra• Arbete som ställer krav på beslutsförmåga

Vilka av dina vanliga arbetsuppgifter kan du utföra trots din sjukdom?

Beskriv vilka förändringar på din arbetsplats som kan medföra att du kan fortsätta arbeta trots din sjukdom, t.ex. arbetstekniska förändringar eller förändrade arbetsuppgifter.

Är din arbetsplats ansluten till någon företagshälsovård?
Har någon kontakt med den tagits?

Om du anser dig helt arbetsoförmögen och inte ens kan arbeta två timmar/dag (25 procent), v.g. motivera!

Vardagsfunktioner

Kan du promenera en timme i sträck?

Kan du utföra vanligt hushållsarbete eller lättare arbete under en timme?

Kan du göra veckoinköpen?

Sömn

Kan du sova på natten? Sätt x på linjen.

0-----10
Nej Inga problem

Ytterligare frågor som din läkare kan vilja ta upp om en sjukskrivning blir aktuell.

Trivs du med ditt arbete?

Vill du fortsätta med ditt arbete?

Upplever du dig efterfrågad på ditt arbete?

Finns det konflikter på arbetet?

Har du i något sammanhang blivit illa behandlad fysiskt eller psykiskt?

Har du själv utsatt någon för det?

Vad får din sjukskrivning för ekonomiska konsekvenser?

Finns det andra faktorer än sjukdom som påverkar dina möjligheter att arbeta?

På vems initiativ sker denna läkarkontakt?

Hur ser arbetsmarknaden ut för dig och din kompetens (utbildning/yrkeserfarenhet etc)?

Hur ser du på följande

- Att byta arbete
- Att flytta
- Att utbilda dig
- Att starta eget
- Att deltidsarbeta
- Att få sjukersättning

Vårdcentralen Skurup
2009-08-25

Bilaga 4 Levnadsvanor



Vårdcentralen Skurup

Mina levnadsvanor

Namn: _____ Personnr: _____

Längd: _____ Vikt: _____ Midjemått _____ BMI _____

Ifylls av personalen



Fysisk aktivitet

Hur många dagar i veckan rör du dig motsvarande 30 minuters rask promenad? _____

Vilka motionsaktiviteter har du? _____



Alkohol

Hur ser du på dina alkoholvanor? _____

Tycker någon närstående att du dricker för mycket?



Kost

Hur ser du på dina kostvanor? _____



Tobak

Använder du tobak? ____ Om ja, hur mycket? _____

Har Du tidigare använt tobak? _____

I så fall, under hur många år? _____



Sömn

Hur nöjd är du med din sömn?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Helt nöjd Mycket missnöjd



Stress/återhämtning

Utöver sömnen, tycker du att du har tillräckligt med tid för återhämtning?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ja, definitivt tillräckligt Nej, långt ifrån tillräckligt

Hanterbarhet

Hur tycker du att du idag kan hantera livet i stort?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Mycket dåligt Mycket bra

Hur tycker du att du idag kan hantera dina besvär?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Mycket dåligt Mycket bra

Är du nöjd med dina levnadsvanor vad gäller fysisk aktivitet, alkohol, kost, tobak, sömn och stress?

Är det något du skulle vilja förändra?

Hur kan du själv förändra din hälsa i positiv riktning?

Vad skulle du önska för hjälp eller stöd från oss här på vårdcentralen vad gäller dina levnadsvanor?

Tack för att du har tagit dig tid att besvara alla frågorna!

Bilaga 5 Riskanalys

Riskanalys vårdcentral Skurup

Riskanalyser i olika delprocesser (med förbättrad ”kunskap”)

Delprocess - risker	Allvarlighetsgrad		Sannolikhet		Summa		
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Total
RESURSTEAM							
Slentrianmässiga bedömningar (exempel: <i><u>Fibromyalgi laddat negativ Ryggvärk</u> -> män- sjgymnastik</i> <i>→ kvinnor – känslor</i> <i><u>Yrsel/tryck i bröstet</u></i> <i>→ män - medicinskt</i> <i>→ Kvinnor - psykiskt</i>	4	4	2	1	6	5	11
Inte båda könen representerade i professionen	2	2	2	2	4	4	8
Selektion av ärenden	Alla tas upp/ingen selektion						
Bemötande utifrån kön	3	3	2	2	5	5	10
Behandlingsplan utifrån kön i resursteamet	3	3	2	2	5	5	10
SASSAM-kartläggning FK utifrån kön	3	3	2	1	5	4	9

Skala

Allvarlighetsgrad

1. mindre
2. måttlig
3. betydande
4. katastrofal

Sannolikhet

1. mycket liten
2. liten
3. stor
4. mycket stor

Risicanalyser i olika delprocesser

Delprocess - risker	Allvarlighetsgrad		Sannolikhet		Summa		
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Total
BESÖK HOS LÄKARE							
Underdiagnostik av missbruk	3	3	4	3	7	6	13
Underdiagnostik fysiskt och psykiskt våld	3	3	4	3	7	6	13
Översjukskrivning av sociala skäl i stället för medicinska = sjukskrivning på felaktig grund	4	4	3	2	7	7	14
Olika behandling utifrån yrke och status	3	3	1	2	4	5	9
Att inte beakta det försäkringsmedicinska beslutsstödet	4	4	3	3	7	7	14
Bemötande utifrån kön	2	2	3	3	5	5	10
Slentrianmässig användning av läkemedel	4	4	2	2	6	6	12
Olika bedömning vid utfärdande av remisser utifrån kön	3	3	2	2	5	5	10

Skala

Allvarlighetsgrad

1. mindre
2. måttlig
3. betydande
4. katastrofal

Sannolikhet

1. mycket liten
2. liten
3. stor
4. mycket stor

Risikanalyser i olika delprocesser

Delprocess - risker	Allvarlighetsgrad		Sannolikhet		Summa		
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Total
SJUKSKRIVNING MED PLANERADE ÅTGÄRDER							
Att rehabgarantin inte används lika för kvinnor och män	3	3	2	1	5	4	9
Slentrianmässig behandling utifrån genus (exempel: <i>Depression -> män – medicin → kvinnor – samtal</i> <i>Lumbago män -> sjg/medicin</i> <i>Kvinnor -> frågor om psyk./social situation</i>	3	3	2	2	5	5	10
Färre behandlingsinsatser	2	2	2	3	4	5	9
Längre väntetider på åtgärder	2	2	2	1	4	3	7
Olika bedömning vid beslut om sjukskrivningslängd och återbesök	2	2	4	3	6	5	11
FK metodstöd ska följas oavsett kön	3	3	2	1	5	3	8
Avstämningsmöten: tid beroende på kön	3	3	2	1	5	4	9
Plan för återgång i arbete olika pga. kön	4	4	2	1	6	5	11

Skala

Allvarlighetsgrad

1. mindre
2. måttlig
3. betydande
4. katastrofal

Sannolikhet

1. mycket liten
2. liten
3. stor
4. mycket stor

Bilaga 6 Tvärtom-frågan

Kommentarer till ”tvärtom-frågan” i samband med några nyanmälda patienter i resursteamet under maj-november 2009

Man med somatisk diagnos

En vältränad man, sportig. Beskrivs i journalen som "kraftkarl".

Tvärtomreflektion: Patienten har en somatisk diagnos men är kraftigt deprimerad. Psykisk diagnos undertryckt.

I manlighet ligger att inte visa svaghet och vad händer då i mötet med en man i vården? Vi missar depressioner hos män!

Kvinna med smärta i rygg och höfter

Arbetar inom vården.

Tvärtomreflektion: Omplaceringsutredning påbörjad. Kvinnor får inte alltid samma stöd från arbetsgivaren vid omplaceringar. Det förekommer ofta inom vården, enligt vår erfarenhet. Riskfaktorer är inte undersökta, t.ex. våld, alkohol och droger, vilket nu görs .

Kvinna med långvariga okaraktäristiska besvär, både fysiska och psykiska.

Tvärtomreflektion: Visar sig ha blivit utsatt för våld som barn av sin pappa. Samtal med psykolog initieras, kvinnan vågade berätta.

Man med ledbesvär av långvarig karaktär

Tvärtomreflektion: Patienten har starkt stöd av sin arbetsgivare, arbetsplatsen är anpassad för honom och hans symtom. Det är vanligare i mansdominerade yrken med stöd från arbetsgivaren och arbetsplatsanpassning.

Kvinna med ledbesvär

Tvärtomreflektion: Arbetsgivaren kommer inte på avstämningsmöten. Inte intresserad. Hade det varit så om patienten i stället hade varit en man?

Kvinna med psykisk och somatisk diagnos

Tvärtomreflektion: Hon har fallit i vårdfällan av omhändertagande, medikalisering. Det framkommer som riskfaktor att hon har haft en svår uppväxt, blev själv tidigt mamma och det har förekommit misshandel i äktenskapet.

Kvinna med psykisk diagnos

Tvärtomreflektion: Familjen har BUP-barn och patienten är en omhändertagande mor. Förväntar vi oss att detta är kvinnans ansvar? Som riskfaktor framkommer även en svår bakgrund hos kvinnan.

Kvinna med ledbesvär

Tvärtomreflektion: Signalerar hög smärta under screening med Linton-formulär men mår bra enligt andra formulär (KASAM). Blir jag trodd som kvinna i mötet med en man i vården (manlig sjukgymnast)?

Kvinna med psykisk diagnos

Perfektionist, ska klara både familj och jobb, arbetstränar.

Tvärtomreflektion: Hade vi ställt samma krav på en man? Rehabiliterar vi kvinnor i förhållande till den sociala situationen? Vi har frågat mycket om hemsituationen men inte om makens upplevelse eller möjligheter.

Kvinna med psykisk diagnos

Arbetar 50 procent men har ingen egen arbetsplats, inte ens en egen stol.

Tvärtomreflektion: Hade en man accepterat det? Högpresterande kvinna som behöver bekräftelse, tycker att hon fördärvar för familjen eftersom hon är sjukskrivnen. Kvinnan tar ett socialt ansvar.

Man med psykisk diagnos

Tvärtomreflektion: Vi har inte diskuterat den sociala situationen utan haft arbetsbyte i fokus. Mannen har sökt för somatiska besvär vid flera tillfällen men det har direkt på vårdcentralen tolkats som psykisk ohälsa - kanske tack vare vårt nya grepp med genusglasögon.

Man med psykiska besvär, även vissa somatiska besvär

Tvärtomreflektion: Vi är mer observanta nu på depressioner och psykisk ohälsa hos män. Patienten har tidigare valsat runt på sjukhuset med somatiska diagnoser.

Kvinna med psykisk diagnos

Kris i familjen, missbrukande före detta make.

Tvärtomreflektion: Barnet i kris är mammans bekymmer. Hade mannen reagerat så här? Han var inte sjukskriven.

Kvinna med psykisk diagnos

Tvärtomreflektion och riskanalys: Utsatt för våld av sin före detta make som är ett ständigt hot. Patienten vill inte gå vidare till polisen. Hon har fallit i offer-rollen. Viktigt med sömn, återhämtning, träning. Risk för medikalisering av livsproblemen. Det är viktigt att se hennes styrka. Nu har hon dock vågat anmäla mannen, vågat bryta upp. Vi skulle ha gjort fyrfältaren tidigare!

Kvinna med psykisk diagnos och mycket somatik

Tvärtomfrågan samt riskanalys: Varningsflaggor finns, hennes mamma behandlas i resursteamet också. Arbetslös, risk för medikalisering när sjukskrivning inte löser hennes problem. Hon har valt en annan karriär än den i arbetslivet, nämligen en social karriär som duktig mamma i stället för yrkeskarriär.

Kvinna med psykiska och somatiska diagnoser

Tvärtomreflektion: Har kvinnliga diagnoser (fibromyalgi, ångesttillstånd). Hon har haft sjukersättning i fem år, skaffat hund och tror inte att hon klarar ett arbete. Hon är inte förändringsbenägen. Allt är för sent. Hon har bara intresse för sin fibromyalgi och hemmet. Om hon hade varit man kanske yrkesrehabilitering hade satts in tidigt.

Kvinna med somatisk diagnos

Sjukintyg indraget - ifrågasatt.

Tvärtomreflektion: Hade det hänt om hon hade varit man? Patienten är nyskild - vad bidrar det till i anamnesupptagandet och av hårdare bedömning? Patienten fick senare rätt, då kompletterande intyg kommit in.

Kvinna med somatisk diagnos, väntar på operation

Tvärtomreflektion: Avstämningsmöte svårt att få till, drar ut på tiden. Hade det varit lättare att få till detta om patienten hade varit en man? Har försäkringskassan olika rutiner för män och kvinnor?

Landstingshälsan, Landstinget i Värmland – Slutrapport

Syfte och mål med deltagandet i projektet

Det övergripande syftet är att sjukskrivningsprocessen är rätt, lagom och säker och svarar mot både kvinnors och mäns villkor och behov. En sjukskrivningsprocess utan diskriminering utifrån kön.

Målen i projektet är

1. En jämställd sjukskrivningsprocess för kvinnor och män.
2. Ingen skillnad på väntetider för kvinnor och män.
3. Öka kompetensen hos Landstingshälsans medarbetare med avseende på genus.



Marianne Nordén, Ann Lindberg, Gun Björklund, Håkan Bjartell och Marianne Naeslund

Teammedlemmar

Håkan Bjartell, företagsläkare, hakan.bjartell@liv.se

Gun Björklund, sekreterare, gun.bjorklund@liv.se

Ann Lindberg, företagssköterska, ann.lindberg@liv.se

Marianne Naeslund, psykolog, marianne.naeslund@liv.se

Marianne Nordén, processtödjare, maria.norden@liv.se

Kristoffer Nielsen, statistisk bearbetning av mätningarna, kristoffer.nielsen@liv.se

Bakgrund

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Sveriges Kommuner och Landsting har träffat en överenskommelse med staten för att minska de ökade sjukskrivningarna. Under åren 2006-2008 har åtgärder genomförts inom hälso- och sjukvården för att utveckla sjukskrivningsprocessen och ge frågan högre prioritet. Det är ett viktigt arbete som ska göra det bättre för patienterna genom att man undviker långa, passiva sjukskrivningar som kan leda till sämre hälsa och att det blir svårare att börja arbeta igen. Arbetet med Bra sjukskrivningar har följande inriktningsmål:

Hälso- och sjukvården har ett väl utvecklat arbete med sjukskrivningsprocessen och tar hänsyn till kvinnors och mäns olika sjukskrivningsmönster.

Samspelet mellan rehabiliteringsaktörerna fungerar väl.

Kvinnors ohälsa är ett aktuellt område och speciellt intressant för oss som företagshälsovård i landstinget eftersom 82 procent av de anställda är kvinnor. Detta samt möjligheten att få ökad kunskap om jämställdhet var drivkrafter till att ansöka om att medverka i projektet.

Landstingshälsan arbetar dessutom i team och uppfyllde därmed kraven för deltagande i projektet.

Landstingshälsan och dess uppdrag

Företagshälsovården skall enligt AML 3 kap. 2 b § ”vara en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation och hälsa”.

Landstingshälsan utgör företagshälsovård för samtliga anställda i Landstinget i Värmland med ca 7000 anställda varav 5700 kvinnor.

Landstingshälsan består idag av 28 medarbetare som företräder elva olika professioner: företagsläkare, företagssköterska, arbetsmiljö-/skyddsingenjör, ergonom, sjukgymnast, psykoterapeut, psykolog, kurator, läkarsekreterare, friskvårdskonsult och instruktör i förflyttningsteknik/självskydd.

Verksamheten är företrädd i landstingets gemensamma ledningsgrupp, skyddsutskottet, centrala säkerhetskommittén och centrala skyddskommittén.

Landstingets företagshälsovård ska utgöra både en strategisk resurs ur ett ledningsperspektiv och en operativ för verksamheter i landstinget. Med strategisk menas att företagshälsovården ska arbeta med förebyggande insatser såväl på övergripande organisationsnivå som på grupp- och individnivå.

Landstingshälsan arbetar med insatser på följande nivåer

- Individ
- Grupp
- Organisation

inom områdena främja, förebygga och efterhjälp.

Verksamheten har tre mottagningar belägna i Karlstad, Arvika samt Torsby. Inom ramen för Landstingshälsans ansvar finns även lokaler för fysisk träning och utbildningsområden som självskydd och förflyttningsteknik.

Projektet Jämt sjukskriven omfattar en liten del av Landstingshälsans totala verksamhet inom individområdet. Urvalet i mätningarna som genomförts under projektet har bestått av alla individärenden som inkommit via remiss eller telefon under en månads tid, dock ej planerade återbesök. Mätningen upprepades fyra gånger.

Under tiden projektet har pågått har ohälsotalet för Landstinget i Värmland sjunkit och nästan halverats till 3,2 procent (hösten 09), vilket innebär färre långtidssjukskrivna och få nya sjukskrivningar. Detta avspeglas i våra mätningar där underlaget blir svårbedömt.

