

VO  
Kaj Ekvall

# Införande av SRS på region

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>INLEDNING.....</b>	<b>3</b>
1.1	BEHOVET AV EN METOD FÖR INFÖRANDE.....	3
1.2	WEBBPLATSEN RATTSSJUKSKRIVNING.SE.....	4
1.3	ERFARENHETER FRÅN PILOTINFÖRANDE AV SRS.....	4
1.4	ANVÄNDARLOGGAR.....	6
<b>2</b>	<b>METOD FÖR KONTROLLERAT INFÖRANDE.....</b>	<b>7</b>
2.1	INFÖRANDE PER REGION.....	7
2.1.1	<i>Införande i tre steg.....</i>	7
2.2	FRAMGÅNGSFAKTORER FÖR INFÖRANDE.....	7
2.3	INFÖRANDE AV SRS BEDÖMNINGSSTÖD – STEG FÖR STEG.....	8
2.3.1	<i>Informationsmöte regioner - Tidsåtgång: 1-1,5 tim.....</i>	8
2.3.2	<i>Informationsmöte vårdenheter - Tidsåtgång: 1- 1,5 tim./ möte.....</i>	9
2.3.3	<i>Uppstartsmöte med vårdenheter - Tidsåtgång: 1-1,5 tim. / möte.....</i>	10
2.3.5	<i>Öppna och riktade supportmöten - Tidsåtgång: 1 tim./möte.....</i>	10
2.3.6	<i>Löpande support.....</i>	11
<b>3</b>	<b>INFÖRANDE I SAMVERKAN MED REGIONER.....</b>	<b>12</b>
3.1	STYRANDE PRINCIPER.....	12
3.2	PLANERING AV INFÖRANDE.....	12
3.3	SAMVERKANSFORMER.....	12
3.4	SRS ROLLER OCH ANSVAR I REGIONEN.....	13
3.4.1	<i>Regionsnivå:.....</i>	13
3.4.2	<i>Vårdenhetsnivå:.....</i>	14
3.5	MÖTEN, AKTIVITETER OCH ANSVARSFÖRDELNING.....	14
3.5.1	<i>Informations- och arbetsmöte med region:.....</i>	15
3.5.2	<i>Informationsmöte med vårdenheter:.....</i>	16
3.5.3	<i>Uppstartsmöte:.....</i>	17
3.5.4	<i>Uppföljningsmöte :.....</i>	17
3.5.5	<i>Supportmöte:.....</i>	18
<b>4</b>	<b>UTVÄRDERING AV INFÖRANDEMETOD UNDER PILOTEN.....</b>	<b>19</b>
4.1	ANVÄNDNINGSFREKVENNS OCH UPPLEVD NYTTA.....	19
4.2	FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ETT LYCKAT INFÖRANDE.....	20
4.2.1	<i>Viljan att förändra och utveckla verksamheten.....</i>	20
4.2.2	<i>Ett utbrett och förankrat engagemang.....</i>	20
4.2.3	<i>Frigörande av tid och utrymme.....</i>	21
4.3	UTMANINGAR KOPPLAT TILL INFÖRANDE AV SRS BEDÖMNINGSSTÖD.....	22
4.4	BEHOV AV INFÖRANDESTÖD.....	23
4.5	SLUTSATSER.....	24

## 1 Inledning

Förutom att utveckla och utvärdera SRS bedömningsstöd har SRS-projektet även haft som uppdrag att identifiera och utvärdera effektiva metoder för en framgångsrik implementering. I arbetet ingick att ta fram en metod för effektiv igångsättning av bedömningsstödet.

Metoden har prövats och utvärderats av ca 200 användare på de totalt över 23 vård- och hälsocentraler som deltagit i SRS pilot 1 (2017/2018) och pilot 2 (2019-2020).

Både SRS pilot 1 och 2, pågick under en tidsbegränsad period, vilket ställde krav på att användningen av bedömningsstödet kom igång så fort som möjligt för att projektet skulle kunna utvärdera både metod för införande och igångsättning, och själva effekterna av bedömningsstödet i verksamheterna.

Erfarenheter från införande av andra stödsystem visar att det kan ta tid att införa och att få igång ett kontinuerligt användande.

SRS bedömningsstöd är ingen komplicerad eller svår applikation att lära sig hantera. Utmaningen ligger snarare i hur användare och organisation ska använda kunskapen som systemet ger. Om användaren agerar och använder kunskapen, kommer det att påverka arbetet med sjukskrivningar och rehabilitering på vårdenheten på flera sätt. Förutom att påverka den enskilda läkarens arbete med sjukskrivningar och sjukintygsskrivande, påverkas också vårdteamet och andra aktörer, både interna och externa, som är delaktiga i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, till exempel patienten och arbetsgivaren.

### 1.1 Behovet av en metod för införande

Införande av kunskapssystem som påverkar arbetssätt, rutiner och beteenden i verksamheter som är utsatta för hård arbetsbelastning kan skapa negativ stress. Därför behövs effektiva metoder som ger rätt stöd vid olika faser i förändrings-processen, annars kan ett införande försvåras.

Vårdenheterna som deltagit i SRS piloterna har alla haft sina egna resor från de gamla arbetssätten mot de nya, med varierande hastighet och utmaningar under de olika faserna. Det blev tydligt att det fanns ett behov av att använda en strukturerad metod för att hantera införandet av SRS bedömningsstöd hos pilotverksamheterna.

Under den första piloten erbjöd SRS-projektet stöttning till de deltagande vård- och hälsocentralerna. Bland annat genom fysiska besök och en tät kontakt mellan SRS-projektet och samtliga vårdenheter.

Under den andra piloten, där fler vård- och hälsocentraler deltog, var målet att flytta ansvaret för införandet till de deltagande vårdenheterna, både när det gällde utbildning, uppstart och att få upp användningen på en stabil nivå. Syftet var att hitta

ett upplägg som gör det möjligt att införa tjänsten brett i regionerna, och av resursskäl måste införandet ske relativt självständigt på vård- och hälsocentralerna.

SRS-projektet har använt etablerade metoder och modeller för förändringsledning. Baserat på idén om förändringens fyra rum (Claes Janssen)<sup>1</sup> och ADKAR-modellen<sup>2</sup> har SRS-projektet arbetat fram en metod för att guida vårdenheterna genom de förändringar som krävs för att användningen av bedömningsstödet ska komma igång.

## 1.2 Webbplatsen [rattsjukskrivning.se](https://rattsjukskrivning.se)

På webbplatsen finns fördjupad information om SRS-projektet, bedömningsstödet ingående delar (riskberäkning, råd och åtgärdsrekommendationer och nationell statistik) och utbildningsmaterial för användare. För den som vill fördjupa sig eller skaffa sig en god grundkunskap inom försäkringsmedicin och sjukskrivning finns även fördjupningsmaterial om detta på webbplatsen.

