

Beslutningstøtte for sykmelder.

Rapport fra delprosjekt
helse



Innhold

Bakgrunn, mandat og organisasjon.....	3
Rapportens formål - oppsummering	3
Hvordan ble oppgaven løst?.....	3
Forarbeid	3
Utvikling av metoder og verktøy	4
Generell sykmeldingsveileder og tidligere arbeid.....	4
Forståelsesramme - Modell.....	4
Maler og verktøy	5
Pilotering	5
Diagnosegrupper og deltakere.....	5
Forarbeid - Opplæring og motivering.....	6
Produksjonen.....	6
Arbeid med diagnoser	6
Etterarbeid og kvalitetssikring.....	7
Publisering, implementering og «innsalg».....	7
Tilrettelegging for integrering med elektronisk pasientjournal	8
Videreutvikling og forvaltning	8
Utfordringer.....	8
Overføringsverdi.....	8

Bakgrunn, mandat og organisasjon

Prosjektets forhistorie, mandat og organisasjon er redegjort for i prosjektplanen. Se vedlegg.

Rapportens formål - oppsummering

I denne rapporten beskriver vi hvordan arbeidet forløp og oppsummerer resultatene. I sum leverte prosjektet mer enn 250 forskjellige medisinsk faglige anbefalinger om sykmelding ved ulike diagnoser og inngrep. Dette skjedde etter vellykkede medvirkningsbaserte fagprosesser. Anbefalingene er kunnskapsbaserte, faglig forsvarlige samtidig. De understøtter omforente politiske mål for sykefraværarbeidet og IA arbeidet. Det er fokus på aktivitet og gradert sykmelding der det er mulig. Anbefalingene er utviklet i konsensus mellom alle faglige interessenter. Brukerorganisasjonene stiller seg bak alle anbefalingene. I prosjektet er det utviklet metoder som kan overføres til utviklingsarbeid mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten.

Hvordan ble oppgaven løst?

Det var delprosjekt helse som leverte de 250 sykmeldingsanbefalingene. Delprosjekt helse hadde ansvar for utvikling og pilotering av metoder og verktøy, prosessledelse ved produksjonen av tekster, samt koordinering, samordning og kvalitetssikring av de faglige anbefalingene. I det følgende beskrives forløp, resultater og våre vurderinger.

Forarbeid

Prosjektet hentet inn kunnskap og erfaringer fra liknende sykmeldingsveiledere i andre land. Overføringsverdien var begrenset av forskjeller i system, roller og rammebetingelser. Sveriges «Beslutningsstød» ble funnet å være av spesiell interesse. Prosjektet besøkte derfor den svenske Socialstyrelsen og fikk kunnskap om deres arbeid. Vi tok hensyn til positive og negative erfaringer som var gjort i Sverige.

Eierskap til prosjektet var og er av stor betydning og samarbeidet mellom partene var derfor av stor betydning fra starten av prosjektet. Det ble lagt vekt på dialog med Legeforeningen og de andre brukerorganisasjonene i den tidligste planleggingsfasen.

En bred referansegruppe bestående blant annet av pasientgrupper og arbeidslivets organisasjoner ble konsultert tidlig.

I løpet av denne prosessen ble det klart at det ville være u hensiktsmessig og faglig tvilsomt å normere etter diagnoser med ett fast uketall. En diagnose og funksjonsnedsettelse har forskjellig konsekvens for nedsettelsen av arbeidsevne. Fiolinisten blir arbeidsufør når lillefingeren knekker, mens den kontoransatte kan arbeide som før. Ordet normering syntes også å skape negative følelser og motstand i brukergruppene og i referansegruppen. Det ble derfor lagt vekt på å snakke om faglige anbefalinger og drøfte konsekvens av en diagnose mot forskjellige belastningskrav. På denne måten fikk de norske anbefalingene med at sykmelding kan være unødvendig når kravene er tilpasset skaden eller sykdommen. Disse semantiske endringene støttet opp under samarbeidsklimaet som var nødvendig for å nå frem til de 250 anbefalingene.