För Landstingshälsans del innebär detta att fokus ytterligare har förstärkts från efterhjälpande arbete till förebyggande och hälsofrämjande samt insatser på grupp- och organisationsnivå.

I sista mätningen var endast två individer sjukskrivna, bägge män.

Metoder

- Processkartläggning
- Riskanalys
- Mätningar
- Genusspan
- Processkartläggning

Mått

- Väntetider
- Kontaktorsak
- Profession
- Ålder

En processkartläggning genomfördes för att kartlägga och identifiera händelser och förlopp i verksamheten ur ett patientperspektiv. Detta var första steget för att kunna göra en analys ur ett jämställdhetsperspektiv på patientens väg i systemet.

Frågeställningar var:

Finns det risker för ojämställdhet inbyggda i processen?

Går dessa att förebygga?

Processkartläggningen följdes därefter upp av en riskanalys där syftet var att identifiera och värdera risker för ojämställdhet. Se Bilaga 1.

Riskanalys ur ett genusperspektiv

Riskanalyser gjordes på processen för att identifiera risken/möjligheten för ojämställda bedömningar. Teamet frågade sig var det kan ske en ojämställd bedömning och vad konsekvenserna för patienten är.

Följande delprocesser bedömdes kunna innehålla risker:

Bedömningsteam där bl.a. risk för slentrianmässiga bedömningar utan tillräcklig kunskap om genus identifierades liksom att inte båda könen finns representerade inom de olika yrkesgrupperna.

Besök hos läkare var den delprocess där teamet tog fram flest risker

- Underdiagnostik av riskbruk/missbruk för män eller kvinnor bedömdes som både allvarlig och sannolik
- Underdiagnostik av fysiskt och psykiskt våld mellan män och kvinnor

- Risk för ”översjukskrivning” av män eller kvinnor av sociala i stället för medicinska skäl = sjukskrivning på felaktig grund
- Risk för olika behandling utifrån yrke och status
- Risk att man inte beaktar det försäkringsmedicinska beslutsstödet på ett adekvat sätt

Sjukskrivning med planerade åtgärder var en delprocess med följande risker

- Risk att rehabgarantin inte används lika
- Risk för slentrianmässig behandling utifrån genus
- Risk för färre behandlingsinsatser för kvinnor
- Risk att kvinnor får längre väntetider för åtgärder
- Risk för olika bedömning vid sjukskrivningslängd och återbesök

De allvarligaste riskerna i olika delprocesser redovisas tillsammans med bedömning av riskens storlek och allvarlighetsgrad. Se Bilaga 2.

Metoder

Mätningar för att upptäcka ojämställdhet

Fyra mätningar under perioden november 2008 till oktober 2009. Varje mätperiod omfattar fyra veckor.

Vi har mätt ålder, väntetid, kontaktorsak och till vilken profession patienten har hänvisats, ur ett genusperspektiv.

Alla uppdrag har kommit via remisser och telefonsamtal. Förutom datum har alla uppgifter hämtats via journalgranskning och sammanställts av statistiker.

Underlaget har bestått av 156 individer, varav 18 män och 138 kvinnor, vilket innebär 12 procent män och 88 procent kvinnor. Det visar på en liten underrepresentation av män i förhållande till fördelningen av anställda i landstinget där 82 procent är kvinnor.

Av materialet framgår att män i större omfattning än kvinnor får tid hos läkare.

Kvinnors väntetid är i genomsnitt tio dagar, mäns väntetid har varierat i undersökningen och slutsatser kan ej dras.

Vi kan inte i dessa mätningar påvisa någon ojämställdhet avseende väntetid.

Resultaten av samtliga mätningarna finns presenterade i Bilaga 3.

Genusspan

Genusspan innebär att kontinuerligt observera/uppmärksamma attityder, värderingar och handlingar ur ett genusperspektiv, använda genusglasögon. Metoden är enkel att använda och exemplen blir tydliga när de har uppmärksammats. Det är lätt att engagera medarbetare och finna bra exempel som underlag för diskussioner.

Exemplen är lämpliga för ”kafferumsprat” och kan därmed hålla jämställdhetsfrågan vid liv och fungera som socialt kitt i arbetsgruppen (sidovinst).

Alla medarbetare inom verksamheten har kontinuerligt använt denna metod och reflekterat över händelser och beslut i vardagen.

Underlag för åtgärder

Eftersom mätningarna inte gav några entydiga indikationer på ojämställdhet då för få män ingick i underlaget användes i stället resultatet från riskanalyserna som underlag för åtgärder.

I följande delprocesser upptäcktes risk för ojämställdhet:

Bedömningsteam

Besök hos läkare

Sjukskrivning med planerade åtgärder.

Några av de allvarligaste riskerna ur jämställdhetssynpunkt visade sig vara risk för underdiagnostik riskbruk/missbruk för män och kvinnor samt risk för olika behandling utifrån yrke och status.

Åtgärder

De åtgärder som hittills har vidtagits utifrån riskanalyser är ett systematiskt användande av frågeformuläret AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) för att upptäcka riskbruk/missbruk.

De tio frågorna i AUDIT har tagits fram av WHO. Det är särskilt inriktat på att identifiera skadligt drickande och har hög sensitivitet och specificitet.

Landstingshälsans kundenkät kommer att kompletteras med ytterligare frågor för att upptäcka ojämställdhet i bemötandet.

Övriga risker finns redovisade men ska inte åtgärdas i nuläget.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Mål 1

En jämställd sjukskrivningsprocess för kvinnor och män

Vi har idag ett ledningssystem för sjukskrivningsprocessen i Landstingshälsan. Deltagandet i projektet har gett oss kunskaper om jämställdhet som kommer att användas för att utveckla ledningssystemet så att genusperspektivet integreras. Landstingshälsan är utsedd som pilotverksamhet i framtagandet av ett övergripande ledningssystem i Landstinget i Värmland där ett långsiktigt mål är att alla ledningssystem och processer i hela organisationen ska beakta genusperspektivet. Denna medverkan ger förutsättningar för ett fortsatt arbete utifrån erfarenheterna från projektet.

Teamet har gjort en processkartläggning och utifrån denna identifierat riskområden och infört en metod för att upptäcka riskbruk/missbruk hos män och kvinnor som kommer till Landstingshälsan.

I Landstingshälsans återkommande enkät avseende kundnöjdhet kommer genusperspektivet att integreras genom att ytterligare frågor tillkommer.

Mål 2

Ingen skillnad på väntetider för kvinnor och män

Mätningar har genomförts för att undersöka kvinnors och mäns väntetider på Landstingshälsan.

Vi har inte kunnat konstatera skillnad på väntetider för kvinnor och män. Ser vi på väntetiderna uppdelat på kön och somatiskt/psykiskt ser vi att väntetiden för männen varierar stort mellan de olika mätningarna medan väntetiden för kvinnorna rör sig mindre. För männen är underlaget för litet för att några slutsatser ska kunna dras. För kvinnorna ligger den genomsnittliga väntetiden runt tio dagar med en viss ökning vid senaste mätningen.

Mål 3

Öka kompetensen hos Landstingshälsans medarbetare med avseende på genus

Ökad kompetens hos medarbetare och ledning har skett genom utbildning i genuskunskap vid två tillfällen under projektiden.

Då genus och jämställdhet regelbundet kommit upp som en punkt på agendan vid arbetsplatsträffarna (APT) har detta sannolikt ökat kompetensen hos medarbetarna.

Genusperspektivet – genusspan – finns som punkt på dagordningen vid varje APT.

Analys och diskussion

När det gäller mätningarna ger de inte tydliga indikationer på ojämställdhet.

Underlaget är inte heller tillräckligt stort för slutsatser med för få män.

Vi kan konstatera att procentuellt fler män än kvinnor kommer till läkare.

I en mätning kom fyra män till läkare där två sjukskrevs, ett högt sjukskrivningstal på ett mycket litet underlag således. Förhållandevis få kvinnor har kommit till läkare, de har i högre grad i stället bedömts av sjukgymnast.

Är det så att de män som kommer till Landstingshälsan i större omfattning har fått tid hos läkare?

Genusspan har varit en framgångsfaktor för medarbetarna. Den har givit insikt och medvetenhet om genus och jämställdhet i samhället.

Metoden genusspan finns ännu bara inom personalgruppen och har inte nått fram till patientmötet mer än i kundenkäten. Den har uppfattats som en framgångsfaktor i projektet. Förhoppningen är att metoden ska finnas kvar och utveckla insikter och medvetenhet om jämställdhet hos medarbetarna och spridas till andra enheter i landstinget.

Få åtgärder har genomförts i direkt anslutning till projektet. Det viktigaste resultatet är att det finns ett bra underlag för fortsatt långsiktigt arbete, och att metoder och verktyg som kan användas för att upptäcka risker för ojämställdhet har blivit testade.

De presentationer för landstingsstyrelse och politiker som har gjorts av teamet för att förankra projektet ger goda förutsättningar att koppla arbetet till landstingets andra arbeten och processer för att uppnå målen i Socialstyrelsens föreskrift om god vård. Genom detta och Landstingshälsans uppdrag som pilot i framtagandet av ett övergripande ledningssystem får arbetet med att integrera genusperspektivet i landstingets ledningssystem härmed ses som påbörjat.

Projektet har alltmer kommit att handla om att analysera ojämställdhet ur ett strategiskt perspektiv i verksamheten och inte bara operativt i sjukskrivningsprocessen, då det har varit få individer sjukskrivna.

Vi testade att använda bl.a. 4R-metoden på de risker som togs fram i riskanalysen men fann att denna inte fungerade som avsett i det riskanalysupplägg som vi gjort.

Mätningar som metod var ett av projektets syften att testa, men vi fann att det inte var en användbar metod i vårt projekt.

Slutsatser

Mätningarna gav ej den information som avsågs, dvs. belyste inte eventuell ojämställdhet. Metoden fungerande inte då antalet män var för litet.

Med processkartläggning och riskanalys har vi i stället identifierat riskområden som vi har bedömt ur sannolikhets- och allvarlighetsgrad. Detta har visat sig vara mer användbara metoder i vårt projekt.

Projektarbetet har inneburit att teamet fått en ökad kunskap om hur en jämställd sjukskrivningsprocess kan se ut och därigenom kan denna kunskap spridas till medarbetare inom Landstingshälsan och andra verksamheter i landstinget.

Landstingshälsan har som tidigare redovisats utsetts till pilotverksamhet i utvecklingen av landstingets ledningssystem.

Med den kunskap vi har idag drar vi slutsatsen att vi borde ha börjat med processkartläggning och riskanalyser för att sedan definiera mål för arbetet. Vi borde också redan från starten av projektet tydligare ha definierat begrepp och termer inom området jämlikhet och jämställdhet.

Övriga team i projektet har varit vårdcentraler. Skillnaden mellan Landstingshälsan och de övriga teamen är bl.a. att väntetiderna hos Landstingshälsan inte kan jämföras med väntetider i vården då företagshälsovård inte omfattas av vårdgarantin.

Antalet sjukskrivna har som redovisades i inledningen minskat kraftigt under projekttiden vilket har givit ett litet underlag i mätningarna och gjort resultaten osäkra.

Våra patienter är privilegierade som har en stor arbetsgivare med rehabiliteringsansvar och -resurser. Landstingshälsan har ett nära samarbete med rehabiliteringsansvariga inom personalavdelningen. Detta ger förutsättningar för tidiga rehabiliteringsinsatser så att sjukskrivningar kan undvikas eller minimeras.

Kvar att göra

Mätningarna har gett vissa indikationer om vad som kan följas upp och studeras vidare. Frågan om det är så att män oftare får tillgång till läkartider behöver analyseras.

Riskanalyser har visat sig vara en framgångsrik och användbar metod för att upptäcka risk för ojämställdhet. Landstingshälsan kommer att testa att integrera denna metod i ledningssystemet.

Viktiga aktiviteter under projektiden

- Kartläggning av sjukskrivningsprocessen
- Mätningar
- Riskanalyser
- Kontinuerligt genusspan som redovisats på arbetsplatsträffar
- Planerat och avsatt tid för projektarbete
- De sex lärandeseminierna i SKLs regi
- Presentationer av projektet i olika ledningsforum och för Landstingshälsans personal på arbetsplatsträffar.
- Litteraturstudier
- Två utbildningstillfällen om jämställdhet för Landstingshälsans medarbetare

Att arbeta med jämställdhet

Fördelar

- Tidplanen var bra tilltagen
- Projektplanen
- Teamets organisation med extern processtödjare
- Intresse och engagemang från LiV-ledningen
- Flera bra föreläsare som SKL hade engagerat
- Upptäckten av genusspan som blev en framgångsfaktor
- Bra material framtaget av SKL

Nackdelar

- Otydlighet i projektstarten, styrning, planering och metoder vilket medförde en lång startsträcka.
- Teamen var få till antalet
- Enda företagshälsovårdsteamet i projektet
- Otydlighet runt Försäkringskassans medverkan i Landstingshälsans projekt
- Lång tidplan

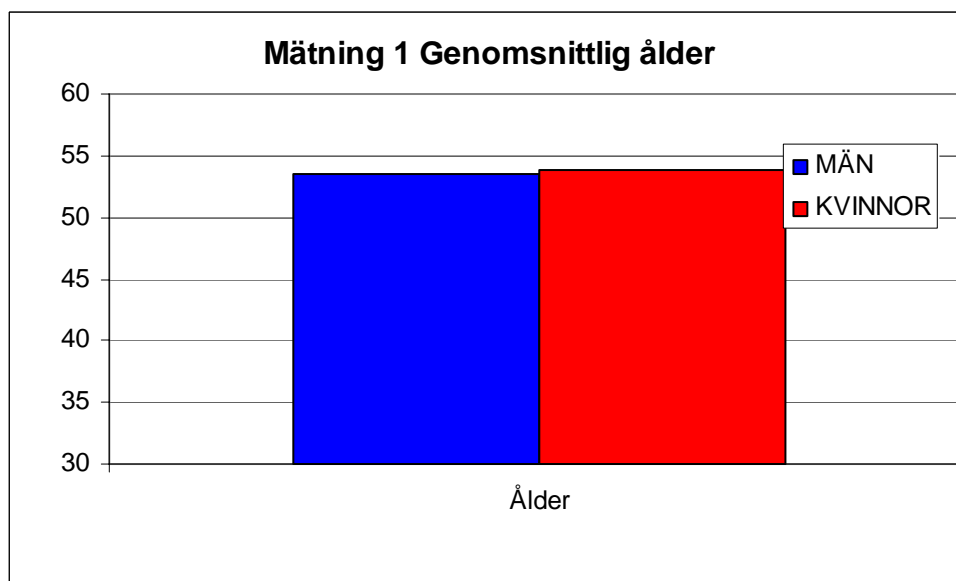
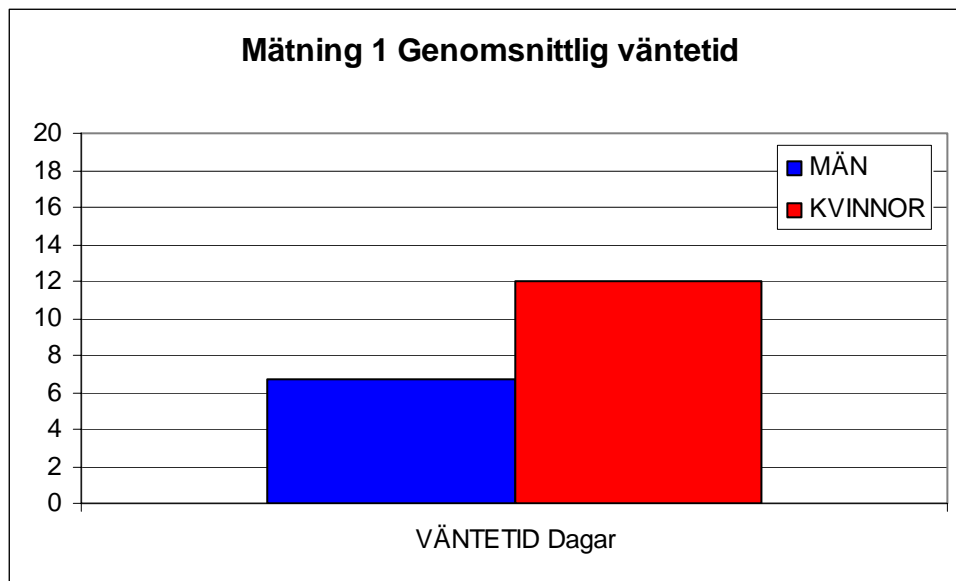
Mest givande