Webbplatsen är också en viktig kanal för kommunikation mellan SRS-förvaltningen och användare och är även den primära kanalen för support till användande vård- och hälsocentraler.

## 1.3 Erfarenheter från pilotinförande av SRS

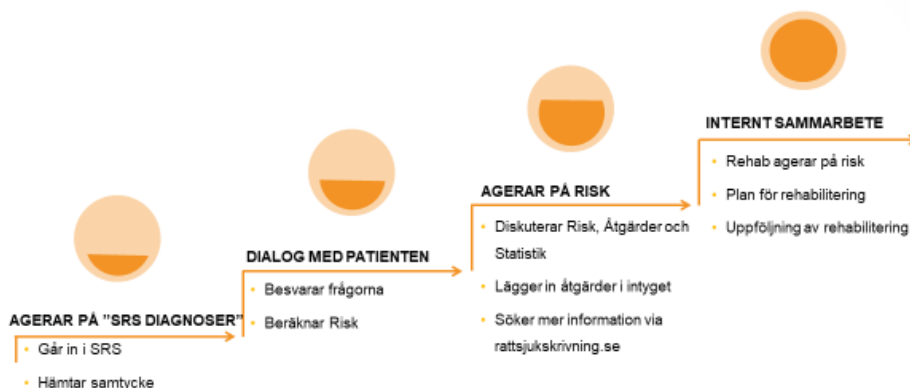
Baserat på erfarenheterna från den första piloten tog SRS-projektet fram en så kallad ”mognadstrappa”, som beskriver de olika stegen en vårdenhet går igenom när SRS bedömningsstöd införs. Med stöd av mognadstrappan går det att bedöma hur långt en specifik vård- eller hälsocentral har kommit i sitt införande och vilket stöd som behövs för vidare utveckling i användandet.

---

<sup>1</sup> Claes Janssens forskning ”Förändringens fyra rum” är en teori om förändring och handlar om hur en individ eller en grupp färdas genom olika stadier i en förändringsprocess: <https://www.forandringensfyraorum.se/>

<sup>2</sup> ADKAR-modellen beskriver de olika steg som individer går igenom i en förändring och som måste hanteras för att nå framgångsrika och bestående förändringar: <https://www.prosci.com/adkar/adkar-model>

## Mognadstrappa



**Figur 1: Mognadstrappa för användning av SRS bedömningsstöd på vård- eller hälsocentral.**

När en vårdenhet når de två översta stegen på mognadstrappan uppstår de stora nyttoeffekterna av bedömningsstödet och blir då kännbara för de olika professionerna som arbetar med sjukskrivning och rehabilitering på vårdenheten. Det är därför viktigt att vårdenheterna avancerar minst upp till det tredje steget på mognadstrappan så snart som möjligt, helst redan under uppstartsfasen.

Det har blivit tydligt under både pilot 1 och 2 att graden av användning hänger ihop med möjligheten att avancera på mognadstrappan. För att en vårdenhet ska avancera krävs följande användningsmönster under en längre tids användning:

- SRS bedömningsstöd används vid skapande av läkarintyg för sjukpenning i minst 40% av fallen för de diagnoser som finns i bedömningsstödet. (se bilaga 1 SRS Pilotdiagnoser)
- Användningen av SRS bedömningsstöd bör innefatta användning av samtliga ingående delar ( riskberäkning, råd och åtgärder och nationell statistik.)
- Majoriteten av de intygsskrivande läkarna på vårdenheten, inklusive eventuella hyr- och stafettläkare, behöver använda SRS bedömningsstöd.

Genom att föra en dialog med deltagande vårdenheter om vilka utmaningar de mött i införandet, har SRS-projektet kunnat göra en bedömning av vilken fas i införandet enheten befunnit sig i. Utifrån bedömningen placerades enheterna in i mognadstrappan och stödet kunde anpassas för att stötta enheterna framåt i förändringsarbetet.

## 1.4 Användarloggar

Till hjälp under och löpande efter införandet finns användarloggar som analyseras och visar användandet av SRS bedömningsstöd för varje enskild vård-/hälsocentral. Sammanställningen görs veckovis och statistiken återkopplas till användande enheter och till regionen.

Användarloggarna sammanställer:

- det totala antalet *nya* utfärdade sjukintyg med en diagnos som SRS bedömningsstöd stödjer:
  - i hur många av de intygen läkaren har använt SRS bedömningsstöd
  - i hur många av dessa intyg läkaren har gjort en riskberäkning
- det totala antalet *förlängda* intyg med en diagnos som SRS bedömningsstöd stödjer:
  - i hur många av dessa läkaren har använt SRS bedömningsstöd
  - i hur många av dessa läkaren har gjort en riskberäkning

Ur loggarna går också att läsa ut om användandet av SRS bedömningsstöd är *stabilt över tid* på vårdenheter, vilket kan vara till nytta vid uppstart av nya vård-/hälsocentraler. Med stabil användning menas att flertalet av de intygsskrivande läkarna på vårdheten använder bedömningsstödet och att användningsfrekvensen håller sig ungefär på samma nivå vecka efter vecka.

## 2 Metod för kontrollerat införande

Ett *kontrollerat införande* är en införandemetod i tre steg för införande av SRS bedömningsstöd. Syftet är att få användare att så snabbt som möjligt (3-6 mån) komma igång med användandet. När nyttoeffekter uppstår hos användarna driver detta i sig användandet.

Tanken med införandemetoden är att skapa en vilja hos övriga vårdenheter i regionen att följa efter (pull till skillnad mot push).

### 2.1 Införande per region

För att uppstarten av bedömningsstödet ska kunna göras kontrollerat startar användandet gruppvis. Tanken är att majoriteten av de utvalda användarna som startar först ska motiveras, utbildas och komma igång med användandet av bedömningsstödet. Varje grupp av vård- eller hälsocentraler som startar upp består av ungefär 10 vårdenheter.

#### 2.1.1 Införande i tre steg

Stegen i Införandet ser ut enligt följande:

**Steg 1** – leds och genomförs av SRS-projektet/-förvaltningen i samverkan med Regionen, med en utvald grupp motiverade vård-/hälsocentraler. I steg 1 byggs kompetens och kunskap om bedömningsstödet upp samt struktur för arbetet med införande i regionen, samtidigt som en förvaltningsstruktur etableras på regionen. I detta steg sker också överlämning av stödmaterial för införande och ansvaret för införande förs över till regionen.