Utvikling av metoder og verktøy

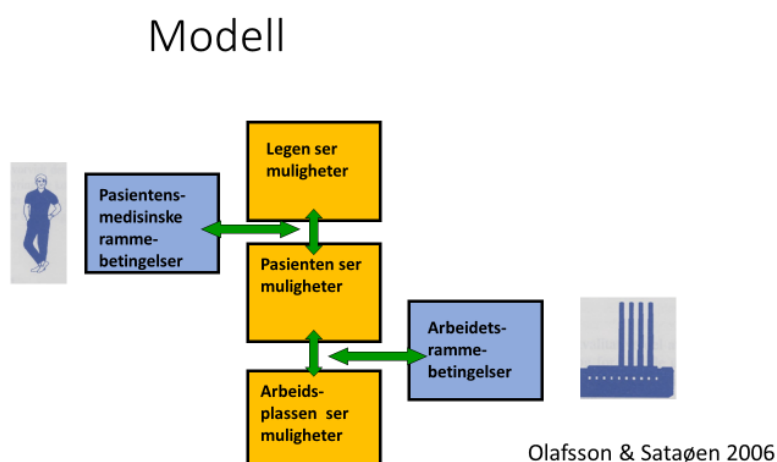
Det fantes ingen ferdig metode eller verktøy for en slik prosess, så utviklingen skjedde i prosjektet. Vi måtte sikre engasjement, eierskap og forankring hos brukergruppene av leger, manuellterapeuter og kiropraktorer. Metoden som prosjektet utviklet satte brukerne i sentrum for produksjonen av anbefalinger. Drøftinger og konsensus om anbefalinger skulle skje mellom forskjellige brukere og interessenter; primærleger, spesialister og rådgivende leger samt for noen diagnosers del, kiropraktorer og manuellterapeuter. Konsensus viste seg å være nødvendig fordi den forskningsbaserte kunnskapen om sykmeldingslengder ved diagnoser er svært sparsom. Det meste av kunnskapsgrunnlaget bak anbefalingene er derfor bygget på faglig konsensus. Metoden som ble utviklet viste seg god til å belyse forskjellige interessentperspektiv og fremme konsensus mellom disse.

Generell sykmeldingsveileder og tidligere arbeid

Mye av sykmeldingsarbeidet som hadde foregått tidligere sammen med sykmeldere og deres organisasjoner var orientert mot arbeidsplassens rolle, samhandlingen mellom sykmelder pasient og arbeidsplass og fokuset på funksjon. Fokuset hadde hittil vært på det relative i hvert enkelt tilfelle, kompleksiteten, diagnosemangfoldet, forekomsten av flere diagnoser på en gang, variasjonen i individuelle forutsetninger, nettverk, familieforhold og arbeidsplassforhold. Blant annet var det utarbeidet en generell sykmeldingsveileder som tok for seg disse spørsmålene i tråd med føringer i IA-arbeidet..

Forståelsesramme - Modell

Å gjennomføre et prosjekt som så ut til å ha et mer medisinsk fokus, og lett kunne oppfattes å gå på tvers av tidligere strategier, krevde en ramme for å forstå at initiativene hadde en sammenheng. Prosjektet brukte i diskusjonene med deltakerne og andre en modell (Olafsson & Sataøen) som viste at diagnoseorienterte anbefalinger var en del av det samme store og komplekse bildet som tidligere var tegnet. Med andre ord at kompleksitet, individualitet og arbeidsplassforhold fortsatt var like viktig, og at samhandling og det individuelle perspektivet fortsatt var avgjørende.