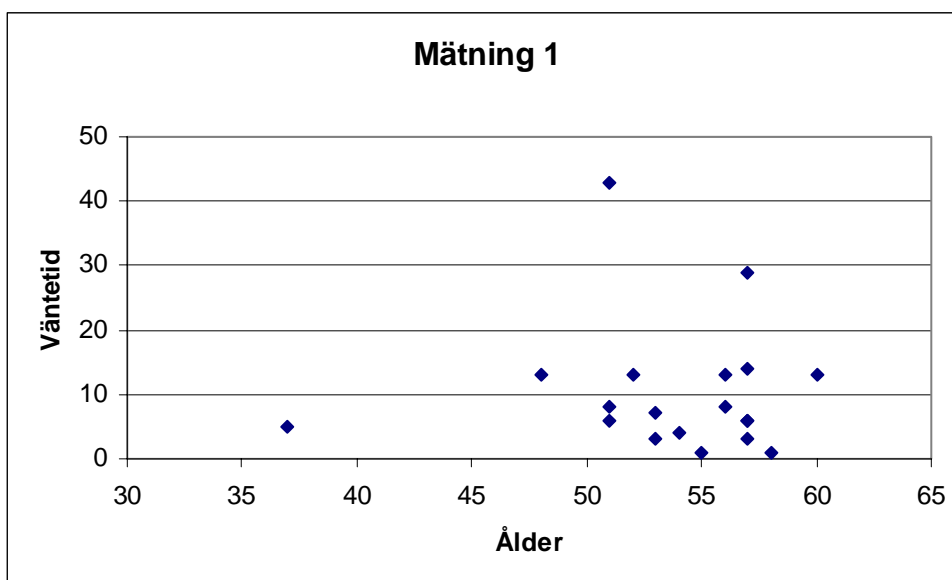
- Lärdomar om temat
- Insikter om ojämställdhet i vardagslivet och i samhällssystemen
- Kunskap om hur andra jobbar
- Lärdomar av andras arbete
- Insikter om sjuk- och friskperspektivet i samhället

Bilaga 2 Riskanalyser i delprocesser

Riskanalyser i olika delprocesser			
Delprocess: Bedömningsteam	allvarlighetsgrad	sannolikhet	summa
Risk för slentrianmässiga bedömningar	1	3	4
Risk när inte båda könen är representerade inom professionen	2	4	6 4R
Risk för selektion av ärenden	2	3	5
Delprocess: Besök hos läkare	allvarlighetsgrad	sannolikhet	summa
Risk för underdiagnostik av missbruk män/kvinnor	3	3	6 4R
Risk för underdiagnostik fysiskt och psykiskt våld män/kvinnor	3	3	6
Risk för översjukskrivning män/kvinnor av sociala skäl i stället för medicinska = sjukskrivning på felaktig grund	2	3	5
Risk för olika behandling utifrån yrke och status	3	3	6 4R
Risk för att man inte beaktar det försäkringsmedicinska beslutstödet	2	2	4
Delprocess: Sjukskrivning med planerade åtgärder	allvarlighetsgrad	sannolikhet	summa
Risk att rehabgarantin inte används lika för män/kvinnor	3	3	6 4R
Risk för slentrianmässig behandling utifrån genus	3	2	5
Risk för färre behandlingsinsatser för kvinnor	3	2	5
Risk att kvinnor får längre vån-tetider på åtgärder än män	3	2	5
Risk för olika bedömning vid beslut om sjukskrivningslängd och återbesök.	2	2	4
<p>Skala:</p> <p>Sannolikhet</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mycket liten 2. liten 3. stor 4. mycket stor <p>Allvarlighetsgrad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mindre 2. måttlig 3. betydande 4. katastrofal 			

Bilaga 3 Resultat mätningar





Kommentarer till mätning 1

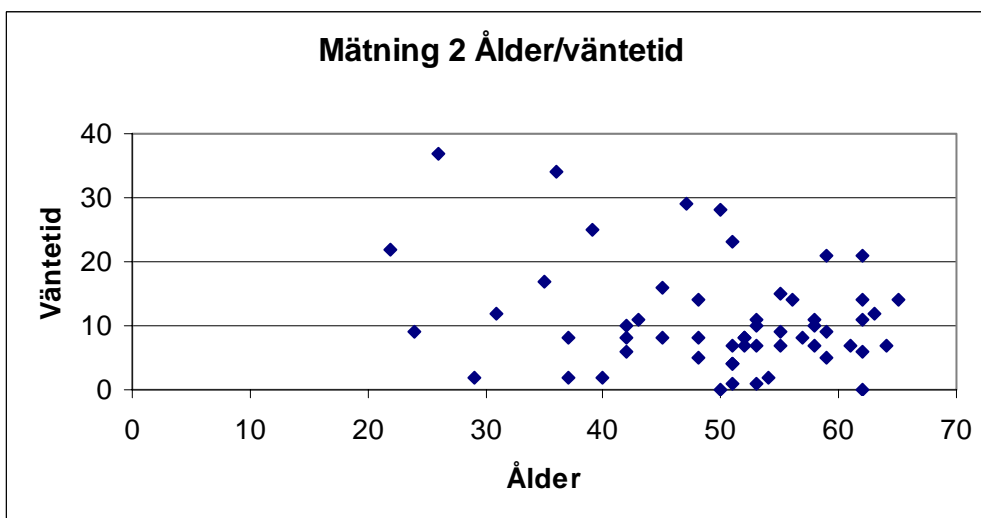
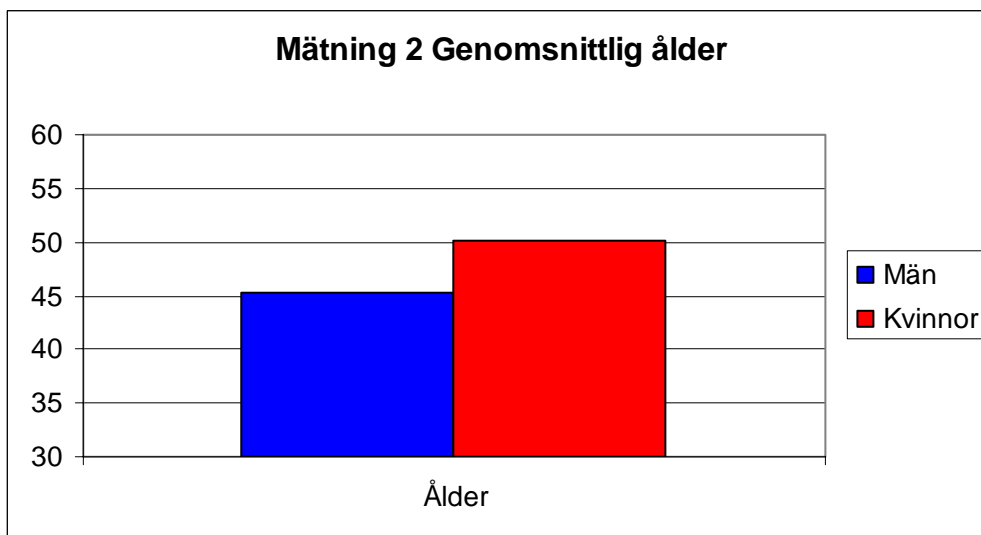
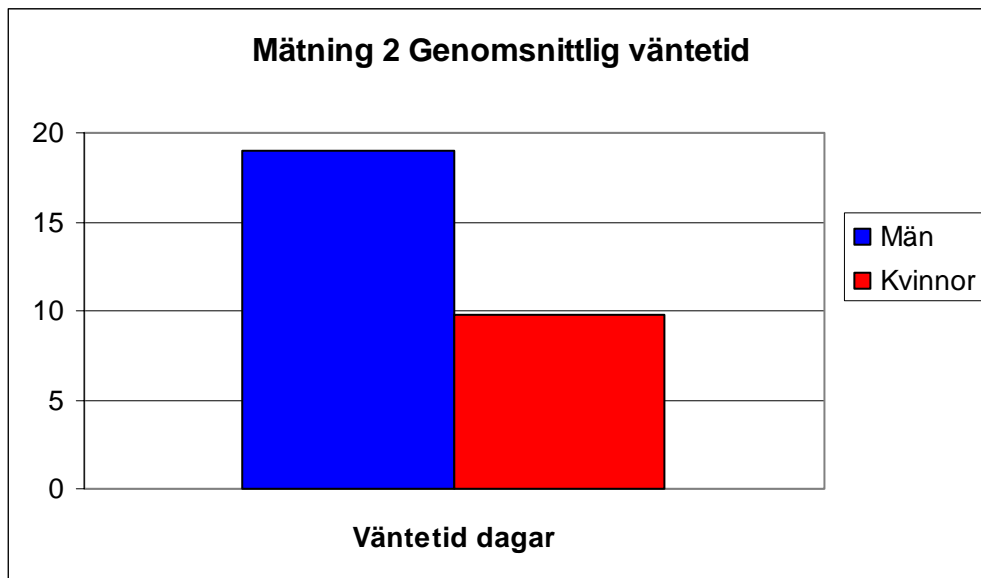
Den genomsnittliga väntetiden är betydligt längre för kvinnor än för män. Detta beror inte på ålder då genomsnittsåldern bland män och kvinnor är i stort sett lika.

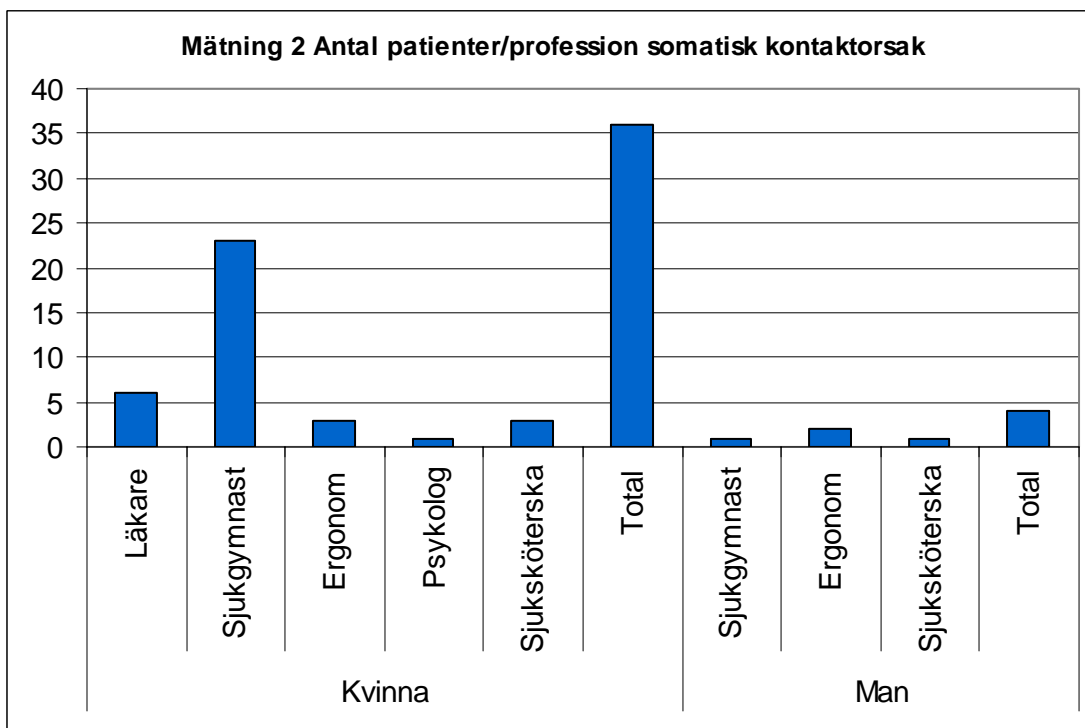
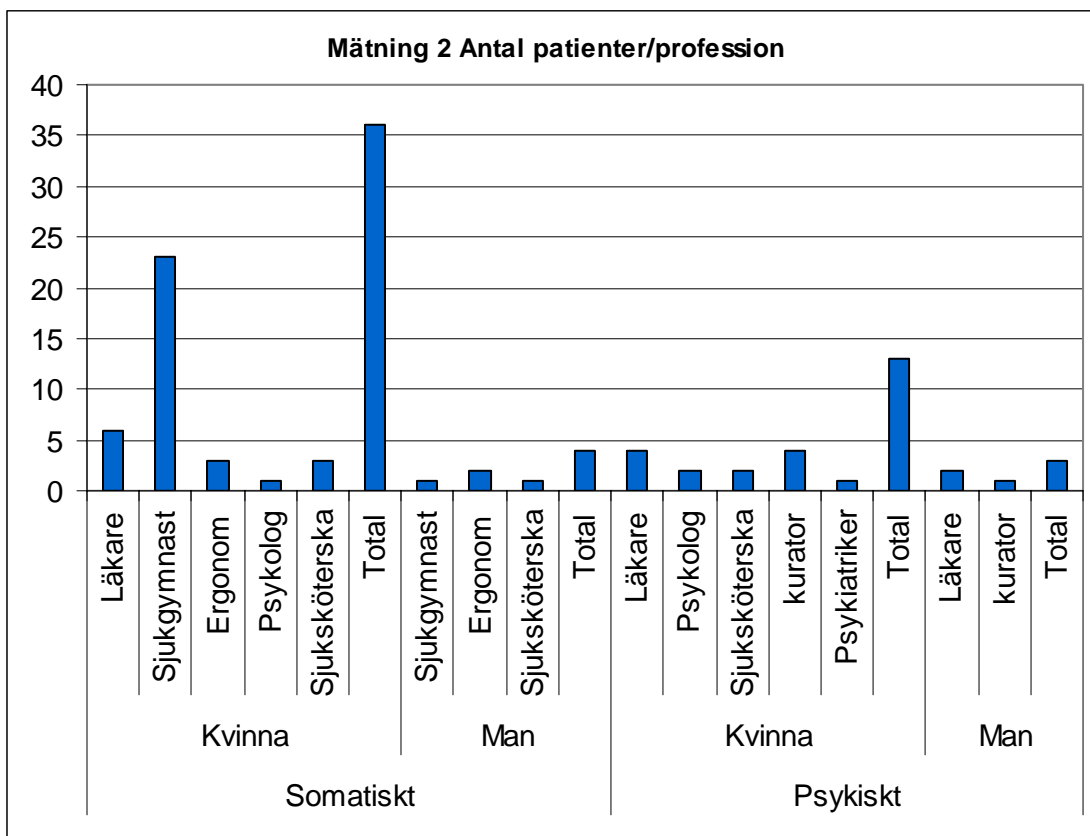
Alla individer utom två är mellan 51 och 60 år, och det finns inget samband mellan ålder och väntetid.

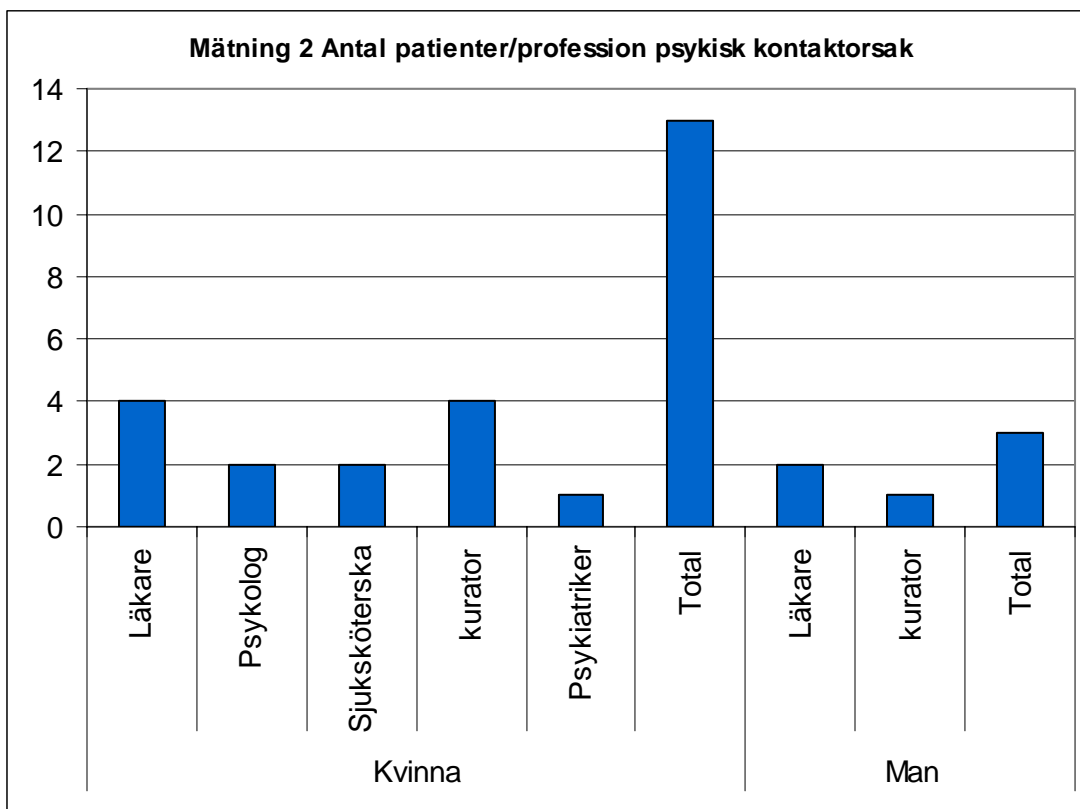
De som söker av somatisk orsak väntar i snitt 11,25 dagar; männen 6,7 och kvinnorna 12,8 dagar.