**Steg 2** – leds och genomförs av Regionen med stöd av SRS-projektet/-förvaltningen. De vårdenheter som ingår i steg 2 är också utvalda baserat på engagemang och motivation att själva ta ett aktivt ansvar för uppstart på den egna enheten.

**Steg 3** – leds och genomförs av Regionen. Uppstart som i steg två men efter en tid från första införandesteget, då nyttoeffekter börjar ses, studiebesök har genomförts, etc. Steg 3 startas när regionen anser det lämpligt.

### 2.2 Framgångsfaktorer för införande

Metoden för införande bygger på erfarenheter från SRS piloten 2017-2020.

Framgångsfaktorer som observerats är följande:

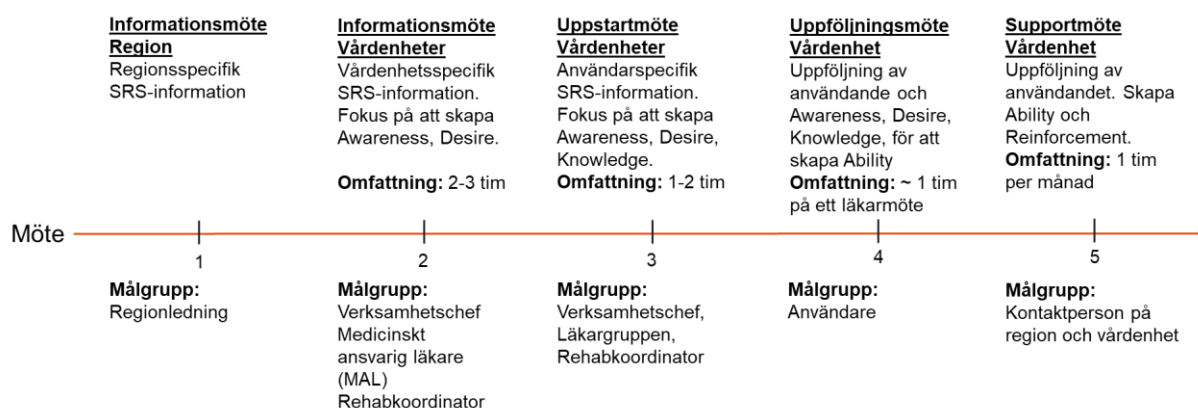
- Motivation och drivkraft att komma igång med SRS bedömningsstöd och att utveckla sitt arbete med sjukskrivning bör finnas. Denna motivation behöver delas av hela medarbetargruppen.
- Tydligt ledarskap, bra kommunikation och ett bra internt samarbete i vårdteamet bör finnas på plats.

- De berörda medarbetarna behöver ha uthållighet och det måste finnas en vilja på enhetsnivå att tilldela tid för det interna förändringsarbetet samt att inte alltför många konkurrerande initiativ och projekt är aktuella samtidigt med uppstarten av SRS bedömningsstöd.
- Ett grundläggande intresse för digitalisering och en strävan att uppnå en digital mognad inom verksamheten är det en stor fördel

Det är viktigt att säkra dessa framgångsfaktorer i det första steget av införande på en region.

## 2.3 Införande av SRS bedömningsstöd – steg för steg

Införandemetoden bygger på ADKAR- modellen och på erfarenheter från införandet och uppstarten av piloterna 2017/2018 och 2019/2020. Hela införandefasen har utvärderats under piloterna för att ytterligare kunna anpassas och användas vid ett breddinförande. Stödmaterial för metodens alla steg har tagits fram och finns tillgängligt på projektplatsen.



**Figur 2 - Bilden visar införandemetodens möten med användare under uppstartsperioden**

### 2.3.1 Informationsmöte regioner - Tidsåtgång: 1-1,5 tim

Regioner som visat intresse för SRS bedömningsstöd erbjuds ett första informationsmöte med SRS-projektet/-förvaltningen. Mötet är grundläggande för en överenskommelse om ett kommande införande. I informationsmötet deltar ansvariga i regionen, såsom representant för regionledning, primärvårdsledning samt processledare för sjukskrivning och rehabilitering samt verksamhetschefer på vårdenheter.

Regionens medverkan är nödvändig och en viktig del i införandet och det förändringsarbete ett införande innebär.



### **2.3.2 Informationsmöte vårdenheter - Tidsåtgång: 1- 1,5 tim./ möte**

Informationsmöte för vårdenheter är en orienterande genomgång av SRS bedömningsstöd och hålls av SRS-projektet/-förvaltningen. Syftet med mötet är att skapa en medvetenhet om SRS bedömningsstöd samt att skapa en vilja hos deltagarna att vara med. Detta skapas genom att ge svar på frågan varför bedömningsstödet tagits fram, hur det fungerar och vilka nyttor som användande av bedömningsstödet ger. Önskvärt är att enhetschef, rehabiliteringskoordinator och läkare deltar från respektive enhet.

#### ***Enkät om Nuläget ger ett utgångsläge - Tidsåtgång: 2-3 tim.***

Enkäten besvaras av enhetschef, rehabiliteringskoordinator och representant för läkare. Att kartlägga nuläget är en viktig del i förändringsarbetet och används för att göra användarna medvetna om sin situation idag, och skapa en vilja till förändring.

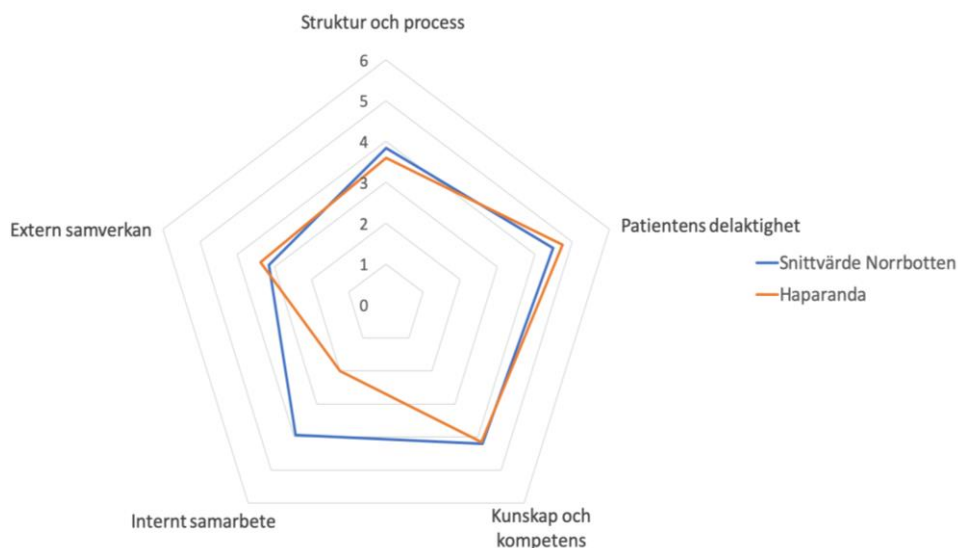
Enkätens resultat sammanställs i en profil för varje vårdenhet som visar nuläget fördelat över fem olika områden kopplade till arbetet med sjukskrivning och rehabilitering:

- struktur och process
- patientens delaktighet
- kunskap och kompetens
- internt samarbete
- extern samverkan

Som komplement till profilen tas nyckeltal fram.. Detta möjliggör statistisk uppföljning efter en tids användning av bedömningsstödet. Nyckeltal där det är troligt att se förändringar är:

1. antal listade patienter
2. antal pågående sjukfall/1000 listade
3. antal heltids- respektive deltidssjukskrivningar
4. antal kompletteringsbegäran
5. diagnosfördelning
6. könsfördelning
7. sjukskrivningslängd

Profilerna fungerar som underlag för vårdenheterna för vilka förbättringar de vill göra i samband med införandet av SRS bedömningsstöd i verksamheten. Detta är ett viktigt steg i vårdenheternas förändringsarbete, att skapa medvetenhet och en vilja att förändra och utveckla verksamheten. Profilerna kan följas upp regelbundet för att se vilka förflyttningar som har skett.



**Figur 3 - Bilden visar profilen för en hälsocentral (orange) och den genomsnittliga profilen för samtliga pilotenheter i region Norrbotten (blå) i pilot 2**

Utifrån enkäten och kännedom om vård-/hälsocentralerna placerar regionen sedan in vilket införandesteg (1, 2 eller 3) som passar enheten.

### **2.3.3 Uppstartsmöte med vårdenheter - Tidsåtgång: 1-1,5 tim. / möte**

Uppstartsmötet är en genomgång av SRS bedömningsstöd för vård-/hälsocentralernas användare (framför allt läkargruppen och rehabiliteringskoordinator) med fokus på hur man arbetar i bedömningsstödet. Mötet sker före lansering av bedömningsstödet. Under detta möte är syftet att skapa medvetenhet om SRS bedömningsstöd samt att skapa en vilja hos deltagarna att använda stödet i sitt dagliga arbete. Inför uppstartsmötet skall användarna ha tagit del av utbildningsfilmer och lathundar som finns tillgängliga via [rattsjukskrivning.se](http://rattsjukskrivning.se)

### **2.3.4 Uppföljningsmöte med vårdenheter - Tidsåtgång: 0,5 tim.**

Ett uppföljningsmöte bokas med användande vård-/hälsocentraler ca fyra till sex veckor efter införandet. Fokus i detta möte ligger på kunskap och användande. Mötet bokas med varje vård-/hälsocentral för sig och företrädesvis på något av de läkarmöten som sker regelbundet. På detta möte bör även rehabiliteringskoordinator och verksamhetschefen delta.

Syftet med detta möte är att fånga upp hur det går för vårdenheten med införandet och användningen av SRS bedömningsstöd. Statistik för enheten återkopplas och eventuella frågor och funderingar fångas upp, för att undanröja eventuella hinder i användningen.

### **2.3.5 Öppna och riktade supportmöten - Tidsåtgång: 1 tim./möte**

Under införandet av SRS bedömningsstöd rekommenderas att hålla *öppna supportmöten* regelbundet. Syftet med öppna supportmöten är att direkt hantera

användarfrågor och fokusera på att få igång ett konsekvent och högt användande. Användare kan ringa in till mötet för att ställa frågor, få stöd i användningen av bedömningsstödet och dela erfarenheter med varandra. Användningsstatistiken för varje vårdenhet redovisas över tid och enheter som har en låg användningsgrad uppmärksammas, eventuella utmaningar kan fångas upp och vårdenheterna kan få stöttning.

De vårdenheter som har svårt att komma igång med användningen av SRS bedömningsstöd bör erbjudas individuella, *riktade supportmöten*. Vid ett sådant möte finns möjlighet att gå in djupare på enhetens användningsstatistik, deras upplevda problem eller orsakerna till att de inte fått igång användningen.

Syftet med dessa möten är att förstärka och öka enheternas förmåga att komma igång och upprätthålla användandet av SRS bedömningsstöd i det dagliga arbetet.

### **2.3.6 Löpande support**

För att säkerställa att användningen av SRS bedömningsstöd fungerar utan hinder eller avbrott, finns en supportstruktur för att svara mot såväl användningsrelaterade problem, som rent tekniska problem som buggar och driftstörningar.

Användande vårdenheter får löpande support på vardagar och når supporten både via hemsidan [rattsjukskrivning.se](https://rattsjukskrivning.se) och direkt via mejl eller telefon. För att säkra tillgänglighet och stabilitet i SRS bedömningsstöd, finns även en teknisk supportorganisation i förvaltningen..

Under piloterna 2018 och 2019/2020 har SRS-projektet ansvarat för både supporten och förvaltningen av SRS bedömningsstöd.

### **3 Införande i samverkan med regioner**

Detta kapitel beskriver hur införandet av SRS bedömningsstöd sker i samverkan med regioner och tydliggör hur ansvarsfördelningen mellan SRS-förvaltning, region och vårdenhet ser ut för de olika aktiviteter som ingår i införandet.

#### **3.1 Styrande principer**

- SRS-förvaltningen inför bedömningsstödet gemensamt med regionen på vårdenheterna.
- Regionen utser kontaktperson som tillsammans med SRS förvaltningen etablerar SRS bedömningsstöd i regionen.
- SRS förvaltningen etablerar kunskap om bedömningsstödet hos regionen för att möjliggöra fortsatt införande och etablera en användarnära support.