De medisinske rammebetingelsene legger føringer for hva som er mulig, hensiktsmessig og ønskelig ved sykmelding. Korrekt diagnostikk, behandling og oppfølging er avgjørende for et godt forløp. Rådene og samhandlingen rundt aktivitet må bygges på oppdatert medisinsk kunnskap. Denne kunnskapen er i utvikling. Modellen viser tydelig at arbeid med å kvalitetssikre boksen oppe til venstre ikke står i motsetning til det som skjer i det gule midtfeltet eller mot arbeidsplassen. Det kan argumenteres for at økt kvalitet i de medisinske vurderingene gir flere muligheter og sikrer at riktige løsninger blir valgt. Med andre ord gjør det lettere å finne en løsning på arbeidsplassen. Da fremmes aktivitet. Men i noen tilfeller skal full avlastning velges for å få et bedre resultat på sikt. Eksempel. Ved operasjon etter netthinneløsning skal pasienten ha 2 uker full avlastning. Ved hjelp av modellen kunne forholdet til den første generelle veilederen plasseres. Mens den diagnoseorienterte veilederen sikret boksen oppe til venstre støttet den generelle veilederen resten av boksene og overgangen mot de medisinske rammebetingelsene.

På denne måten kunne prosjektet vise at det å skrive en anbefaling for en konkret diagnose ikke underkjente problematikk med hensyn på at det ofte er flere diagnoser og diffuse diagnoser med i ett sykmeldingsforløp, at private og personlige forhold eller utfordringer på arbeidsplassen spiller inn. Alle disse forholdene omtales nemlig i den generelle veilederen.

Maler og verktøy

Prosjektet utviklet maler for anbefalinger og eksempler på disse. Malene ivaretok oppdraget om å gi anbefaling om sykmeldingslengde, men gjorde dette på en drøftende måte i respekt for at diagnoser kan ha forskjellig betydning for mennesker i forskjellige arbeidsmessige eller andre sammenhenger. Prosjektet fikk tydelige føringer fra sin referansegruppe, særlig fra arbeidslivets parter, om å presisere det individuelle perspektivet i beskrivelsen av en anbefaling. Malen inneholdt derfor setningen; «Alle tilfeller må vurderes individuelt». Malen måtte også oppfylle formkrav satt av Helsedirektoratets veiledere. Sykmeldingsarbeid er ikke bare å sykmelde en viss lengde, men også å beskrive på medisinsk faglig grunnlag hva som er trygt å gjøre eller hva man skal avlaste og hvor lenge. Dette danner grunnlaget for råd til arbeidsgiver og ansatt, og åpner muligheter for tilrettelegging eller gradering. Malen inneholdt derfor også konkrete råd om avlastning. Oppsummert inneholdt malen disse elementene;

Anbefalinger vedrørende (full) avlastning, tilpasset belastning (herunder bruk av avventende- og gradert sykmelding) og opptrapping av belastning for de diagnoser hvor det er mulig, sentral medisinsk informasjon om diagnosene, forventet behandlingstid, anbefalinger om forventet sykmeldingslengde samt råd om milepeler for ny vurdering dersom behovet fortsetter. Referanser skulle oppgis der hvor det fantes forskningsbasert kunnskap.

Pilotering

Malen ble først testet ved at fagpersonell i prosjektet skrev to anbefalinger.

Deretter ble metoden og malene ble pilotert i to seanser, henholdsvis i Oslo og Florø (med forskjellige diagnoseområder), med den sammensetning av brukere som var planlagt brukt i produksjonen. I Florø ble det brukt en muskel- skjelett diagnose (tennisarm) slik at gruppearbeid mellom leger, kiropraktor og manuellterapeut ble testet. Piloteringen gav grunnlag for noen mindre endringer i mal og metoder. De ferdige anbefalingene ble deretter lest av flere brukere som gav tilbakemeldinger på tekstene og formuleringene der.

Diagnosegrupper og deltakere

Delprosjekt helse beskrev hovedområder av diagnoser og inngrep som i noen grad samsvarte med diagnosegruppene i diagnosekodesystemet ICPC.