De som söker av psykisk orsak väntar i snitt 6,8 dagar; männen 3,5 dagar och kvinnorna 9 dagar.

Få män ingår i studien vilket gör att slutsatserna inte är säkra utan endast ska värderas som en indikation.







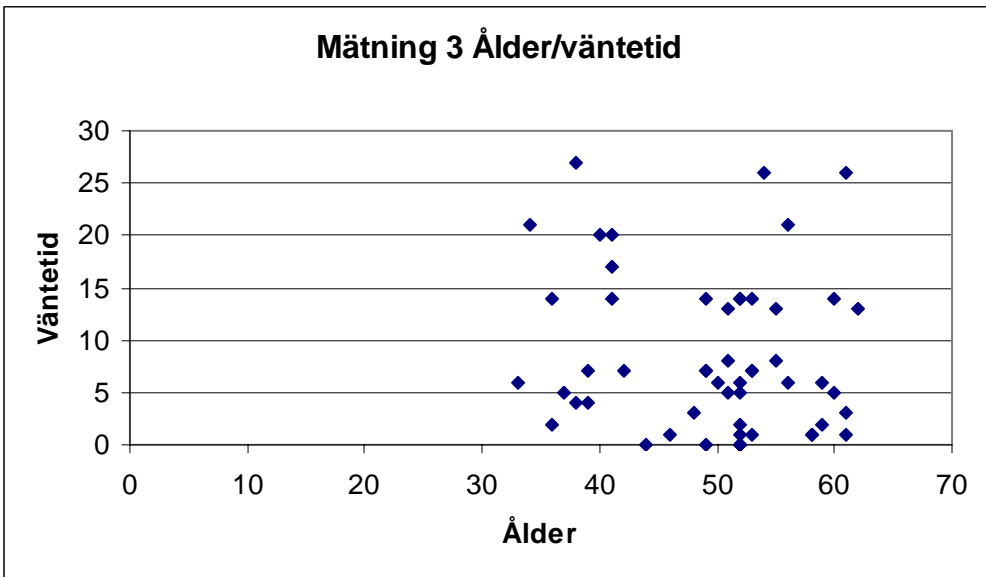
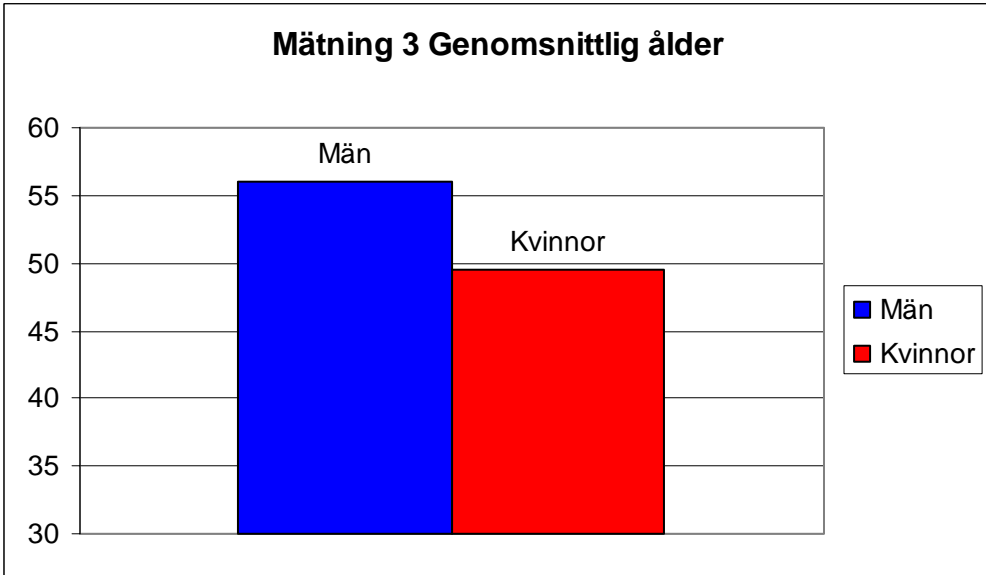
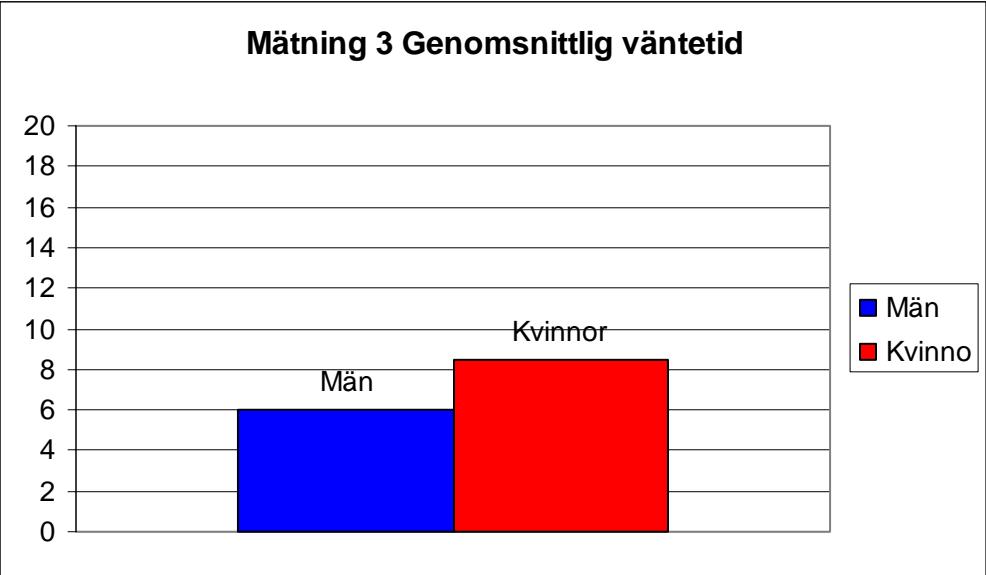
Kommentarer till mätning 2

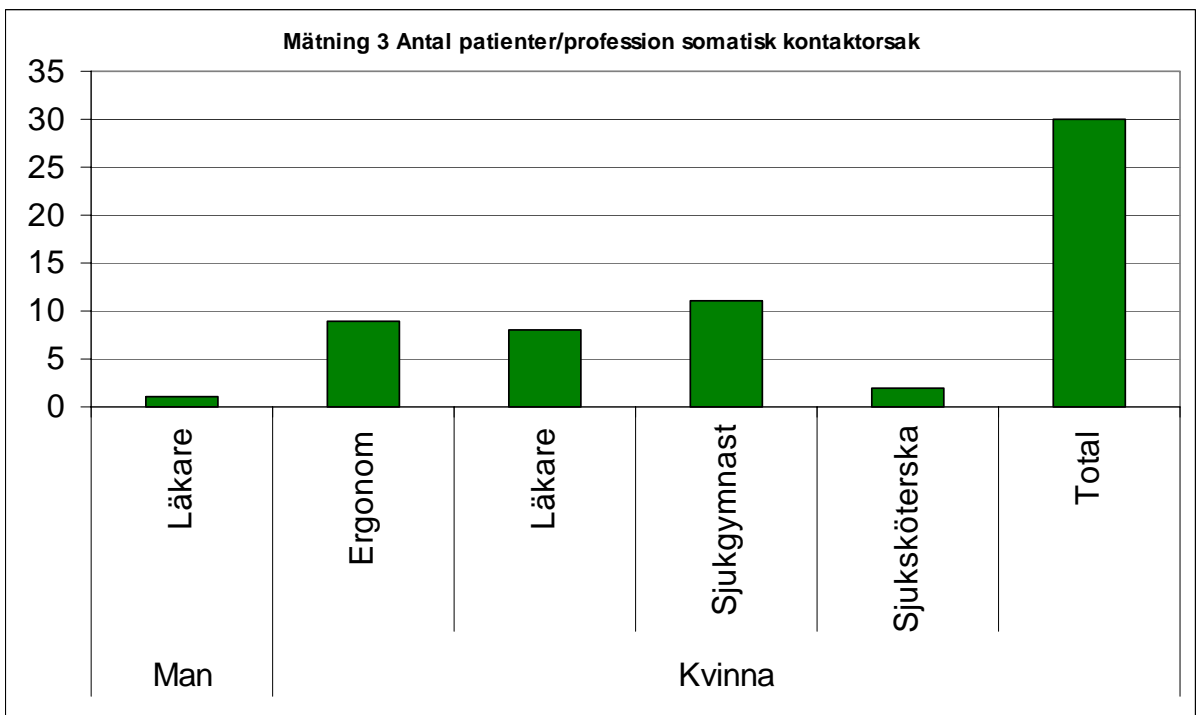
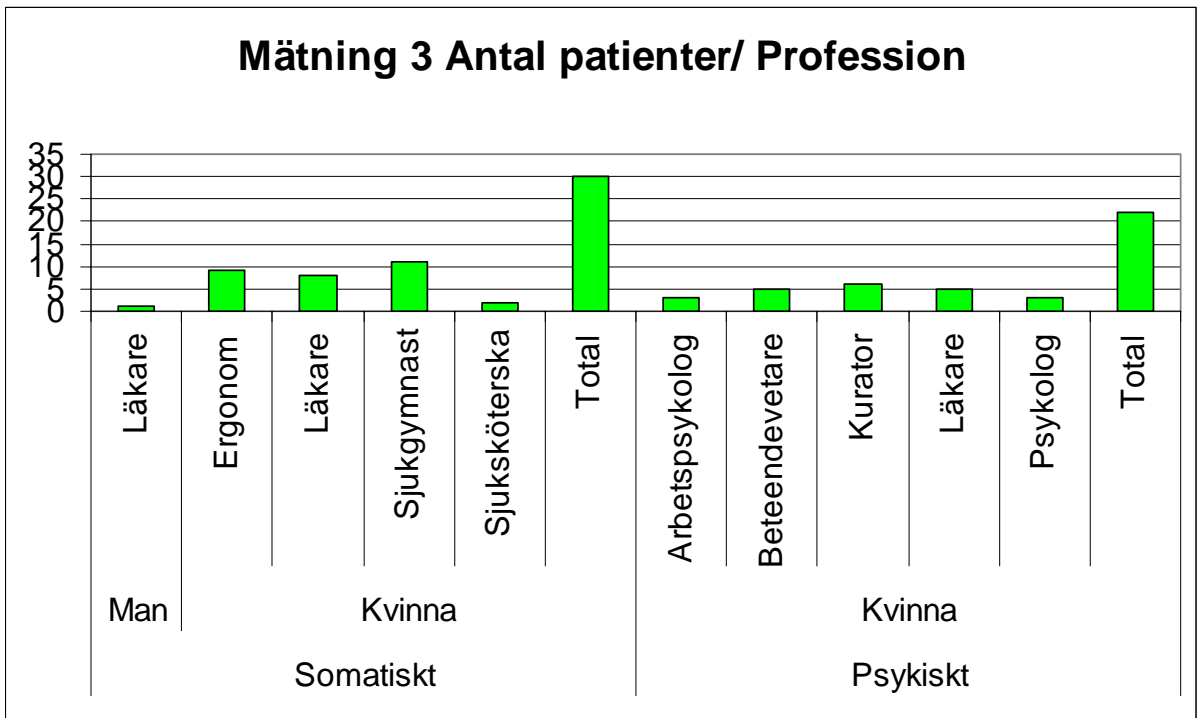
Kvinnor med somatiska kontaktsaker hänvisas till sjukgymnast.

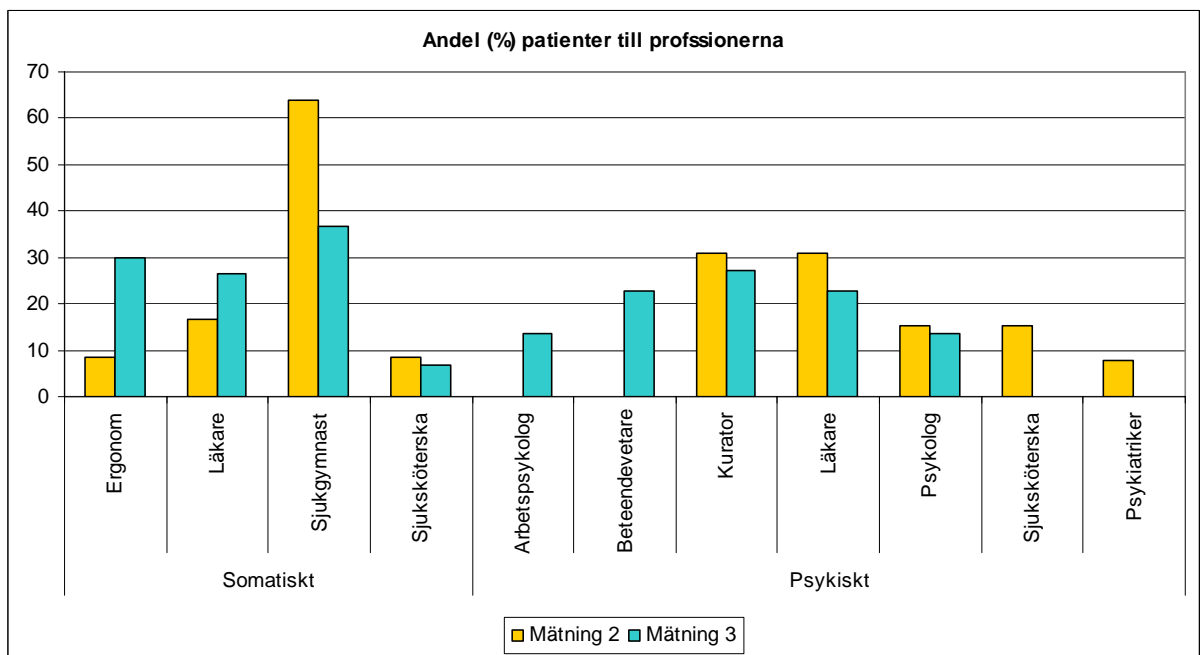
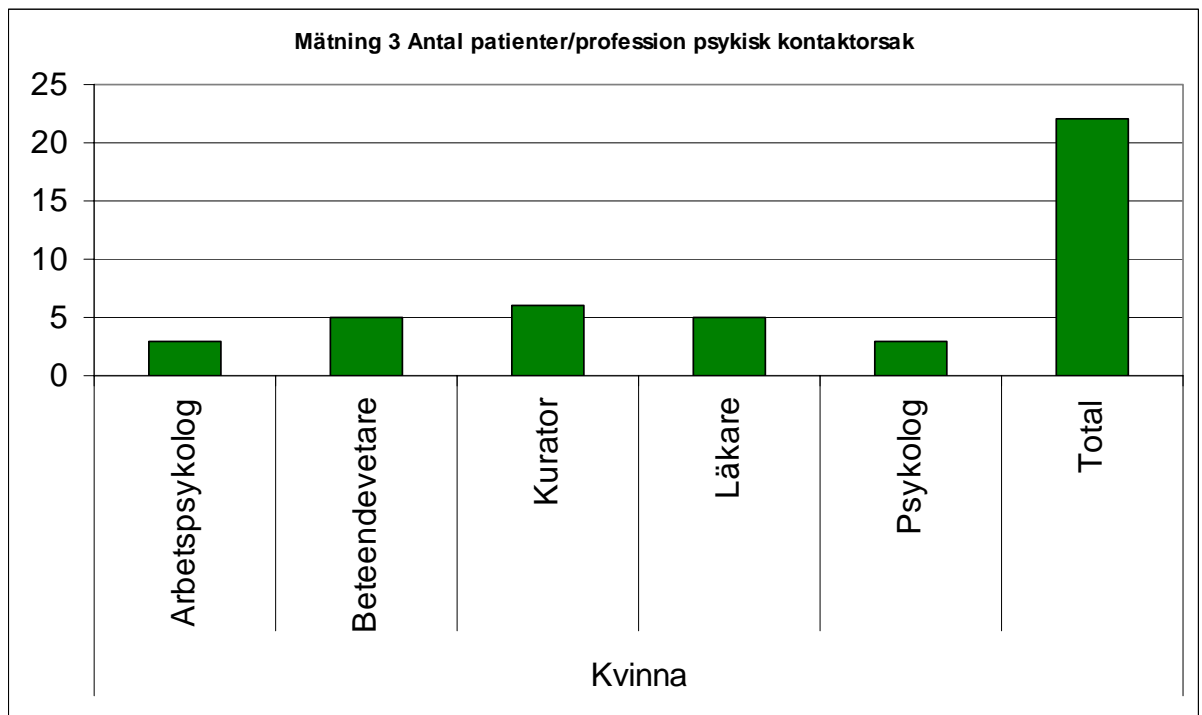
Det är längre väntetider för män men underlaget är för litet för att uttala sig om skillnader.