#### **3.2 Planering av införande**

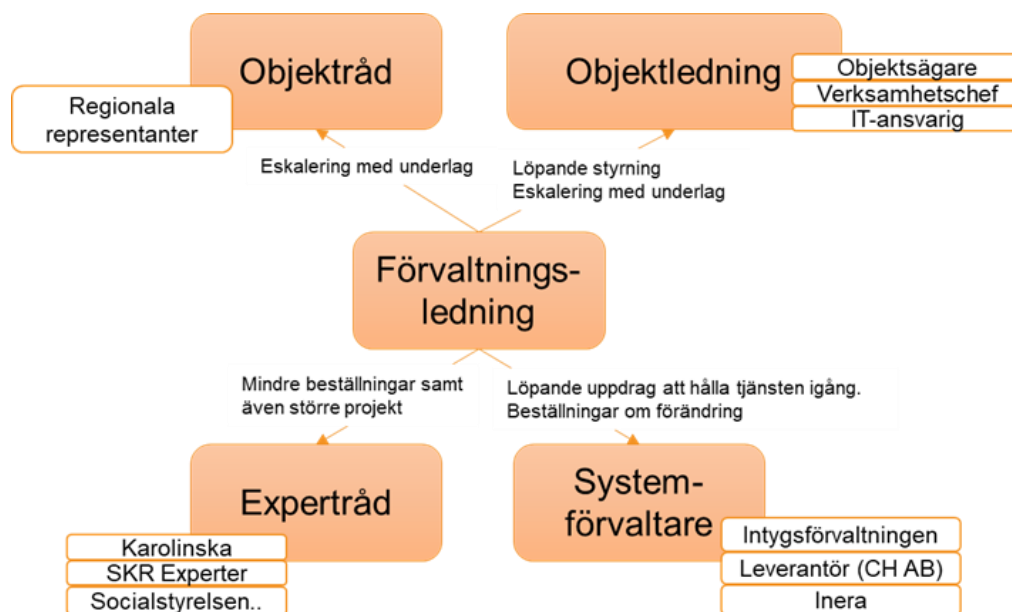
SRS förvaltningen tar fram en införandeplan tillsammans med regionen. Den övergripande införandeplanen ska minst omfatta följande områden:

- Införandeprocessen
- Aktiviteter
- Grov tidplan
- Ansvar mellan parterna
- Styrning
- Rapportering
- Personal
- Etablering av processer och fora för samverkan

#### **3.3 Samverkansformer**

Samverkan med regioner sker genom SRS-förvaltning och support.

I förvaltningens objektråd deltar representanter från regioner. Objektrådet är rådgivande avseende framtida utveckling av tjänsten och har fokus på verksamhetsnära utveckling.



Figur 4 - Översiktsbild av förvaltningsorganisation för SRS bedömningsstöd

## 3.4 SRS Roller och ansvar i Regionen

### 3.4.1 Regionsnivå:

#### Objektägare/operativ processledare/kontaktperson:

- Sammanhållande ansvarig för SRS bedömningsstöd i regionen
- Utser vid behov operativ/a processledare
- Ansvarar för urval av enheter som ska ingå i införande steg 1 och 2
- Ansvarar för att boka informationsmöten samt uppstartsmöten för vård-/hälsocentralerna steg 1-2
- Medverkar vid samtliga möten i införande steg 1
- Ansvarar och genomför samtliga möten i steg 2 (med stöd av SRS-förvaltning vid behov)
- Ansvarar för uppstart av resterande enheter i regionen
- Engagerar sig i användarstatistik och enheternas användning
- Ansvarar för Supportmöten och löpande kontakter med kontaktpersoner på vård-/hälsocentraler under och efter införande
- Samlar förbättringsförslag

Operativ/a processledare genomför ovanstående tillsammans med objektägaren alt. genomför/ansvarar för vissa delar enligt ök med objektägare

### **3.4.2 Vårdenhetsnivå:**

Av stor vikt är att samtliga nedanstående arbetar tillsammans för ett införande och användning på vård-/hälsocentralen.

#### **Verksamhetschef/Enhetschef/Avdelningschef:**

- Kommuniserar om införande av SRS och varför
- Bemöter eventuella frågor
- Ger utrymme för förändring av arbetssätt
- Utser SRS kontaktperson på vård-/hälsocentralen
- Uppmuntrar och stöttar enhetens SRS kontaktpersons arbete under införandet
- Deltar aktivt i användaruppföljande

#### **Medicinskt ansvarig Läkare (FMA)**

- Informerar kollegor om vilka nyttor bedömningsstödet ger
- Går igenom filmer och utbildningsmaterial – visar kollegor
- Diskuterar nya arbetssätt kopplade till bedömningsstödet
- Superuser / Kontaktperson? – Deltar i supportmöte, återkopplar statistik

#### **Rehabiliteringskoordinator**

- Går igenom filmer och utbildningsmaterial (gärna tillsammans med ansvarig läkare på läkarmöte)
- Visar för läkargruppen vilken nytta bedömningsstödet tillför rehabkoordinatören i rehabstöd
- Följer aktivt användandet av SRS bedömningsstöd
- Superuser / Kontaktperson? – Deltar i supportmöte, återkopplar statistik

## **3.5 Möten, aktiviteter och ansvarsfördelning**

Nedan matris visar de möten och aktiviteter som ingår i införandemetoden samt ansvarsfördelningen under införandet av bedömningsstödet.

Ansvarig part är markerad med "A". I de fall en utförd aktivitet kräver motpartens godkännande är detta markerat med "G". I de fall det uttryckligen krävs medverkan från en part är detta markerat med "M".

### 3.5.1 Informations- och arbetsmöte med region:

A – Ansvarar

G – Godkänner

M – Medverkar

Nr	Möte 1 - Region Uppgift	Beskrivning	SRS förvaltningen	Region	Vårdenhet
1.	Inför informationsmöte Region	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Säkerställ att rätt personer bjuds in som t.ex.: HoS dir., Primärvårds-chef, Verksamhetsutvecklare. m.fl</li> <li>• Använd mall för inbjudan</li> <li>• Skicka inbjudan</li> <li>• Förbered presentation</li> </ul>	A	M	-
2.	<b>Informationsmöte med region</b>	Presentation. Se presentation på Projektplatsen.	A	M	-
3.	• Beslut om införande	Följ upp efter info. möte med region.	M	A	-
4.	Plan för införande	Ta fram en aktivitets- och tidsplan för införandet.	A	G	-
5.	<b>Arbetsmöte med region</b>	Avtal och förvaltning, ingår i förvaltningsförberedelser			
6.	• Avtal och kostnader	Skriv avtal.	A	G	-
7.	• Förvaltning	Rutiner för förvaltning Roller och ansvar <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utse objektägare</li> <li>• Utse operativ processledare</li> </ul>	A A A	G M A/G	- - -

### 3.5.2 Informationsmöte med vårdenheter:

Nr	Möte 2 - Vårdenhet Uppgift	Beskrivning	SRS- Förvaltningen	Region	Vårdenhet
1.	Inför Informationsmöte Vårdenheter	Inbjudan om deltagande samt mötesdatum till vårdenheter. • Mall för inbjudan • Mail skickas till enhet	A Steg 1	G	M
2.	<b>Informationsmöte med vårdenheter</b>	Presentation för vårdprofessioner (RK,MAL,VC)	A Steg 1	A/G Steg 2	M
	Efter informationsmöte				
3.	Inhämta intresseanmälan från vårdenheter	Uppföljning med datum för senast svar. • Mall för mail • Mail till vårdenheter • Lista med intresserade skickas till förvaltningen.	A Steg1 -	A A	- M
4.	Enkät	• Enkät + Mall för utskick • Utskick till Vårdenheter • Analys av enkät • Beslut vilka VE införa	A Steg1	G/A Steg2	-
5.	SRS Kontaktperson	Utse på vårdenhet	-	A	M
6.	Boka tider för Uppstartsmöten	• Mall för mail • Utskick • Förbereda presentation	A Steg1	G/A Steg2	-
7.	Förbered åtkomst av SRS	• HSA-id enheter införande • Kontakt HSA-id Adm. region	A	G	-
8.	Bestäm startdatum/release	• Kontakt Inera	A	G	-