Følgende diagnosegrupper har vært involvert i arbeidet;

Ortopedi, nevrologi og gynekologi, muskel/skjelett, psykiske lidelser, indremedisin (inkludert hjerte-kar og lungesykdommer), infeksjoner, generell kirurgi, øyesykdommer, hudlidelser, kreft og øre/nese/halssykdommer.

Innenfor hvert av disse hovedområdene ble det etablert en arbeidsgruppe, kalt en «diagnosegruppe» bestående av sykmeldere med forskjellig interessentperspektiv. Prosjektet ønsket interessentperspektiv fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, fra yngre/uerfarne leger og fra erfarne sykmeldere, samt fra leger i NAV.

I samarbeid med Legeforeningen og de andre brukerforeningene ble det rekruttert fastleger med spesialitet i allmenntidmedisin og leger under spesialisering i allmenntidmedisin, erfarne spesialister fra spesialisthelsetjenesten og LIS leger fra samme sted. AV- direktoratet rekrutterte rådgivende leger fra NAV. Manuelle terapeuter og kiropraktorer har begrenset sykmeldingsrett og deltok i de to relevante diagnosegruppene muskel-skjelett og ortopedi. Hver diagnosegruppe hadde fasilitator fra prosjektet. Det ble utpekt en leder for diagnosegruppen blant deltakerne. Lederen hadde et ansvar for innhold og fremdrift, og kommuniserte med prosjektet mellom samlingene.

Prosjektet hentet inn ekstra fagfolk i samråd med brukerforeningene der det var nødvendig.

Forarbeid - Opplæring og motivering

Delprosjekt helse utarbeidet informasjonsmaterieil om prosjektets bakgrunn, formål, organisering og metode, samt pilotering og eksempler på anbefalinger. I samarbeid med Norsk Helsenetts videotjeneste ble det spilt inn presentasjoner av dette i korte videoer hvor prosjektgruppens tilknyttede allmennlege presenterte. Linker til disse videoene ble distribuert til deltakerne slik at de møtte forberedt til første samling. Materieilet la vekt på fagfolkenes mulighet til medbestemmelse og betydningen av å ha en sterk faglig forankring av anbefalingene. Det forklarte også tydelig sammenhengene blant annet gjennom modellen vi har presentert tidligere

Produksjonen

Det er avholdt 6 diagnosegruppesamlinger. Tre i 2015 (juni, september og november) og tre i 2016 (februar, april og mai). Om lag 90 leger, manuelle terapeuter og kiropraktorer deltok i arbeidet

Samlingene ble presentert som «produksjonsfabrikker». Disse to-dagers samlingene ble ledet av delprosjekt helse sin tilknyttede fastlege som hadde hatt en sentral rolle i produksjonen av den generelle veilederen. Dette bidro trolig til at legene følte et større eierskap og trygghet i prosessen. Samlingene kombinerte aktiviteter i plenum og arbeid i diagnosegruppene. Plenumsaktiviteter sikret at gruppene hadde en felles forståelse av mål, verktøy og metoder, og fikk for å komme med innspill eller stille spørsmål. Selve produksjonsarbeidet foregikk i gruppene som arbeidet hver for seg. Mesteparten av tiden ble brukt i gruppene. På de siste samlingene var nesten all tid brukt i gruppene.

Arbeid med diagnoser

Gruppene valgte selv hvilke diagnoser eller inngrep de ville skrive anbefalinger på. I utgangspunktet ønsket prosjektet at det ble fokusert på de diagnosene som hadde størst volum av sykmeldinger. Derfor ble det lagt frem lister over diagnoser og sykmeldingsfrekvenser/ lengder. Interessante diskusjoner oppstod. Trenger sykmeldere å