Det är ingen åldersdiskriminering, både unga och gamla kan få vänta kort eller lång tid.

Relativt många män söker av psykisk kontaktsak, men underlaget är för litet för att dra slutsatser.





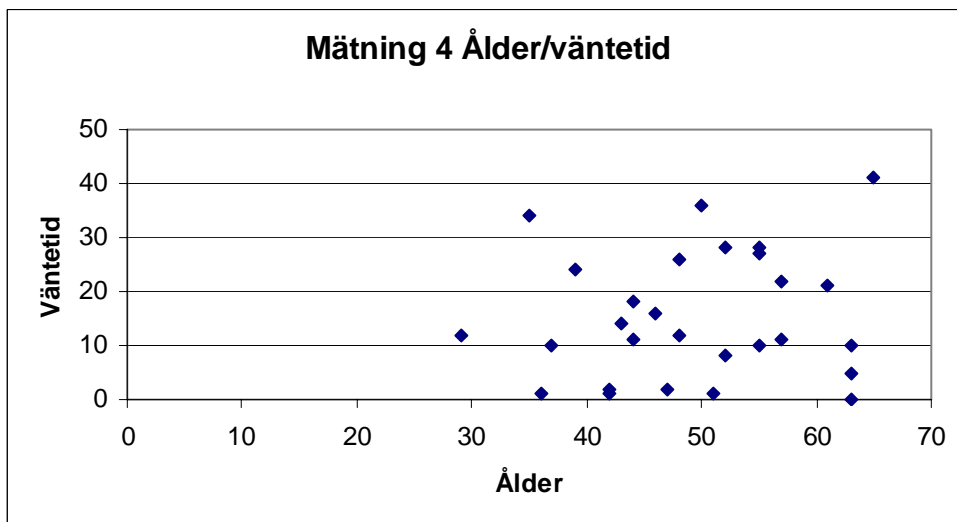
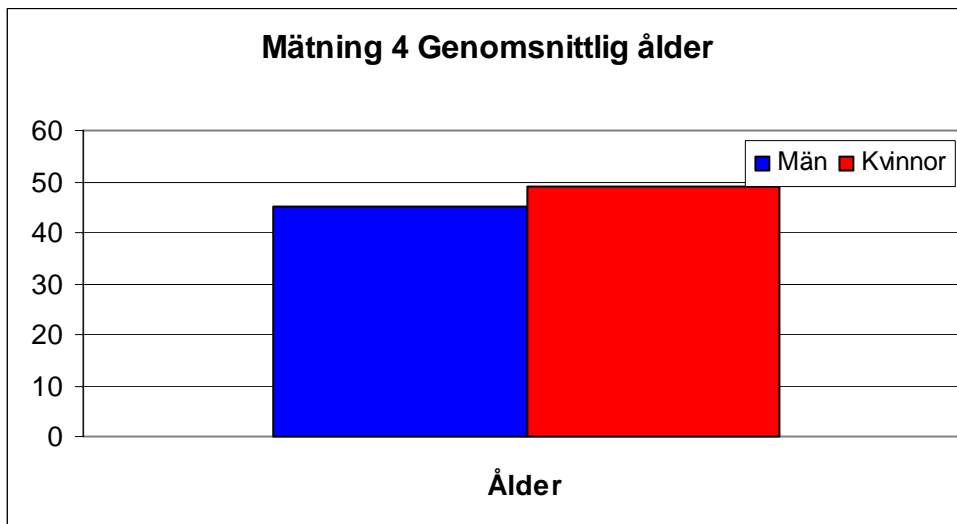
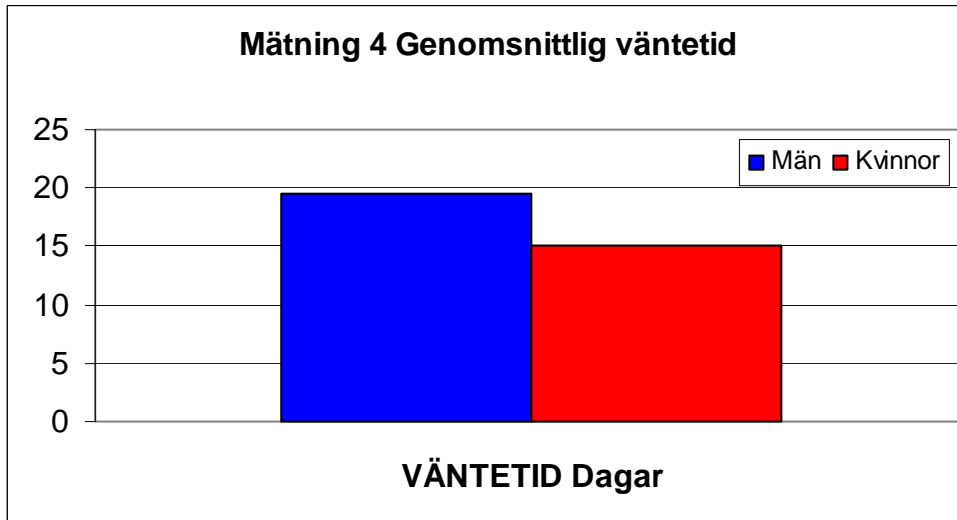


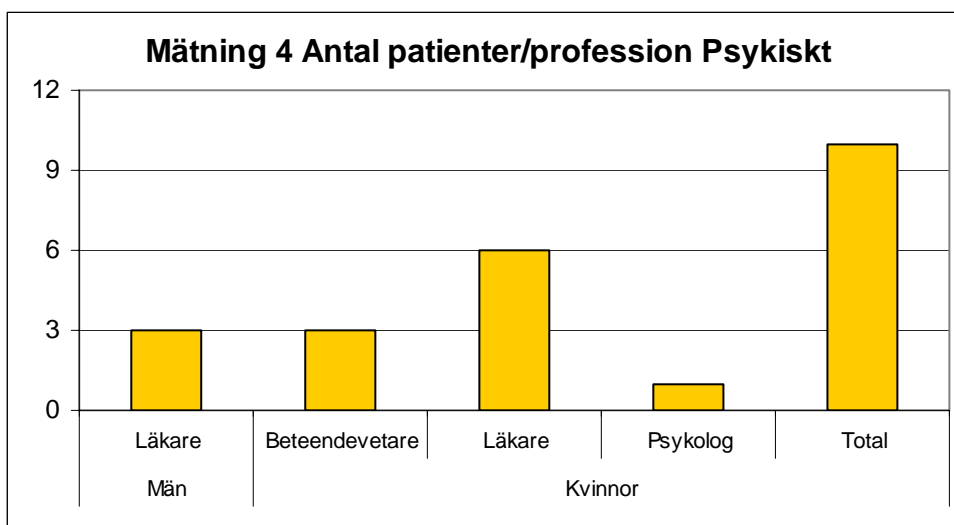
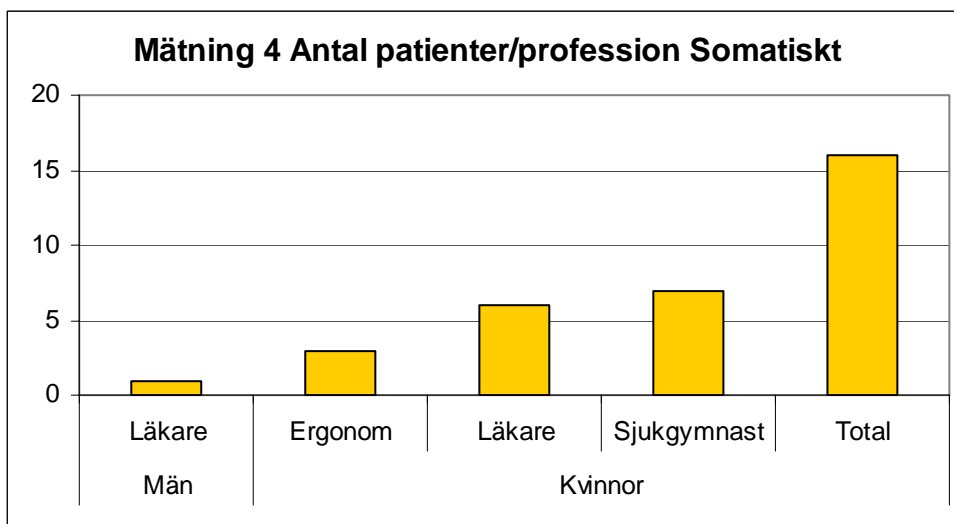
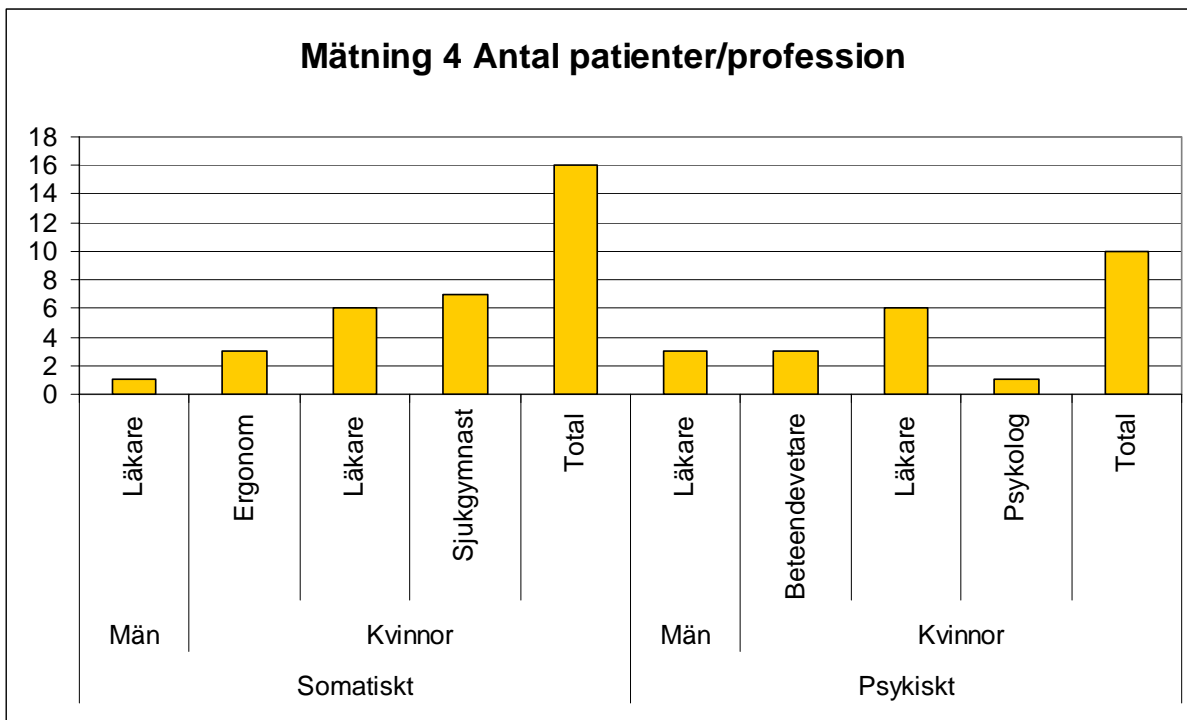
Kommentarer mätning 3

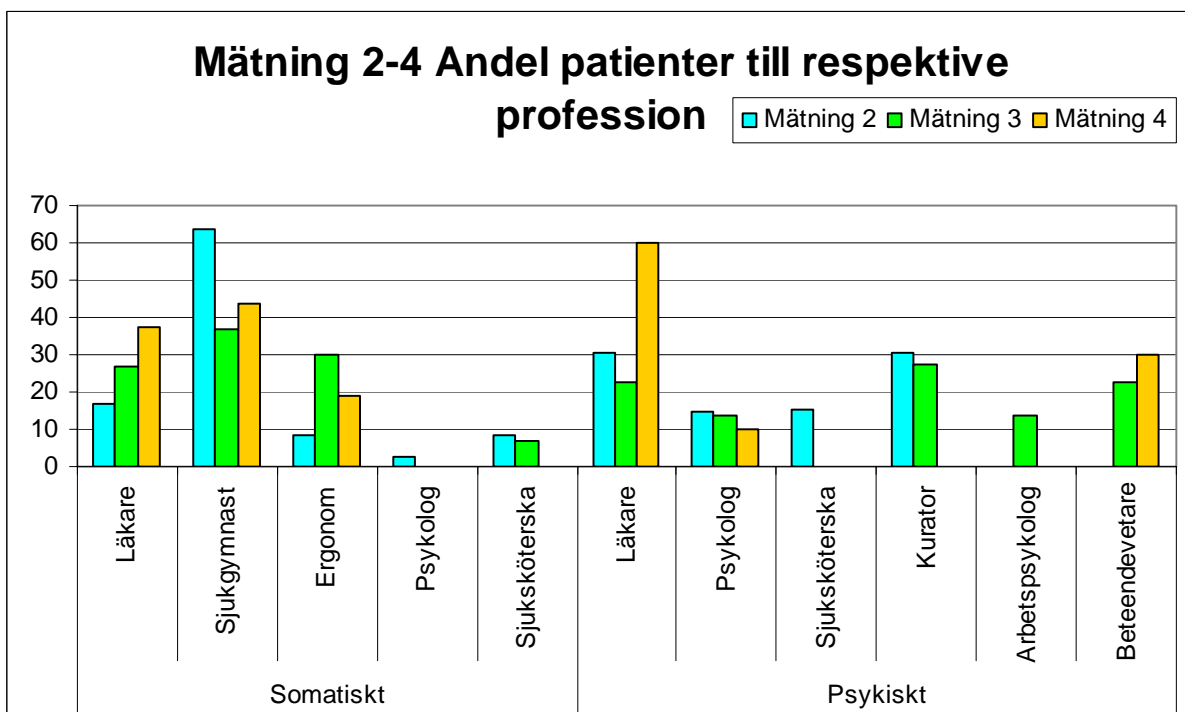
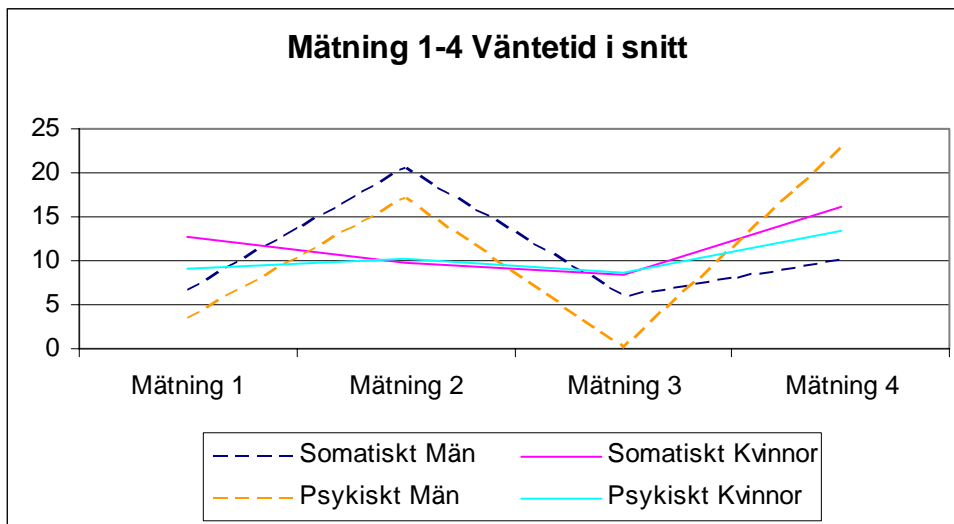
Vid detta mätillfälle ingick 53 individer, en man (somatisk kontaktsak, väntade i sex dagar på att träffa läkare och blev sjukskriven), 30 kvinnor med somatisk kontaktsak och 22 kvinnor med psykisk kontaktsak.