### 3.5.3 Uppstartsmöte:

A – Ansvarar

G – Godkänner

M – Medverkar

Nr	Uppgift	Beskrivning	SRS förvaltningen	Region	Vårdenhet
1.	<b>Uppstartsmöte</b>	Presentation, frågor mm	A Steg1 M* Steg2	G/M Steg1 A Steg2	M
2.	Boka tider för uppföljningsmöten/enhet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mall för mail</li> <li>• Boka möten</li> </ul>	A Steg1	G/M Steg1 A Steg2	M

\*vid behov

### 3.5.4 Uppföljningsmöte :

A – Ansvarar

G – Godkänner

M – Medverkar

Nr	Uppgift	Beskrivning	SRS förvaltningen	Region	Vårdenhet
1.	• Inför uppföljningsmöte	Förbered Presentation innehållande: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Användarstatistik</li> <li>• Datum för supportmöten</li> </ul>	A	-  A Steg2	-

<b>Möte 4 - Vårdenheter</b>			SRS förvaltningen	Region	Vårdenhet
Nr	Uppgift	Beskrivning			
2.	<b>Uppföljningsmöte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genomgång av egna användarupplevelser.</li> <li>• Frågor och funderingar</li> <li>• Presentation av användarstatistik.</li> </ul>	A Steg1	M Steg1 A Steg2	M

### 3.5.5 Supportmöte:

A – Ansvarar

G – Godkänner

M – Medverkar

<b>Möte 5 - Vårdenheter</b>			SRS förvaltningen	Region	Vårdenhet
Nr	Uppgift	Beskrivning			
1.	• Inför supportmöten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skicka inbjudan till enheter</li> <li>• Förbered innehåll/tema</li> <li>• Förbered användarstatistik</li> </ul>	M	A	-
2.	<b>Steg 5: Supportmöten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Återkoppla statistik</li> <li>• Tema</li> <li>• Frågor/erfarenhetsutbyten mm</li> </ul>	A Steg1	M Steg1 A Steg2	M

## 4 Utvärdering av införandemetod under piloten

Pilot 2 av SRS bedömningsstöd genomfördes under perioden september 2019 till juni 2020, och sammanlagt 150 läkare, 23 rehabiliteringskoordinatorer och 23 verksamhetschefer från 23 vårdenheter i fyra regioner deltog initialt. Både metod för införande och den löpande användningen av bedömningsstödet har utvärderats hos de deltagande enheterna.

I november 2019 genomfördes en utvärdering med hjälp av en enkätstudie som skickades till 13 av de totalt 23 vård- och hälsocentraler som deltog i Pilot 2. I samtliga fall besvarades enkäten av rehabiliteringskoordinator i samråd med verksamhetschef och med input från läkare på enheterna. Användarna hos de pilotenheter som besvarade enkäten var nöjda eller mycket nöjda med det stöd som SRS-projektet gett inför och under uppstartsfasen av SRS bedömningsstöd. I slututvärderingen av piloten har upplevelsorna av införandet av SRS bedömningsstöd utvärderats ytterligare, med hjälp av djupintervjuer med ett urval rehabiliteringskoordinatorer, läkare och verksamhetschefer.

Resultatet av detta bör tas tillvara och användas som input till kommande förbättringar av införandemetoden.

### 4.1 Användningsfrekvens och upplevd nytta

Samtliga vårdenheter i Pilot 2 har fått samma stöd för införande och uppstart av SRS bedömningsstöd från SRS-projektet. Vissa vårdenheter kom igång relativt snabbt med sin användning, och nådde en användningsfrekvens som var tillräckligt hög för att generera nyttor för såväl individen som verksamheten, samtidigt som andra vårdenheter inte gjorde det.

En vårdenhet bedöms ha en tillfredsställande användningsfrekvens av SRS bedömningsstöd om:

- SRS bedömningsstöd används i minst 40 procent av de sjukskrivningsfall med diagnoser som SRS bedömningsstöd stödjer
- riskberäkning görs i merparten av de fall där SRS bedömningsstöd används
- användningen är stabil över tid (från vecka till vecka).

För att utreda vad skillnader mellan uppstartstid och uppnådd användningsfrekvens beror på, har djupintervjuer genomförts, med både vårdenheter som kommit igång med sitt användande, och sådana som inte gjort det. Detta har genererat insikter gällande:

- vilka *förutsättningar* som krävs för att införandet av SRS bedömningsstöd ska fungera bra, så att relevant användningsnivå nås, och stödet ger nytta
- vilka *utmaningar* som finns kopplat till införandet
- vilket *stöd* som behövs till vårdenheterna

## 4.2 Förutsättningar för ett lyckat införande

Via de djupintervjuer som genomförts och återkoppling från pilotdeltagare i både öppna och riktade supportmöten, har SRS-projektet kunna analysera vilka faktorer som tycks spela störst roll för i vilken fart en deltagande vårdenhet kommer igång med användningen av SRS bedömningsstöd på en stabil och tillräckligt hög nivå.

### 4.2.1 Viljan att förändra och utveckla verksamheten

Under nollmätningen framkom att flera vård- och hälsocentraler ville utveckla sitt arbete kring sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Vid den tidiga utvärderingen efter tio veckor vittnar många av deltagarna om att SRS bedömningsstöd har bidragit till den utvecklingen. De vård- och hälsocentraler som är förändringsbenägna och vill utveckla verksamheten och ta till sig nya arbetssätt har lättare att komma igång med SRS bedömningsstöd. Slututvärderingen visar att de vård- och hälsocentraler som varit mest aktiva och positiva till att genomföra förändringar i sitt arbete med sjukskrivning och rehabilitering, är de som nått de högsta användningsnivåerna av bedömningsstödet, och även de största nyttorna.