lese om sykmelding ved lumbago? Det ble hevdet at alle vet jo at aktivitet er å foretrekke der det er mulig. Er det ikke viktigere å få råd om inngrep og operasjoner man har lite kunnskap om? Eller sjeldne diagnoser med lav frekvens av sykmeldinger? Gruppene valgte en «begge- deler»- strategi. De skrev anbefalinger for de store og «selvfølgelige» diagnosene fordi disse kunne brukes under veiledning av pasienten med denne diagnosen. Og de skrev anbefalinger ved sjeldne diagnosene eller inngrep fordi sykmelderne trengte det som informasjons og beslutningsstøtte. Troverdigheten til en veileder, og dermed bruken av den, ligger også i at man finner det som man leter etter, ble det hevdet. Ikke alt er selvfølgelig eller statisk og kunnskap er i utvikling. For en del år siden skulle brokkopererte være i ro i 6 uker. Nå er holdningen en helt annen etter større kunnskap og nye metoder. Derfor måtte veilederen eksempelvis kunne svare på spørsmål som; «Hvor lenge er det faglig påkrevet å være avlastet etter en brokkoperasjon?»

Så langt det var mulig forsøkte gruppene å gjøre ferdig de påbegynte anbefalingene i løpet av hver samling. Der hvor det ikke lyktes fikk leder ansvar for å sende anbefalingen i etterkant av møtet. Noen av gruppene forberedte utkast til anbefalinger mellom samlingene.

Samlingene var del av læringsprosess, og naturlig nok førte dette til forbedringer i maler og metoder.

Etterarbeid og kvalitetssikring

Tekstene fra diagnosegruppene ble samlet i prosjektgruppen før de ble gjennomgått faglig, strukturelt og semantisk av deltakerne i prosjektgruppen. Fagansvarlig i gruppen gjennomgikk alle tekstene. Det hvor det var behov for endringer i oppsett og enkel semantikk ble dette slutført i prosjektet. Hvor det var nødvendig med større endringer i innhold, eller supplering av innhold foregikk det kommunikasjon mellom fagansvarlig og gruppeleder inntil gruppeleder godkjente nyt tekst. Det var opp til gruppeleder om hele diagnosegruppen skulle involveres. Det meste av endringene i innhold skjedde fordi det manglet elementer som måtte utfylles.

Alle diagnoser ble oppgitt i ICPC-2, men mappet (kobling mellom samme diagnoser i to kodesystemer) mot ICD-9.

Veilederen er hovedsakelig rettet mot den største gruppen av sykmeldere – allmennlegene. I primærhelsetjenesten brukes kodesystemet ICPC-2 som er et system utviklet for allmennpraksis. Det er relativt grovgranulert, noe som betyr at det for en ICPC diagnose kan finne mange tilstander med forskjellige anbefalinger. Gruppene måtte derfor skrive flere anbefalinger under samme ICPC-2 kode og skilte dem fra hverandre semantisk ved innholdet i overskriften og en mapping mot ICD-9 diagnose som skiller.

Publisering, implementering og «innsalg»

Veilederen ble lansert på Fornebu legesenter 12 april 2016. Den bestod da av 212 beslutningsstøtter. Frem til juni 2016 var det ferdigstilt omlag 250 anbefalinger. En revisjon av generell veileder og omlegging til ny plattform ble slutført 6. desember 2016.

Prosjektet gjennomførte en egen implementeringsstrategi som omtales i en egen delrapport. Men det skal kort nevnes at prosjektgruppen har hold foredrag og innlegg om beslutningsstøtten, og stått på stand under kurs og konferanser for sykmeldere.

Et samarbeid med NEL – Norsk Elektronisk Legehåndbok førte også til at diagnosetekstene kunne integreres med NELs tekst om samme diagnose gjennom APIer til de relevante kapitlene i NEL. Som kjent er NEL kanskje den hyppigst brukte og derfor viktigste medisinske faglige kunnskapskilden i norsk allmennpraksis. Videre har prosjektet deltatt i opplæring av

gruppeledere for smågrupper i allmennpraksis og stilt materiell til disposisjon for gruppene. Medisinerstudentene i 6 år på NTNU har fått kasuistikktraining og introduksjon til veilederne fra prosjektet. Det har også vært utført undervisning om veilederen med beslutningsstøtte ved flere utdanningsinstitusjoner.