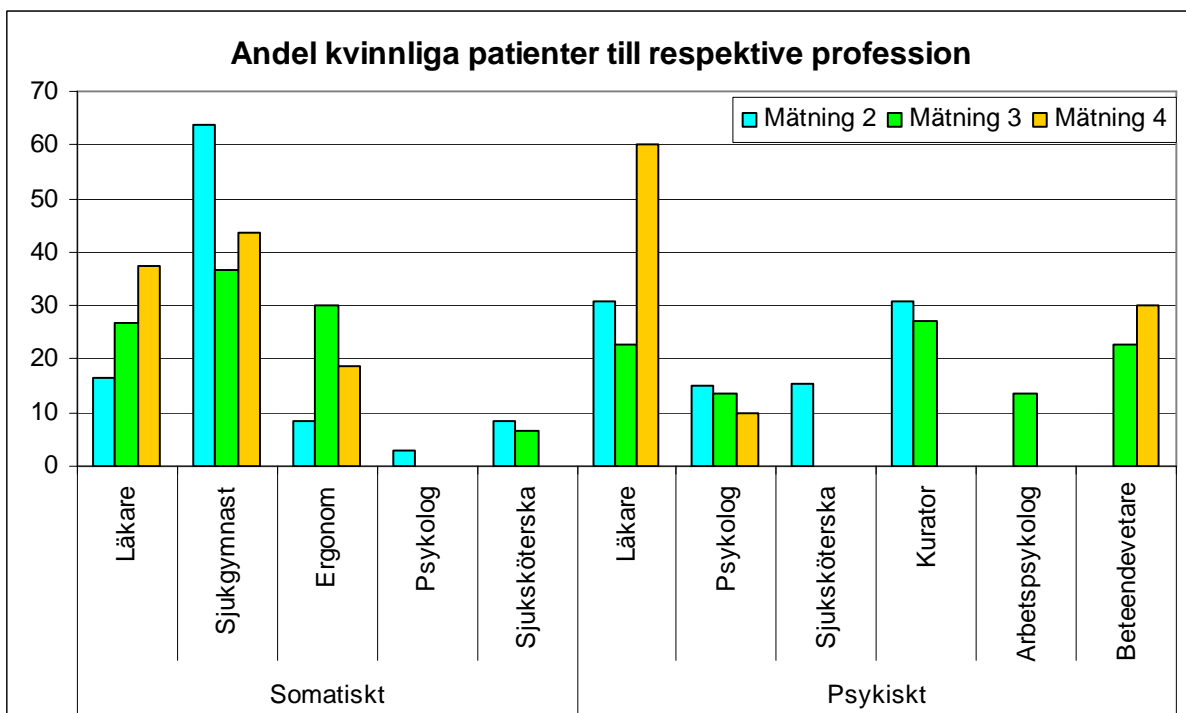
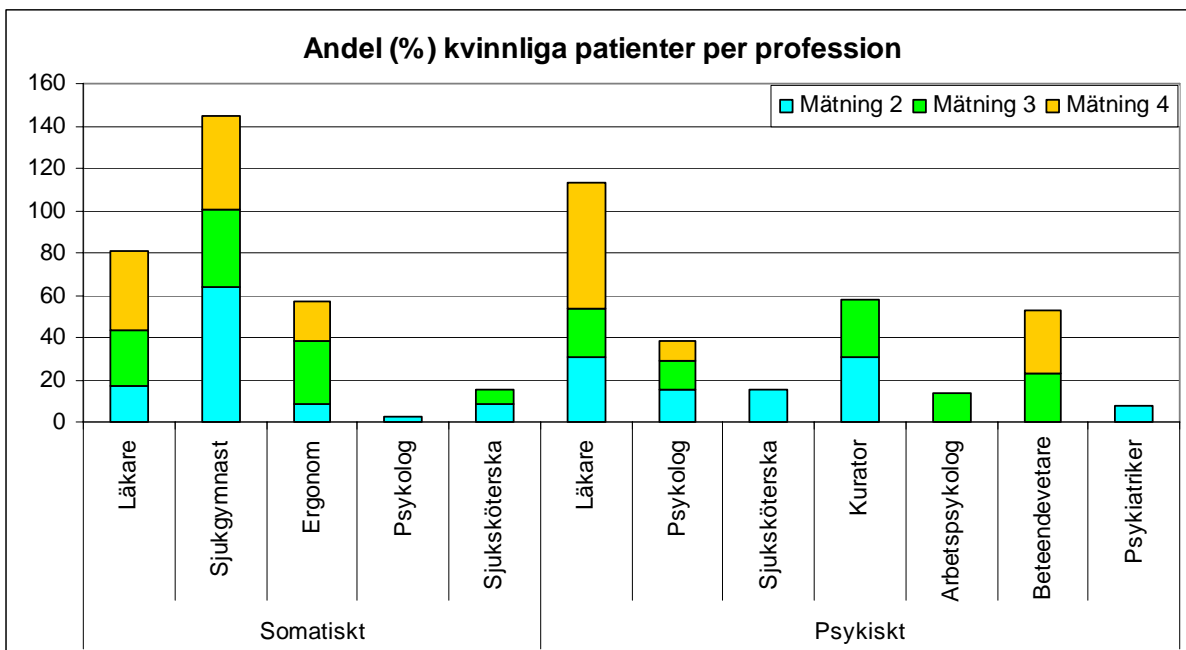
Den genomsnittliga väntetiden för kvinnorna var 8,5 dagar och den genomsnittliga åldern 49,4 år. Finns inget samband mellan ålder och väntetid.

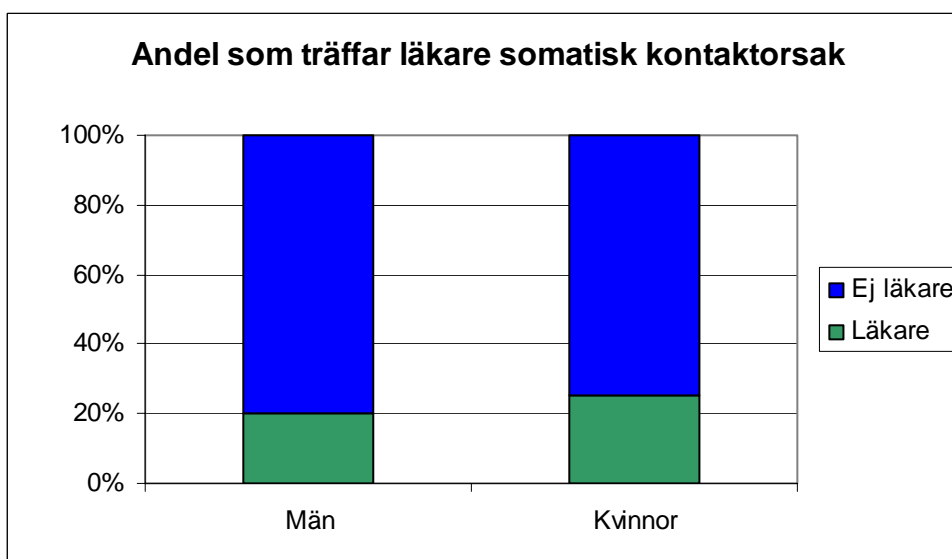
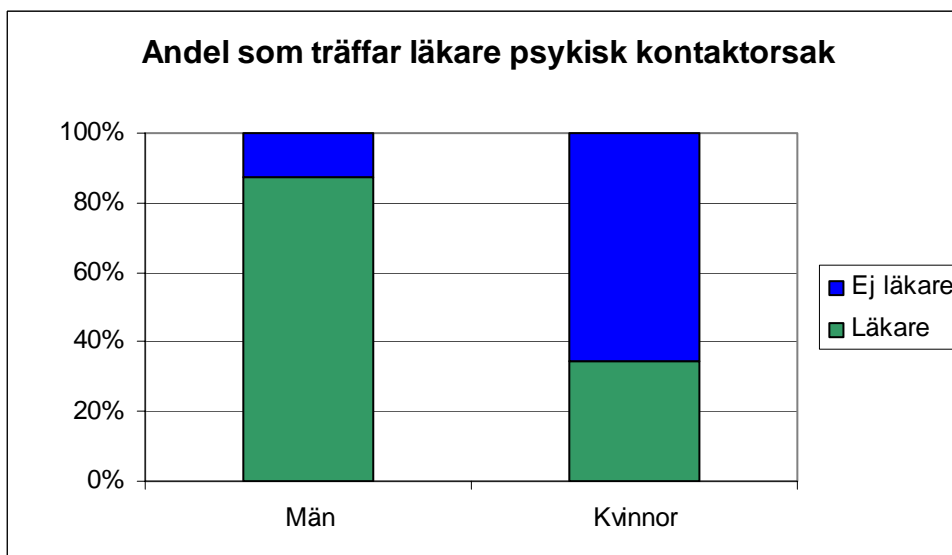
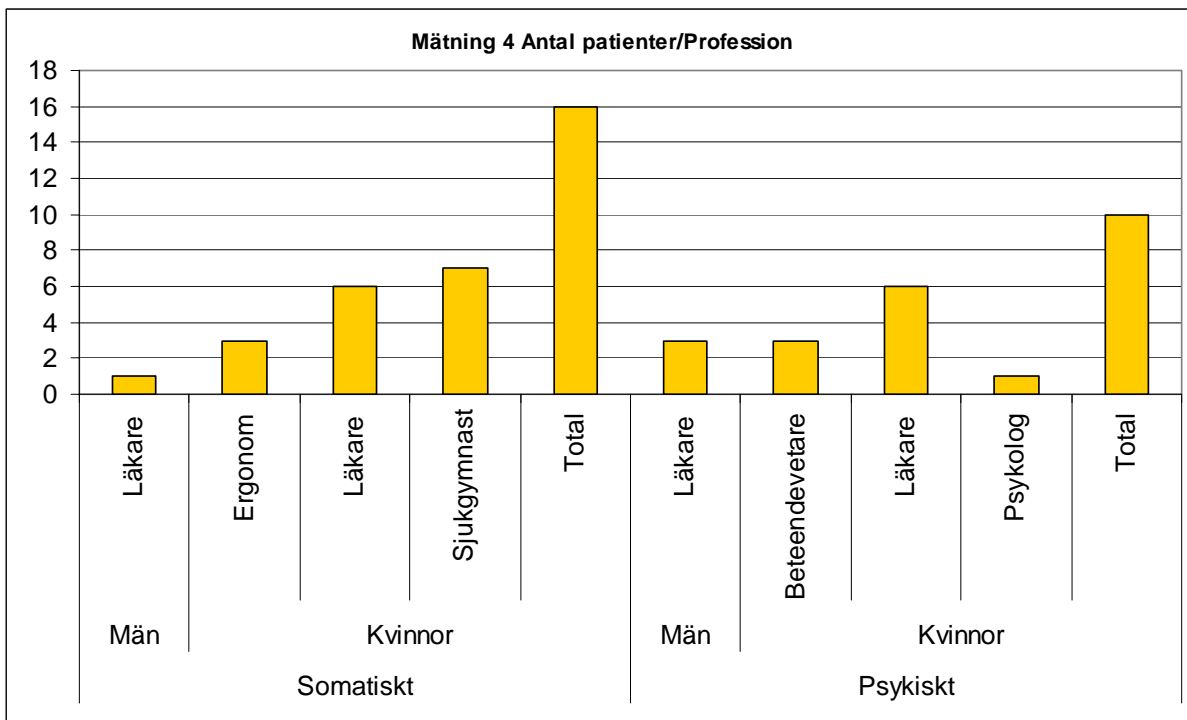
Av kvinnorna var det 13 som fick träffa läkare. Två av dessa blev sjukskrivna, en av psykisk och en av somatisk kontaktsak. De 13 kvinnorna fick i genomsnitt vänta i 12,7 dagar. Fyra kvinnor fick vänta i mer än 20 dagar











Kommentarer mätning 4

Få registrerade fall under denna mätning vilket gör alla statistiska beräkningar osäkra. Endast fyra män ingår i denna mätning och 26 kvinnor, totalt 30 individer. Av dessa 30 är det två som har blivit sjukskrivna, båda män, en av somatisk och en av psykisk orsak.

Den genomsnittliga väntetiden för männen var 19,5 dagar mot 15 dagar för kvinnorna. Den genomsnittliga åldern är 45 år för männen mot 49 år för kvinnorna. Precis som vid tidigare mätningar syns inget samband mellan ålder och väntetid. Oavsett om patienten är ung eller gammal kan väntetiden vara kort eller lång. Alla män hade kontakt med läkare. För kvinnorna var det vanligast med sjukgymnast vid somatiska besvär (44 procent) och läkare vid psykiska (60 procent).

Sett över tid

Med samma reservation som ovan, dvs. urvalet är litet vilket gör statistiken osäker. Fyra mätningar har gjorts, i den första ingick 17 individer (varav sex män), i mätning två 56 individer (sju män), i mätning tre 53 individer (en man) och i mätning fyra 30 individer (fyra män). Sammanlagt har 156 individer ingått i mätningarna, av dessa har 18 varit män och 138 kvinnor.

Väntetiderna uppdelade på kön och somatiskt/psykiskt visar att väntetiden för männen varierar stort mellan de olika mätningarna medan väntetiden för kvinnorna rör sig mindre. För männen är underlaget för litet för att några slutsatser ska kunna dras. För kvinnorna ligger den genomsnittliga väntetiden runt tio dagar med en viss ökning vid den senaste mätningen.

Försäkringskassan – Slutrapport

Syfte med deltagandet i projektet

Det övergripande syftet är att sjukskrivningsprocessen är rätt, lagom och säker och svarar mot både kvinnors och mäns villkor och behov. En sjukskrivningsprocess utan diskriminering utifrån kön.



Marita Nilsson, Bertil Thorslund och Therese Borrman

Teammedlemmar

Strateg mänskliga rättigheter, avdelningen för försäkringsutveckling,
Therese Borrman, therese.borrman@forsakringskassan.se (kontaktperson)

Personlig handläggare, LFC Ystad, Marita Nilsson,
marita.nilsson@forsakringskassan.se

Försäkringsspecialist, LFC Handen, Ulla Culldén,
ulla.cullden@forsakringskassan.se

Verksamhetsstöd, avdelningen för försäkringsprocesser, Gunnel Wahlqvist,
gunnel.wahlqvist@forsakringskassan.se

Prognos och statistik, avdelningen för försäkringsutveckling, Bertil Thorslund,
bertil.thorslund@forsakringskassan.se

Avdelningen för försäkringsutveckling, Balder Klett Sarmentero,
balder.sarmentero@forsakringskassan.se

Sammanfattning

Kvinnor och män är olika sjuka. Fler kvinnor än män är sjukskrivna även om den förväntade längden på sjukskrivningen är likartad. Fler kvinnor än män är sjukskrivna på deltid. Försäkringskassan har avstämningsmöte med en större andel kvinnor än män inom 13 månader. Försäkringskassan begär oftare in kompletteringar till det försäkringsmedicinska beslutsunderlaget för kvinnor än för män. Utfallet för kvinnor är mer positivt än för män efter genomförd arbetslivsinriktad rehabilitering. Det finns ingen skillnad i avslagsfrekvens för kvinnor och män som ansöker om fortsatt sjukskrivning hos Försäkringskassan.

Bakgrund och problem

Försäkringskassan har deltagit i SKL:s projekt Jämt sjukskriven under 2009. Försäkringskassan har inte i likhet med övriga deltagare haft ett team som kommit från samma arbetsenhet och deltagit på samtliga fem lärtillfällen. Tvärtom har Försäkringskassans deltagare representerat många delar av myndigheten. Personliga handläggare eller försäkringspecialister som normalt har ett samarbete med vårdcentraler/resursteam i Kolmården, Skurup och Handen har deltagit i viss omfattning. Från huvudkontoret har det funnits partiellt deltagande från avdelningen för försäkringsprocesser samt avdelningen för försäkringsutveckling. Den här rapporten innehåller resultat från bland annat regeringsuppdrag som Försäkringskassan haft under 2008 och 2009. Vi har även tittat på skillnader och likheter mellan könen i Försäkringskassans ohälsostatistik. Rapporten innehåller inte, till skillnad från de andra teamens rapporter, egna mätningar som har gjorts inom ramen för projektet Jämt sjukskriven.

Ett problem är sedan länge de stora skillnaderna mellan kvinnors och mäns ohälsa. Försäkringskassans statistik visar att skillnaderna i ohälsotalen är större mellan kvinnor och män än mellan länen med högst respektive lägst ohälsotal (12,5 i jämförelse med 12,1 under 2009). Under 2009 beräknas 240 000 personer ha haft en sjukskrivning i minst 30 dagar. Av dessa 240 000 är lite fler än 145 000 kvinnor med en genomsnittlig sjukskrivning på 2,1 månader. Män utgör knappt 95 000 och har en genomsnittlig sjukskrivning på 2,3 månader¹⁷.

Sjukskrivningsprocessen

Försäkringskassan har standardiserade nationella processer för sjukförsäkringen. Syftet är att försäkringen ska tillämpas på samma sätt oberoende av vem som handlägger ett ärende och att beslutsprocessen är rättssäker. Det finns en process för varje typ av beslut, till exempel rehabiliteringspeng, sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning, samordning och förebyggande sjukpenning etc. Processer består av 1) karta, 2) processbeskrivning, 3) vägledning, 4) metodstöd och 5) kalkyl.