*” Vi såg chansen att förbättra våra processer i samband med att vi införde SRS bedömningsstöd. Vi har ändrat flödet i sjukskrivningsprocessen så att alla rehabkategorier (fysioterapeut, psykosociala teamet, arbetsterapeut) har SRS-tider i sina schema för att snabbt kunna träffa en patient med hög risk. Vi ser väldigt goda effekter av förändringarna, både för patienterna och för medarbetarna!”*

Vårdcentral, Sörmland

Ytterligare en avgörande faktor för ett framgångsrikt införande är att det finns en vilja hos ledningen på vård-/hälsocentralen att lyssna på idéer och förslag som kommer från medarbetarna, och att ge utrymme för att testa nya arbetssätt och rutiner.

### 4.2.2 Ett utbrett och förankrat engagemang

De pilotenheter som snabbast kommit igång med användningen av bedömningsstödet är de där rehabiliteringskoordinatorerna varit aktiva och funnits som ett handfast stöd, och inte minst påmint läkarna på enheten om att använda stödet i sin sjukskrivning. Läkare som ännu inte kommit igång att använda bedömningsstödet, eller som är nya på enheten (stafettläkare, AT- och ST-läkare), har på dessa enheter fått individuellt stöd av rehabiliteringskoordinatorn att komma igång med bedömningsstödet.

*”Om en vårdcentral ska införa SRS bedömningsstöd, så skulle jag säga att de måste ha rehabkoordinator på plats. Någon som kan koppla in FK, hantera alla aktörer, och så vidare, annars är det ingen idé.”*

## Läkare, vårdcentral i Halland

De vårdcentraler som, utöver rehabiliteringskoordinator, också har en engagerad verksamhetschef och engagerade läkare vid starten av piloten, når snabbare en hög och jämn användning av SRS bedömningsstöd, vilket är en förutsättning för att nyttoeffekter ska uppstå. Vikten av att en eller flera läkare på enheten är positivt inställda till att testa bedömningsstödet, och intresserade av att förbättra inte bara sitt, utan hela enhetens arbete med sjukskrivning och rehabilitering, är också avgörande. Utvärderingen visar att enheter som haft positiva och engagerade läkare vid starten av piloten, men sedan tappat dessa individer, får en tydlig nedgång i användningen.

*”Det behövs att någon läkare är driven och intresserad. Vi hade en sådan, men hon var bara hos oss ett halvår. Hon anammade verkligen SRS och kände stöd i det.”*

Rehabiliteringskoordinator på pilotenhet

### 4.2.3 Frigörande av tid och utrymme

En avgörande faktor för att komma igång med användningen av SRS bedömningsstöd, och uppnå den användningsgrad som krävs för att uppleva konkreta nyttor, är att tid och utrymme ges för införandet. Detta innebär i praktiken att införandet bör prioriteras framför andra projekt och initiativ som tar medarbetarnas tid och uppmärksamhet i anspråk. Det är en god idé att inte påbörja ett införande av SRS bedömningsstödet samtidigt som andra stora förändringar eller projekt genomförs i arbetsgruppen. Medarbetarna behöver kunna hålla fokus införandet av bedömningsstödet under införande- och uppstartstiden.

*”Jag skulle säga att för att ett införande av SRS bedömningsstöd ska bli riktigt bra, bör man antingen ha ett fungerande arbete kring sjukskrivningsprocessen eller i annat fall börjat titta på den, och ha ett intresse och utrymme för att förbättra den.”*

Läkare, vårdcentral i Sörmland

Det är viktigt att förstå att införandet av SRS bedömningsstöd kommer påverka enhetens arbete med sjukskrivning och rehabilitering på ett djupare plan. Det handlar inte enbart om att läkaren får stöd i sitt arbete, och rehabiliteringskoordinators i sitt, utan snarare om att möjligheter till ändrade arbetssätt uppstår, kommunikationen mellan yrkesprofessionerna blir bättre, och idéer och vilja till förändring uppstår. Detta bör verksamheten vara villig att ta emot och jobba vidare med, för allra bästa resultat.

### 4.3 Utmaningar kopplat till införande av SRS bedömningsstöd

Majoriteten av de deltagande vård- och hälsocentralerna uppger att det har varit svårt att få läkarna att använda SRS bedömningsstöd regelbundet. Vanligaste orsaken är att arbetstempo och tidsbrist gör att läkarna glömmet att använda bedömningsstödet i sjukskrivningssituationer. Under pilotens gång gavs en ny release av Webcert ut, i vilken det var mycket lättare för användaren att upptäcka bedömningsstödet. Detta gav en synlig effekt i användningsstatistiken. Det visar att användbarheten och tillgängligheten av bedömningsstödet i Webcert och Rehabstöd är avgörande för användningsgraden.

En del rehabiliteringskoordinatorer på pilotenheterna har också upplevt att det är svårt att kunna förklara vilken nytta stödet kan ge samtliga professioner på vårdenheten. Här ser vi stora skillnader mellan vårdenheter som deltog redan i pilot 1, där medarbetarna var vana vid bedömningsstödet sedan tidigare, och i flera fall saknat det i frånvaron av det mellan pilot 1 och 2. Dessa enheter hade en snabbare uppstart och fick en spridd användning fort. Flera positiva läkare till SRS fanns på enheterna, och den kritiska massan som behövs för att komma upp i användningsfrekvens fanns på plats från start. Dock måste påpekas att även vissa nya vårdenheter kom igång snabbt och kom upp på relativt höga användningsnivåer. Här är det utmärkande att det finns ett mycket starkt engagemang och samarbete mellan verksamhetschef, rehabiliteringskoordinator och läkarna. Man har tagit sig tid på läkarmöten att informera om deltagandet i piloten, och har säkrat arbetsgruppens engagemang från start.

*”Förra gången var det mycket tjat om vilken nytta man har av SRS. De diskussionerna har inte förekommit denna gång, alla har velat få tillbaka bedömningsstödet.”*

Rehabiliteringskoordinator på vårdenhet,  
om skillnaden mellan att delta i pilot 1 och 2

Ytterligare en utmaning är den stora personalomsättning som flerparten av pilotenheterna upplevt under pilotens gång. Varje gång en ny läkare börjar på enheten, antingen en fast anställd, eller en hyrläkare, behöver en introduktion ske. På de enheter där användningen kommit igång ordentligt, har detta inte varit ett problem, eftersom det ses som en del av rutinerna *”det är så vi gör här när vi sjukskriver”*, den nya personen introduceras till utbildningsfilmerna för att få reda på hur bedömningsstödet ska användas, och rehabiliteringskoordinatorn följer upp för att säkra att bedömningsstödet används när den nya personen sjukskrivs. Hos de enheter

där användningen inte kommit igång fullt ut, och blivit en del av rutinerna, har det varit mer utmanande att systematiskt introducera nya kollegor till bedömningsstödet.

