

Magisteruppsats i
Ergonomi och MTO

**Rehabkoordinator i primärvården
inom Region Gotland**
– för en förbättrad sjukskrivningsprocess

Marie Löfstedt

Stockholm, 2011-09-22

Handledare:
Christian Ståhl, Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering,
Linköpings universitet

Förord

Att skriva en uppsats kan liknas vid en lång tågresä.

Flera stationer har passerats under min resa där många människor har klivit på vid olika stationer. En resenär såg till att resan blev möjlig. Ett speciellt tack till projektledaren Linda Benedicto, projektledare för ”Rehabkoordinatorer i primärvården”, som gav mig uppdraget och haft tron på mig i det här intressanta uppdraget. Hon har också varit till stor hjälp under resans planering. Tack till Rehabkoordinatorerna som gjorde biljettvisiteringen ytterst smidig. Att bearbeta data var nog det längsta stoppet under resans gång och kan liknas vid snömodd på rälsen. Här fick jag utmana både mitt eget, men även konduktörens frustration och tålamod. Konduktören styr upp resan snabbt och flexibelt när tåget vill på villovägar, kontrollerar att resan går i rätt riktning, samt stöttar vid oklarheter i trafiken. Tack Christian Ståhl för att du tog dig tid att stanna och guida varje gång du gick förbi min kupé. Tack till mitt resesällskap, det vill säga alla som valde att delta i studien. Utan deras engagemang, förmedling av erfarenheter, åsikter och kunskaper skulle denna studie inte varit möjlig att genomföra. Ett tack vill jag rikta till min chef Mats Johnsson som har låtit mig följa med på den här resan. Slutstationen är min familj. Ett stort tack till min familj, Jens, Alvin och Emla, som har stöttat mig, skött markservice när jag varit på resa, men även stått ut med turistens klagan under resans gång.

Marie Löfstedt, leg. arbetsterapeut, Visby 2011

Sammanfattning

Problem finns inom hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivningsärenden och har visat sig vara extra stora inom primärvården. Många sjukskrivningar löper risk att bli långvariga, rehabiliteringsärenden drar ut på tiden och missförstånd uppstår mellan patienter och myndigheter samt myndigheter emellan. Mellan 1 september 2009 och 31 maj 2011 har man på Gotland bedrivit ett projekt med syfte att effektivisera sjukskrivningsprocessen med hjälp av Rehabkoordinator i primärvården. Denna studie utgör den kvalitativa utvärderingen utav projektet. Syftet med denna studie var att utvärdera om sjukskrivningsprocessen har underlättats för de samverkande aktörerna och för patienter efter inrättandet av Rehabkoordinator. Detta har genomförts genom en explorativ metod genom intervjuer och enkät.

I studien beskrivs och analyseras införandet av Rehabkoordinator som ett förbindelseorgan mellan primärvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten för bättre samordning kring patienter. Resultatet av studien visar att merparten av aktörerna upplever arbetsformen som positiv och gynnar samarbete och samordning vid arbetslivsinriktad rehabilitering. Aktörerna upplever att processen, effektiviteten och kvalitén i arbetet runt patienten har förbättrats. Kommunikationen och samordningen mellan berörda aktörer har underlättats och den psykosociala arbetsmiljön har förbättrats även om det framgår att det är för lite resurser för rehabiliteringssamverkan.

Patienterna upplever det positivt med Rehabkoordinatorns stödjande, förmedlande och koordinerande insatser vilket ses vara en framgångsfaktor för patienten. Majoriteten känner att de blivit respektfullt bemötta, känt sig delaktiga i sin rehabilitering samt fått det stöd och den information som de behövde av Rehabkoordinatorn.

Studien visar också att merparten av aktörerna har funnit fungerande rutiner för sin arbetsform och samverkan. Kvarstående hinder tycks bero på framförallt organisatoriska faktorer som till exempel förankring av verksamheten i de samverkande organisationerna, kunskap och kommunikation om och mellan olika professioner och organisationer, samt incitament och legitimitet för deltagande i rehabiliteringssamverkan.