¹⁷ Försäkringskassans egen statistikdatabas, STORE

I korthet kan processen för sjukpenning beskrivas på följande sätt:

1. Sjukanmälan inkommer till Försäkringskassan.
2. Försäkringskassan utreder om rätten till sjukpenning finns baserad på underlaget. Eventuellt begärs kompletteringar in.
3. Försäkringskassan bedömer om det finns behov av en fördjupad utredning och en aktiv handläggning och beräknar storleken på ersättningen.
4. Försäkringskassan fattar beslut.
5. Försäkringskassan avslutar ärendet när sjukskrivningen upphör eller bevakar ärendet om det finns fortsatt rätt till sjukskrivning.

Identifierade risker

Regelverket för sjukförsäkringen är neutralt i sin utformning men ska omsättas i en verklighet som är långt ifrån könsneutral, vilket i sin tur innebär att handläggningen av ett ärende på Försäkringskassan riskerar att påverkas av de attityder, föreställningar och förväntningar som finns om kvinnor och män och som alla är bärare av. Det gäller såväl sjukskrivande läkare som arbetsgivare, försäkringskassehandläggare och den sjukskrivna själv.

Här är några exempel på risker:

- Försäkringskassan grundar sina beslut och bedömer rätten till ersättning på det medicinska underlaget som inkommer. Finns det en risk att det medicinska underlaget håller olika kvalitet för kvinnor respektive män? Finns det en risk att Försäkringskassans handläggare tolkar och värderar det medicinska underlaget olika beroende på om det beskriver en kvinna eller en man? Påverkas handläggaren av om det är en kvinna eller man som läkare som utfärdat intyget?
- Det medicinska beslutsstödet bygger på evidensbaserad medicinsk forskning. Medicinsk forskning är oftare baserad på män än på kvinnor. Finns det en risk att det medicinska beslutsstödet därmed utgår från en manlig norm? Sjukskrivande läkare har gjort undantag för det medicinska beslutsstödet, finns det risk för att Försäkringskassan beviljar sjukskrivningen i fler fall som gäller kvinnor alternativt män, ”kvinnliga eller manliga” sjukdomar?
- Sjukskrivningsreglerna tillåter att man får fortsatt sjukpenning om det finns synnerliga skäl. Då krävs att det medicinska underlaget kan styrka att personen är allvarligt sjuk. Finns det en risk att kvinnor respektive män bedöms olika av Försäkringskassan vid fortsatt sjukskrivning utifrån olika förväntningar på kvinnor och män?
- Försäkringskassan har en samordnande roll vad gäller rehabilitering av sjukskrivna. Finns det en risk att den rehabilitering som kvinnor respektive män får påverkas av genussystemet?
- Regelverket för sjukförsäkringen tillåter deltidssjukskrivning på 75,50 och 25 procent av arbetstiden. Finns det en risk att kvinnor och män bedöms ha olika behov av omfattningen på sin sjukskrivning på grund av rådande normer för kvinnor och män?
- Handläggningen av ett ärende styrs av processen för att säkerställa rättssäkra beslut och en snabb beslutsprocess. Finns det en risk för att handläggningstiden blir olika lång för kvinnor och män beroende på att ena könet ges prioritet?

- Ord som bedöma, beakta, ta ställning till förekommer frekvent i processbeskrivningen. Finns det en risk att rådande normsystem för kvinnor och män påverkar handläggarens objektivitet i dessa situationer? Det vill säga hade handläggaren bedömt, beaktat, tagit ställning etcetera på motsvarande sätt om personen varit av motsatt kön?
- Ett centralt moment i handläggningen i sjukpenningärenden är SASSAM-kartläggningen (Bilaga 1). I den sammanställer handläggaren hur personens besvär ser ut medicinskt, socialt och arbetsmässigt. Syftet är att den som är sjukskriven själv ska skatta sina resurser och hinder för återgång i arbete. Finns det en risk att handläggaren lägger olika stor vikt vid de olika delarna i kartläggningen beroende på om det är en kvinna eller man? Till exempel att den försäkrades familjeliv och sociala situation är mer framträdande i kvinnors SASSAM-kartläggning än i mäns och att det omvända förhållandet råder när det gäller arbetsförhållanden?

Mål

Försäkringskassans mål är att processen för sjuk- och aktivitetsersättning, rehabiliteringsersättning samt sjukpenning ska vara rättssäker och opåverkad av kön. Det är också ett mål att Försäkringskassans bemötande och service till personer med sjukskrivning är oberoende av kön. Försäkringskassan ska också bidra till att öka kunskapen om kvinnors och mäns ohälsa till andra samhällsaktörer som har till uppgift att minska ohälsan i samhället.

Målet 2009 för ohälsotalet är 33,5 dagar och för 2012 ligger målet på 27,5 dagar. Det finns inga könsspecifika mål i Försäkringskassans styrkort för kvinnors och mäns ohälsa.

Mått

Försäkringskassans uppföljning av sjukförsäkringen görs systematiskt och består av ett antal olika mått. Nedan följer en presentation av några indikatorer som kan ge en bild av kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster.

Ohälsotalet visar antalet utbetalda nettodagar under en tolv månadersperiod med sjuk- och rehabiliteringspenning samt sjuk- och aktivitetsersättning per person mellan 16 och 64 år.

Falllängden är antal månader från att en person sjukskriver sig och till dess att ärendet avslutas hos Försäkringskassan.

Spridning i sjukskrivningslängd.

Avslag och beviljanden gäller ansökningar om fortsatt sjukpenning.

Tillräckligt medicinskt underlag, dvs. ett underlag som det går att basera ett beslut på.

Andel åter i arbete eller i studier efter genomförd rehabiliteringsinsats.

Hel- och deltidssjukskrivningar innebär 100, 75, 50 eller 25 procents sjukskrivning.

Handläggningstider är det mått som används för att se hur stor andel av ärenden som beslutats eller utbetalats inom ett målsatt antal dagar, exempelvis ”beslut inom 30 dagar från att ärendet inkommit”.

Hur görs mätningarna?

Försäkringskassan är statistikansvarig myndighet för socialförsäkringen. All datainsamling av sjukförsäkringen görs av en särskild statistikenhet på huvudkontoret. Försäkringskassans officiella statistik finns på myndighetens hemsida.

Uppmätt ojämställdhet

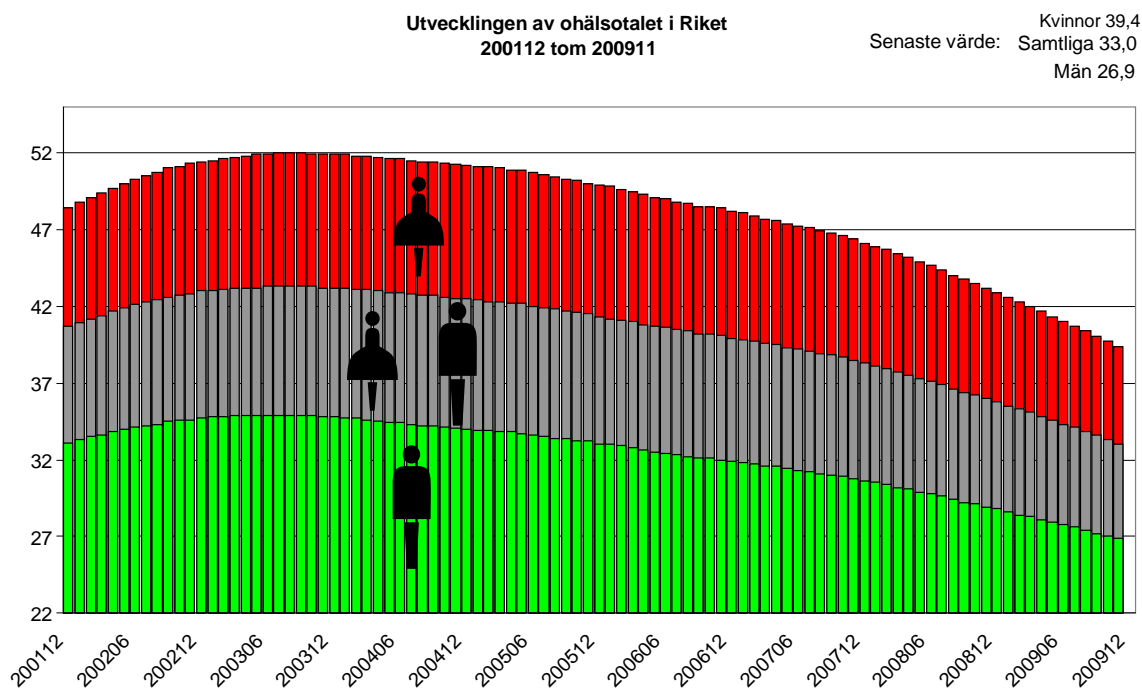
Nedan följer en presentation utifrån ett jämställdhetsperspektiv av statistik och resultat från olika analyser och rapporter som Försäkringskassan har gjort under 2008-09.

Ohälsotalet

Försäkringskassan mäter sjukfrånvaron med ohälsotalet. Ohälsotalet visar antalet utbetalda nettodagar under en tolv månadersperiod med sjuk- och rehabiliteringspenning samt sjuk- och aktivitetsersättning per person mellan 16 och 64 år. Målet för ohälsotalet för 2009 var 33,5 dagar.

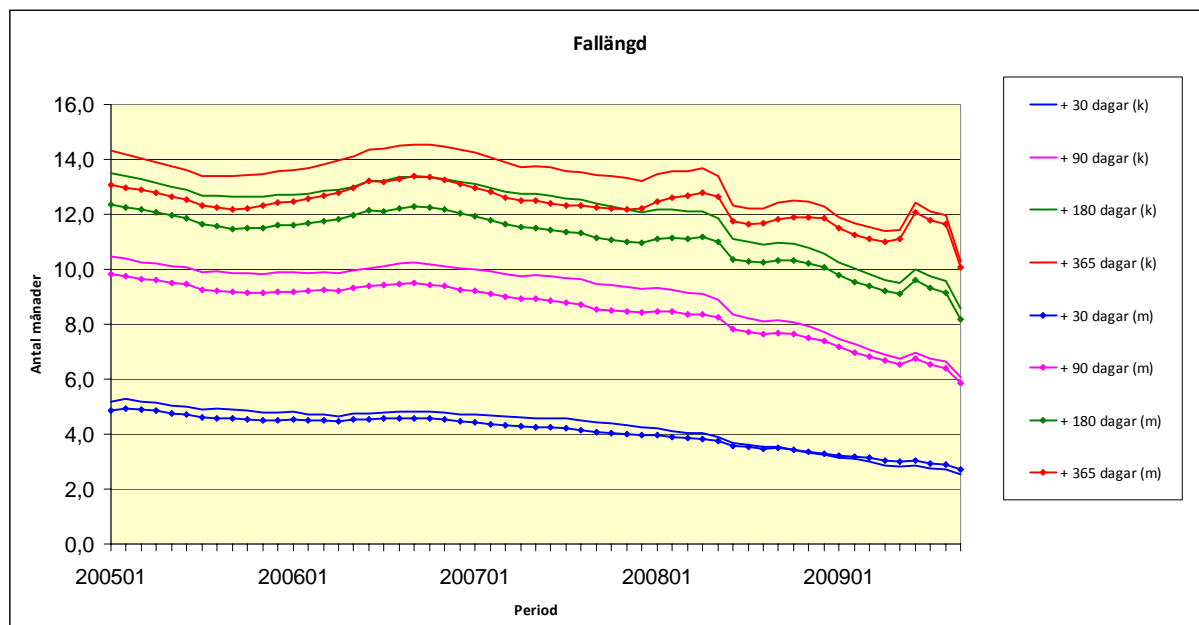
Diagrammet nedan speglar ohälsotalet för kvinnor respektive män samt det könsneutrala ohälsotalet. När ohälsotalet fördelas på kön är det uppenbart att ohälsotalet för män alltid har legat mycket lägre än det nationella målet oberoende av år medan det motsatta förhållandet gäller för kvinnor. Hos dem har det alltid legat väsentligt högre än Försäkringskassans nationella mål.

Ohälsotalet för både kvinnor och män har minskat sedan 2003, och sedan regeländringarna 2008 minskar kvinnors ohälsotal i snabbare takt än mäns. Det beror framför allt på att antalet kvinnor med sjukskrivning har minskat, men också på grund av att tiden för sjukskrivning har blivit kortare.



Falllängd och förväntad längd på sjukfallet

Hur länge personer är sjukskrivna illustreras i falllängder. Falllängden är antal månader från att en person sjukskriver sig och till dess att Försäkringskassan avslutar ärendet. Diagrammet nedan visar förväntad återstående tid på sjukskrivningar som passerar 30, 90, 180 och 365 dagar uppdelat på kön. Generellt är det små skillnader mellan mäns och kvinnors förväntade sjukfallslängder och skillnaderna har dessutom minskat sedan 2008.



Förväntad falllängd för sjukfall som passerar 30, 90, 180 och 365 dagar uppdelat på kön.
(Källa: Store)

- Skillnaderna mellan kvinnor och män som är sjukskrivna längre tid än 30 dagar är relativt liten. Kvinnors sjukskrivning beräknas pågå ytterligare 2,5 månader och mäns i ytterligare 2,7 månader¹⁸.
- Skillnaderna mellan kvinnor och män som är sjukskrivna i mer än 90 dagar är också liten. Kvinnors ytterligare sjukskrivning beräknas pågå i ytterligare 6,1 månader i jämförelse med 5,9 månader för män.
- Av personer som passerar 180 dagar av sjukskrivning beräknas kvinnors sjukskrivning pågå i ytterligare 8,6 månader i jämförelse med mäns 8,2 månader.
- Bland personer vars sjukfallslängd passerar 365 dagar förväntas kvinnors sjukfall fortsätta i ytterligare 10,3 månader och mäns i ytterligare 10,1 månader.

Sedan 2008 har skillnaderna minskat mellan kvinnors och mäns förväntade sjukfallslängder. Kvinnors sjukfall förväntas pågå något längre än mäns med undantag för kvinnor vars sjukfall passerar 30 dagar. Deras sjukfall förväntas bli något kortare än mäns.

Spridning i sjukskrivningslängd

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska garantera en kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Försäkringskassans studie av förändringar i sjukskrivningstider visar att sjukskrivningstiderna blivit kortare generellt. Medianlängden har minskat från 46 till 43 dagar. Det är framför allt sjukskrivningstiderna för kvinnor med fysiska och psykiska diagnoser som har

¹⁸ Värdena avser senast beräknad förväntad falllängd, september 2009

minskat. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet har påverkat mäns sjukskrivningslängd i mindre utsträckning.¹⁹

Avslag och beviljande

En granskning av 2 750 ärenden under 2009 som gäller beslut om fortsatt sjukpenning visar inga skillnader mellan kvinnor och män. 92 procent av kvinnorna beviljades fortsatt sjukpenning i jämförelse med 91 procent av männen.²⁰

Tillräckligt medicinskt underlag

En analys av Försäkringskassans handläggning i ”tidig bedömning” visar att det behövs en större andel kompletteringar av det medicinska underlaget för kvinnor än för män, 35 procent respektive 29 procent.²¹ Det finns dock inga uppgifter om orsakerna till skillnaderna i kompletteringar av underlaget.

Andel åter i arbete eller studier

Försäkringskassans studie av personer som varit sjukskrivna i 60 dagar eller längre visar att andelen som återgår i arbete efter genomförd arbetslivsinriktad rehabilitering ökar. Sett till olika typer av rehabilitering var det främst efter genomförd arbetsträning som återgången i arbete ökade. Utfallet var mer positivt för kvinnor än för män under 2005 och 2006. Det är det omvända mot vad som rapporterats för åren 1999, 2001 och 2003 då utfallet var mer positivt för män.²² Samma studie visar att det under 2006 generellt var omkring 65 procent av sjukskrivningarna som avslutas med att den sjukskrivne blev helt arbetsför. Av dessa var 80 respektive 81 procent bland kvinnor och män åter i arbete, övriga var arbetslösa.