*”Problemet är att vi inte haft någon bra struktur för de nya som kommer, vi har inte introducerat nya ordentligt. Vi hade behövt ha omtag, när vi hade nya gäng som behövde mer information”*

Rehabiliteringskoordinator på vårdcentral i Halland,  
om att introducera nya läkare i SRS bedömningsstöd

Utvärderingen visar att det är stor skillnad i uppfattning av nyttan med SRS bedömningsstöd mellan läkare som gett stödet en chans, och testat det ordentligt, och de som inte gjort det. Medan den förra gruppen upplever att användningen är enkel och smidig att komma igång med, anser de som knappt använt stödet att det är mer omständligt.

*”Det har varit lätt att komma igång. Såklart kan man fördjupa sig hur mycket som helst och den tiden kanske man inte har. Det finns ju stora möjligheter att använda SRS mer.”*

Läkare, hälsocentral i Norrbotten

*”De som inte använder SRS ser inte nytta med det, och där finns även ett inre motstånd tror jag. De tror att det tar lång tid att göra, utan att ha testat. De som har provat på SRS å andra sidan, tycker inte att det tar någon extra tid. De som testat att använda stödet har fortsatt att göra det, de återkommer till det.”*

Rehabiliteringskoordinator, vårdcentral i Sörmland

Det är alltså kritiskt att skapa en vilja hos läkare att prova på att använda bedömningsstödet, för att kunna bilda sig en egen uppfattning om nyttan. Återigen blir det tydligt att vikten av intresse, engagemang och tids- och energimässigt utrymme behöver finnas på plats för ett lyckat införande.

#### **4.4 Behov av införandestöd**

I modellen för införande som SRS-projektet tagit fram, och som baseras på ADKAR-modellen för förändringsledning, ingår flera möten, alla med olika fokus, och med målgruppsanpassat innehåll. Samtliga intervjuade enheter anser att de fått ett bra stöd

under införandet av bedömningsstödet, och att de löpande supportmötena varit viktiga för att hålla intresse och engagemang uppe under piloten.

*”De löpande mötena via Skype har varit väldigt bra. Jag kanske var överoptimistisk kring att vi skulle komma igång. Det tog längre tid än jag hade förväntat mig att få igång det.”*

Rehabiliteringskoordinator på vårdcentral i Sörmland

Den största utmaningen ligger i att få igång användningen hos merparten av läkarna på en vårdcentral, så att de själva börjar se nyttorna med bedömningsstödet. Här har pilotenheterna använt sig av olika strategier, vissa rehabiliteringskoordinatorer har påmint och tjatat på läkarna, andra har inte gjort det, utan använt sig av andra metoder. Exempelvis har flera rehabiliteringskoordinatorer uttryckt att de prioriterar att titta på riskberäknade patienter i Rehabstöd, och därigenom gett läkarna incitament att använda bedömningsstödet.

Den användningsstatistik som SRS-projektet presenterat för pilotenheterna har varit till stor nytta för att medvetandegöra medarbetarna på en vårdcentral om hur deras användning faktiskt ser ut. Därigenom kan läkarna se att det finns möjligheter att använda stödet mer än vad som redan görs, men också få återkoppling på när användningen nått upp till goda nivåer.

*”Både morot och piska behövs för att få igång läkare!”*

Verksamhetschef, vårdcentral i Halland

De olika stegen i den införandemetod som SRS-projektet tagit fram har visat sig passa väl in mot de behov som pilotenheterna haft. Utifrån konkret återkoppling från pilotenheterna under pilotens gång, har vissa ändringar i modellen gjorts, såsom att korta ner vissa möten, och i viss mån anpassa innehållet i möten ytterligare. Riktade supportmöten har genomförts vid behov, och eftersom dessa visat sig mycket effektiva, har de införlivats i införandemetoden. Det är tydligt att införandet av SRS bedömningsstöd är en del av ett förändringsarbete, och att utgå ifrån för ändamålet anpassad metod för det (ADKAR) har varit positivt.

## 4.5 Slutsatser

Sammantaget visar utvärderingen att den modell för införandestöd som SRS-projektet tagit fram har fungerat bra. För att en vårdcentral ska uppleva nytta av SRS bedömningsstöd är det avgörande att en frekvent och utbred användning uppstår, vilket innebär att:

- SRS bedömningsstöd används vid skapande av läkarintyg för sjukpenning i minst 40% av fallen för de diagnoser som finns i bedömningsstödet.



- användningen av SRS bedömningsstöd innefattar användning av samtliga ingående delar (riskberäkning, råd och åtgärder och nationell statistik).
- majoriteten av de intygsskrivande läkarna på vårdenheten, inklusive eventuella hyr- och stafettläkare, använder SRS bedömningsstöd.

För att nå en användningsfrekvens som genererar nytta till verksamheten, krävs dessutom att vissa förutsättningar finns på plats:

- Ett aktivt intresse och engagemang från ledning, rehabiliteringskoordinator och intygsskrivande läkare för att förändra och förbättra arbetet med sjukskrivning och rehabilitering
- Tids- och energimässigt utrymme hos medarbetarna för att ta till sig och lära sig det nya stödet

*”Den här gruppen får man inte gulla med för mycket, utan vara rak. En kombination av morot och piska behövs. Men framförallt en tydlighet från ledningen om att det inte är fritt valt arbete, utan att det är så här vi gör.”*

Läkare på pilotenhet i Sörmland

Givet att dessa förutsättningar finns på plats, fungerar den metod för införande, baserat på förändringsledning enligt ADKAR-modellen, som SRS-projektet tagit fram, mycket bra. Genom att först väcka en medvetenhet om möjligheter att förbättra det egna sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet (Awareness i ADKAR), skapas en lust till att förändra och förbättra (Desire i ADKAR) hos vårdenhetens medarbetare. Därefter tillhandahåller införandemetoden material i olika format och kanaler som höjer användarnas kunskap om rehabiliteringsåtgärder, risker med sjukskrivning, med mera (Knowledge i ADKAR). Vidare innehåller införandemetoden pedagogiska filmer och lathundar som hjälper användaren att komma igång med SRS bedömningsstöd (Ability i ADKAR). Slutligen fyller de löpande supportmötena i införandemetoden, tillsammans med strukturen för återkoppling av användningsstatistik behovet av återkoppling till användarna, för att hålla igång användningen på en bra nivå (Reinforcement i ADKAR).

Under piloten har olika vårdenheter använt sig av olika strategier för att komma igång med användningen. Genomgående är det tydligt att de enheter som kommer igång upplever nytta med SRS bedömningsstöd.

*” Vilken anledning som helst funkar egentligen för att få igång användningen. Först kanske man som läkare använder SRS för att stötta rehabkoordinatören, men sen kommer insikterna om vilken hjälp man faktiskt själv har av det!”*

Läkare på pilotenhet i Norrbotten