Abstract

The identified problems within the health care management concerning cases of sickness have proven to be particularly severe in the area of primary care. A large number of sick leaves are at risk of being long term, cases of rehabilitation drags on, and misunderstandings occur both between authorities and patients, and authorities. Between 1 September 2009 and 31 May 2011 Gotland has pursued a project with the intention to streamline the process of sick leave with the help of a Rehab coordinator in primary care. This study is the qualitative evaluation of the project. The aim of this study was to evaluate whether the process of sick leave have been facilitated both for the interacting actors and for the patients, after the establishment of the Rehab coordinator. This has been implemented through an exploratory approach through interviews and questionnaires.

This study describes and analyzes the introduction of a Rehab coordinator as a liaison body between primary care, social insurance, employment service and social services for a better coordination concerning the patients. The results of this study show that the majority of actors experience that the method is positive and benefits cooperation and coordination of vocational rehabilitation. The actors feel that the process, the efficiency and the quality of work around the patient has improved. The communication and coordination between actors have been facilitated and the psychosocial work environment has improved, although it is clear the there are not enough resources for the rehabilitation agreement.

The patients finds the support, the mediating and coordinating actions of the rehab coordinator positive, which is considered a factor of success to the patient. The majority feel they have been met with respect, felt involved in their rehabilitation and received the support and information they needed by the Rehab coordinator.

The study also shows that majority of the actors have found successful routines to support their method of work and collaboration. The remaining obstacle appeared to be particular organizational factors for example the anchoring of activities for the collaborating organizations, knowledge and communication about and between different professions and organizations, as well as incentives and legitimacy for participation in the rehabilitation agreement.

Förkortningsförklaringar

REKO – Rehabkoordinator

FK – Försäkringskassan

AF – Arbetsförmedlingen

FHV – Företagshälsovård

VC – Vårdcentral

MMT – Multimodalt team

RTW – Return-to-work

MTO – Människa-teknik-organisation

SFS – Statens författningssamling

SKL – Sveriges kommuner och landsting

SOU – Statens offentliga utredningar

Ordförklaringar

Bra sjukskrivning – Ett övergripande projekt inom Region Gotland, inom ramen för sjukskrivningsmiljarden, som ska öka kunskapen kring sjukskrivning på Gotland.

Case management – En metod som handlar om att organisera olika vård- och sociala stödinsatser till en fungerande helhet för den enskilde.

Case manager – En person som gentemot en enskild patient utreder behov, planerar och samordnar insatser, förmedlar och följer upp kontakter med olika vårdgivare etc.

Fyrpartssamverkan – samordningsförbund enligt lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser mellan FK, AF, hälso- och sjukvården samt kommuner.

Människa-teknik-organisation – Samspelet mellan människa, teknik och organisation sammanfattas i begreppet MTO. MTO- begreppet används för att beskriva samspelet mellan och förtydliga att de olika delsystemen M, T och O tillsammans utgör det större systemet MTO, enligt $MTO > M + T + O$. Dessa delsystem påverkar varandra, ur effektivitets- och ur säkerhetssynpunkt.