Tilrettelegging for integrering med elektronisk pasientjournal

Publisering og tilrettelegging for integrering i elektronisk pasientjournal ble utført av prosjektet. Dette er omtalt i en egen delrapport. Det skal koret nevnes at integrasjonen møtte noen utfordringer med enkelte av allmennlegenes EPJ – leverandører. Beslutningsstøtten er p.t. integrert med sykmeldingsmodulen hos en av leverandørene (CGM). For de øvrige sin del må sykmelder benytte en web løsning som linkes fra EPJ. Prosjektet la stor vekt på anbefalingene som integrert beslutningsstøtte i sykmeldingsmodulen i EPJ. Det faglige arbeidet har tatt hensyn til denne integrasjonen blant annet ved tekstlengde og mapping av ICPC-2 mot ICD-9 og underdiagnoser. Sykmelder fra primærhelsetjenesten skriver en ICPC-2 diagnose på sykmeldingen, men fordi det kan finnes ti forskjellige tekster for beslutningsstøtte på forskjellige tilstander innenfor samme diagnose må han/hun velge tekst. Der hvor det kun finnes en tekst kan den presenteres direkte,

Videreutvikling og forvaltning

En medisinsk veileder vil alltid være avhengig av oppdatering og utvikling, ellers mister den sin troverdighet og aktualitet. En forvaltningsorganisasjon er opprettet for å sikre dette. Der skjer det en fortløpende evaluering av behovet for revisjoner og nye tekster. Legeforeningen er representert i forvaltningsorganisasjonen som administreres av Helsedirektoratet.

Utfordringer

Prosjektet måtte skifte prosjektledelse og faglig ansvarlig underveis, men dette ble håndtert uten at det gikk ut over det faglige innholdet.

Ideologiske diskusjoner innenfor sykefraværsområdet som stilte spørsmål ved prosjektet avtok underveis, men krevde en del innsats og bruk av forståelsesmodeller i starten.

Det har også vært en hårdnakket misforståelse at det å beskrive anbefalinger ved tilstander som er velavgrenset og «enkle» er en nedvurdering av å ha, eller å være sykmelder for, sammensatte og diffuse lidelser, og at det mangler anbefalinger ved disse lidelsene. Det ligger i anbefalingenes natur at man ikke kan skrive anbefalinger for en sammensatt lidelse med mange underdiagnoser i den samme malen som er brukt i dette prosjektet. Veiledning ved sammensatte tilstander må presenteres i et annet format og med mer informasjon. I den generelle veilederen er det allerede slike tekster, men de kan revideres i lys av erfaringene i dette prosjektet. Det vil forvaltningsorganisasjonen ta fatt på.

Overføringsverdi

Etter tilbakemeldinger fra fagfolkene som deltok, og deres organisasjoner, mener vi at metoden som ble brukt har betydelig overføringsverdi. Mye av arbeidet som skal skje for pasientens helsetjeneste vil skje *mellom* forvaltningsnivåene. Metodene i delprosjekt helse var innrettet på arbeid mellom forvaltningsnivåene. Evalueringseansene i våre samlinger viste at metoden fremmet dialog, innblikk i andres interessentperspektiv og konsensus. Metoden kan fremstå som tid- og ressurskrevende, men viste seg effektiv ved at et stort volum ble produsert på relativt kort tid. Fagfolk hadde i perioder på 2 dager avsatt hele sin tid til oppgaven. Ved de fleste andre metoder må en oppgave konkurrere med andre viktige oppgaver. Metoden fremmet også en følelse av felleskap, glød og entusiasme som viktige

drivkrefter for et godt resultat. Innsikten i andre gruppedeltakeres perspektiv gav åpenbar merverdi ut over prosjektets mål. Mange deltakere fortalte om nye erkjennelser om hvor forskjellig diagnosespekteret er mellom 1 og 2 linje, og om verdien ved å få innsikt i dette.