Hel- och deltidssjukskrivningar

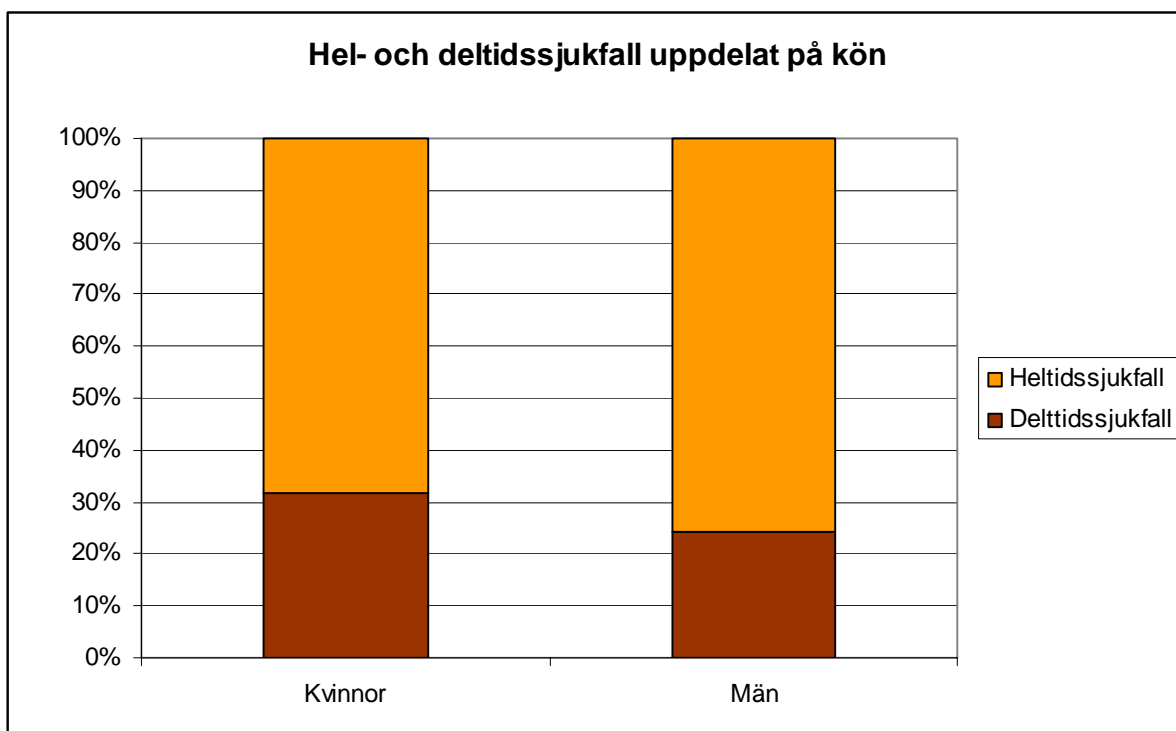
En person kan vara deltidssjukskriven på 75, 50 eller 25 procent av sin arbetstid. Bland sjukskrivna kvinnor är 31,6 procent deltidssjukskrivna, medan motsvarande siffra för män är 24,4 procent.

¹⁹ Socialförsäkringsrapport 2009:5

²⁰ Fortsatt sjukpenning – de bakomliggande skälen till ställningstaganden, dnr 82865-2009

²¹ Tidig bedömning (intern rapport? Dnr?)

²² Socialförsäkringsrapport 2008:8



Diagrammet visar andel pågående hel- och deltidssjukfall i oktober 2009. (Källa Store)

Handläggningstider

För de flesta dag ersättningsförmåner, till exempel sjukpenning och tillfällig föräldrapenning, finns inte handläggningstiden uppdelad på kvinnor och män. Sjukersättning, aktivitetsersättning, vårdbidrag, assistansersättning och handikappersättning har dock könsuppdelade handläggningstider. Dessa redovisas i Försäkringskassans årsredovisning och resultatet visar att det genomgående är små skillnader mellan kvinnors och mäns handläggningstider över perioden 2006 – 2008. Det finns en liten skillnad till kvinnors fördel som är konsekvent återkommande under perioden när det gäller handläggningstiden för sjukersättning och assistansersättning.

Handläggningsprocessen

Handläggningsprocessen består av olika moment som ofta ska ske inom en viss tidpunkt. En av Försäkringskassans studier visar exempelvis att sannolikheten för att ett avstämningsmöte genomförs inom 6 månader är lika liten för kvinnor som för män, 11 procent i jämförelse med 10 procent. Däremot är det betydligt vanligare att kvinnor än män har haft ett avstämningsmöte inom 13 månader, 40 procent i jämförelse med 30 procent.²³ Det saknas studier där man har gjort jämförande analyser ur ett könsperspektiv på dokumentationen från avstämningsmöten eller SASSAM-kartläggningar.

²³ Socialförsäkringsrapport 2008:8

Konsekvenser och analys

Det redovisade resultatet för kvinnor och män uppvisar flera skillnader. Kan dessa skillnader vara tecken på ojämställdhet? Utifrån ett jämställdhetsperspektiv är följande reflexioner värda att begrunda:

- Skillnaderna i förväntade sjukfallslängder mellan kvinnor och män är relativt små, trots att skillnaden i ohälsotalet för kvinnor och män är stor. Det innebär att det är främst **antal** personer som blir sjukskrivna som förklarar skillnaden i kvinnors och mäns ohälsotal. Jämställdhetsproblemet handlar alltså främst om att det är så många fler kvinnor som blir sjuka än män. Vad beror det på? Är kvinnor sjukligare än män? Eller är det skillnaden i kvinnors och mäns livsvillkor som är orsaken till att kvinnor är sjukskrivna i högre grad än män?
- Försäkringskassans statistik visar att kvinnor är deltidssjukskrivna i högre utsträckning än män. Skillnaderna mellan könen kan inte förklaras av att kvinnor i jämförelse med män skulle befinna sig i branscher, län, inkomstklasser m.m. där deltidssjukskrivning är vanligare. Däremot skulle skillnaderna kunna förklaras av orsaker som arbetsmiljö, arbetstider eller ansvar för hem och familj, men dessa förklaringar är inte statistiskt säkerställda.²⁴ Försäkringskassans statistik visar att deltidssjukskrivna ofta arbetar partiellt när de börjar sin sjukskrivning och detta borde vara positivt eftersom individen inte tappar kontakten med sin arbetsplats. Betyder det att män i större utsträckning än kvinnor riskerar att få sämre förutsättningar att återgå i arbete om de i större utsträckning sjukskrivs på heltid i stället för på deltid? Dock finns det studier som visar att deltidssjukskrivning innebär att sjukskrivningstiden förlängs.²⁵ Skulle det i sin tur betyda att kvinnor riskerar att vara sjukskrivna betydligt längre än män därför att de i större utsträckning än män har deltidssjukskrivningar?
- Mätningarna av andel avslag för fortsatt sjukpenning för kvinnor respektive män som Försäkringskassan gör visade inte på några skillnader. Det tyder på att svårt sjuka bedöms utifrån sin diagnos och att könstillhörigheten eller rådande normer för kvinnor eller män inte spelar någon roll i sammanhanget.
- Mätningarna av hur ofta Försäkringskassan begär in kompletteringar av det försäkringsmedicinska underlaget visade att detta oftare skedde för kvinnor än för män. Vad kan detta bero på och vad är konsekvensen? Blir kvinnor överutredda? Eller är det män som blir underutredda? Eller är kvaliteten på kvinnors underlag helt enkelt sämre än mäns och därför behövde de kompletteras? Har det betydelse om det är kvinnor eller män som läkare som skrivit intygen?
- Den studie som visade att det var större sannolikhet att Försäkringskassan hade genomfört avstämningsmöten med kvinnor än med män inom 13 månader tyder på att Försäkringskassan väljer att prioritera kvinnors ärenden. Samma studie visar att ju tidigare ett avstämningsmöte äger rum desto tidigare befinner sig den försäkrade i olika åtgärder. En konsekvens är att män i högre grad än kvinnor kommer i åtgärd senare än inom 13 månader. Eller får män sjukskrivning och åtgärder utan att ha avstämningsmöte?

²⁴ Socialförsäkringsrapport 2008:12

²⁵ *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens* (2004)

- Det medicinska beslutsstödet är ett centralt verktyg i handläggarnas bedömning av rätten till sjukpenning. Det kan finnas en risk att det bygger på en manlig norm då rekommendationerna är baserade på evidensbaserad forskning. Mot bakgrund av att uppföljningen av sjukskrivningslängd och -spridning visar större förändringar av kvinnors sjukskrivningstid än mäns kan beslutsstödet uppfattas utgå från mannen som norm. Eller att kvinnor alltid på osaklig grund har haft för långa sjukskrivningar.
- Resultatet av handläggningstiderna visar att det inte finns några stora skillnader i hur lång tid det tar för Försäkringskassan att fatta beslut och betala ut pengar. Det tyder på att det snarare är komplexiteten i ett ärendeslag än kön som avgör hur länge man måste vänta på ett beslut.

Förändringar som testats

Försäkringskassans deltagande i projektet Jämt sjukskriven har inte medfört några förändringar som har testats. Däremot har Försäkringskassan i samarbete med Skurups vårdcentral tagit fram en enkät för att kunna följa systematiskt hur man agerar i förhållande till kvinnliga och manliga patienter med smärta eller psykisk ohälsa (Bilaga 2).

Resultat

LFC Ystad testade enkäten under en vecka vilket gav ett underlag på totalt 14 ärenden och därför går det ännu inte att dra några slutsatser.

Sammanfattning kring måluppfyllelse

Försäkringskassans mål är en likvärdig service och en rättssäker beslutsprocess oberoende av könstillhörighet. Att fler kvinnor än män får ett avstämningmöte inom 13 månader och att Försäkringskassan begär in kompletteringar av det försäkringsmedicinska underlaget oftare för kvinnor än för män kan indikera att det finns olika förhållningssätt till sjukskrivningar av kvinnor respektive män.

Att systematiskt synliggöra kön i all uppföljning och att ha ett genusperspektiv på arbetet med sjukskrivningar medför större träffsäkerhet och sannolikt bättre resultat för både kvinnor och män i Försäkringskassans verksamhet.

Försäkringskassans statistik över olika mått på ohälsa är uppdelad på kön. Det finns dock få studier från Försäkringskassan som undersöker orsaker eller möjliga förklaringar till likheter eller skillnader i kvinnors och mäns ohälsa. Ett utökat arbete med jämställdhet skulle kunna innebära fler undersökningar med genusansats än vad som genomförs idag.

Kommentarer inför framtiden

Inför framtida motsvarande satsningar bör Försäkringskassan ha en tydlig målsättning med sitt deltagande och ett uppdrag från den egna ledningen att göra vissa undersökningar och mätningar. Att delta i SKL:s pilotutbildning har gett ytterligare perspektiv och en bred förståelse för hur ojämställdhet skapas i det vardagliga, inte bara inom utan också utanför Försäkringskassan. För att uppnå jämställda sjukskrivningsprocesser krävs att alla inblandade aktörer ser till helheten och hur vi påverkar och interagerar med varandra.

Att arbeta med jämställdhet

- En fördel är att ständigt få nya infallsvinklar på gamla problem.
- Det blir mer tidskrävande eftersom varje analys måste göras två gånger, en gång för kvinnor och en gång för män, för att synliggöra eventuella skillnader.
- Det mest givande med projektet har varit att få inblick i resursteamens arbete på vårdcentralerna och möjligheten att diskutera orsaker till ojämsälld hälsa ur flera perspektiv.
- Det svåraste har varit att hitta tiden för att göra hemläxor och att hinna läsa allt som lagts in på den gemensamma grupparbetsplatsen.

Bilagor Försäkringskassan

Bilaga 1 SASSAM-kartan

SASSAM-kartan

Namn		Personnummer
Telefonnummer	Mobilnummer	Telefonnummer arbete (även riktnr)
Syfte		

Kontaktpersoner

Namn, adress	Telefon
--------------	---------

SASSAM – kartläggning – individ

Hinder	Område	Resurser
	1 Kroppsfunktioner	
	2 Psykiska funktioner	
	3 Stressreaktioner/Psykosomatik	
	4 Substansintag	
	5 Historik	
	6 Övrigt	

SASSAM – kartläggning – omgivning

Hinder	Område	Resurser
	7 Sociala förhållanden	
	8 Arbetsförhållanden	
	9 Utbildning - kompetens	
	10 Fritidsintressen	
	11 Professionellt nätverk	
	12 Övrigt	

Motivation

13

Mindre bra med förändring för mig



Bra med förändring för mig

Mindre bra för min omgivning med förändring för mig



Bra för min omgivning med förändring för mig

Sammanfattning – Planering (Behöver inte fyllas i när "plan för återgång till arbete" upprättas vid samma tillfälle som vid SASSAM-samtalet.)

Bilaga 2 Enkät

Försäkringskassan Enkät

Enkät för PHL i samband med SASSAM och upprättande av plan för återgång i arbete. För **alla** patienter mellan 18 och 65år.

Personlig handläggare är man kvinna

Datum (besök/tel.).....

Datum (sjukskrivningsdag).....

Datum (då LokalFörsäkringsCenter får ärendet från tidig bedömning)

.....

Man kvinna födelseår.....

Arbetslös Anställd Egen företagare

Smärta

Har TB (Tidig Bedömning) begärt kompletterande uppgifter?

Både medicinska/arbetslivsinr./andra

ja nej

Psykisk ohälsa

Har TB (Tidig Bedömning) begärt kompletterande uppgifter?

Både medicinska/arbetslivsinr./andra

ja nej

Vilken planering kommer man fram till?

- | | | |
|----------------------------|----|-----|
| • Medicinskt Rehab | ja | nej |
| • Arbetslivsinriktad Rehab | ja | nej |
| • Avstämningsmöte | ja | nej |

Kommentar:

Ordlista

Genus/gender – relationen mellan könen som en social och kulturell konstruktion till skillnad från det biologiska könet. Gender är den engelska beteckningen som ibland används i Sverige. Se även kön.

Genusbias - könsfördomar

Genussystem – mönster av maktrelationer mellan kvinnor och män och definitioner av kvinnlighet och manlighet, könets isärhållande, över- respektive underordning

Jämlikhet är alla individers lika värde. Det innebär rättvisa förhållanden mellan alla individer och grupper i samhället och utgår från att alla människor har lika värde oavsett kön, etnicitet, religion, social tillhörighet m.m.

Jämställdhet – jämlikhet mellan kvinnor och män, ett tillstånd som kan anses råda när kvinnor och män har **samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter** eller när kvinnor och män har samma ställning och inflytande.

Jämställdhetsintegrering – integrering av jämställdhet i alla delar av verksamheten där det är relevant så att service och tjänster svarar mot kvinnors och mäns behov så att god kvalitet uppnås för både kvinnor och män.

Europarådets definition: Jämställdhetsintegrering innebär (om)organisering, förbättring, utveckling och utvärdering av beslutsprocesser, så att ett jämställdhetsperspektiv införlivas i allt beslutsfattande, på alla nivåer och i alla steg av processen av de aktörer som normalt sett deltar i beslutsfattandet.

Kön - *Biologiskt kön* har med fortplantningen att göra, dvs. "hane" eller "hona", genitalier, kromosomer med mera. *Socialt kön* (genus) eller kulturellt kön anger vilken könsroll personen har eller uppfattas ha. Det förändras över tid och ser olika ut i olika kulturer.

Medicinska underlag, MU, för bedömning av arbetsförmåga, tidigare kallat sjukintyg. Det är ett underlag för arbetsgivaren och Försäkringskassan att använda för att ta ställning till om patienten har rätt till ersättning från socialförsäkringen. Det är inte ett renodlat 'intyg' som enbart redogör för iakttagna fakta, utan det rymmer också utlåtanden. Förutom att ge uppgifter om medicinska sakförhållanden gör läkaren en bedömning av patientens arbetsförmåga och förmåge-/aktivitetsbegränsningar. (www.sjukskrivningar.se)

Medikalisering - innebär att allt större delar av människolivet definieras utifrån medicinska ramar, där varje symtom kan behandlas medicinskt. Vi handlar och agerar för att optimera hälsan, t.ex. går vi en promenad för att det är sunt och inte för att vi har lust.²⁶

Sjukskrivning Ett tillstånd där en person får ersättning från Försäkringskassan till följd av förlust av arbetsförmåga av medicinska skäl.

Ohälsotalet - ett mått på utbetalade dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjukersättning/aktivitetsersättning (SA) från socialförsäkringen relaterat till antal registrerade försäkrade (i befolkningen) 16-64

²⁶ Skapar vården ohälsa? Allmänmedicinska reflektioner. Brodersen John, Hovellius Birgitta, Hvas Lotta. Studentlitteratur 2009. Sidan 33.

år. Alla dagar är omräknade till nettodagar, t.ex. blir två dagar med halv ersättning en dag. Ohälsotalet beskriver alltså hur många ersättningsdagar per person i genomsnitt som har ersatts av sjukförsäkringen. Ohälsotalet är Försäkringskassans mått på frånvarodagar som ersätts av sjukförsäkringen under en tolv månadersperiod. Sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare kallat förtidspension) står för den större delen av ohälsotalet, medan sjukpenning och rehabiliteringspenning står för den mindre. Varje tiondel i ohälsotalet motsvarar cirka 600 000 dagars sjukfrånvaro (www.forsakringskassan.se).

Jämt sjukskriven

– ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen

Förbundets skrifter beställs på www.skl.se/publikationer
eller på tfn 020-31 32 30, fax 020-31 32 40.



Sveriges
Kommuner
och Landsting

118 82 Stockholm • Besök Hornsgatan 20
Tfn 08-452 70 00 • Fax 08-452 70 50
info@skl.se • www.skl.se