Sjukgymnast Direkt – Ett gotländskt projekt inom sjukskrivningsmiljarden där syftet är att rätt patient ska få rätt vård i rätt tid av rätt kompetens genom att erbjuda ett tidigt omhändertagande av patienter med besvär från rörelsestödjeorganen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	2
Sammanfattning	3
Abstracts	4
Förkortningsförklaringar	5
Ordförklaringar	5
1 INLEDNING	8
1.1 Bakgrund	8
1.1.1 Socialförsäkringen	9
1.1.2 Rehabiliteringsansvar	9
1.1.3 Rehabkoordinators uppdrag	10
1.2 Syfte och frågeställningar	10
1.3 Avgränsningar	11
2 TEORETISK BAKGRUND	12
2.1 Sökstrategi	12
2.2 Samverkansformer	12
2.2.1 Hinder inom rehabiliteringssamverkan	13
2.2.2 Framgångsfaktorer inom rehabiliteringssamverkan	14
2.2.3 Samverkan och dess effekter	14
2.2.4 Case management/er – roll, erfarenheter och effekter	16
2.2.5 Svårigheter inom sjukskrivningsprocessen	17
3 METOD OCH MATERIAL	19
3.1 Kontakt med Region Gotland	19
3.2 Typ av studie	19
3.2.1 Validitet, reliabilitet, triangulering	19
3.2.2 Undersökningsgrupp och urval	20
3.3 Datainsamling	20
3.3.1 Enkät	20
3.3.2 Intervju med aktörer	21
3.3.3 Intervju med patienter	21
3.4 Hantering av bortfall	22
3.5 Databearbetning	23

4 RESULTAT OCH ANALYS	24
4.1 Enkätssammanställning	24
4.2 Intervjusammanställning	25
4.2.1 Sammanfattning - REKO	25
4.2.2 Sammanfattning - FK	31
4.2.3 Sammanfattning - läkargruppen	35
4.2.4 Sammanfattning - patienter	39
5 DISKUSSION	42
5.1 Resultat – REKO, FK och läkargruppen	42
5.2 Resultat – patienter	52
5.3 Metod	53
6 SLUTSATSER	55
7 KÄLLFÖRTECKNING	57
BILAGOR	
1. Resultattabell	61
2. Enkät	62
3. Intervjuguide till aktörerna	63
4. Intervjuguide till patienter	65
5. Matris över sökt litteratur	68
6. Information till REKO	70
7. Förfrågan om kontaktuppgifter	71
8. Informationsbrev inför intervju	72
Information om Magisterutbildningen Ergonomi och MTO	73

1 INLEDNING

1.1 Bakgrund

Flera rapporter påvisar problem inom hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivningsärenden. Brister kring sjukvårdens hantering av handläggning av sjukskrivningsärenden har visats vara relaterat framförallt inom tre övergripande områden inom sjukvården: ledning, kunskap och samverkan. Problem och konsekvenser av dessa visar sig vara extra stora inom primärvården jämfört med övriga vårdnivåer. Diverse åtgärder har gjorts inom landstingen i Sverige för att hantera problemen, men sällan utvärderats på sådant sätt att slutsatser kan dras om deras effektivitet (Alexandersson et al., 2005).

Många sjukskrivningar löper risk att bli långvariga, rehabiliteringsåtgärder drar ut på tiden och missförstånd uppstår mellan patienter och myndigheter samt myndigheter emellan. Sjukskrivningsprocessen är inte alltid synkroniserad mellan FK, VC, AF och Socialtjänsten. Ny lagstiftning från juli 2008 inom socialförsäkringen ställer högre krav på snabbare, tätare och bättre samordnade vårdenheter. Personer med långvarig sjukfrånvaro har utan stödåtgärder små möjligheter att komma tillbaka till arbetslivet.

Utöver landstingen är det många olika aktörer som har ansvar för att med rehabilitering hjälpa den enskilde tillbaka i arbete. Det stora antalet rehabiliteringsaktörer och den ibland otydliga ansvarsfördelningen dem emellan gör rehabiliteringsprocessen svåröverskådlig för individen. För individen har det samtidigt blivit viktigare att få rehabilitering i tid sedan sjukförsäkringens rehabiliteringskedja infördes. Detta beror på att rehabiliteringskedjan, genom fasta hållpunkter för bedömning av arbetsförmåga, ställer tydligare krav på den försäkrades rätt till sjukpenning. Lång väntan på rehabilitering minskar inte enbart sannolikheten för att individen ska återgå till arbetslivet utan riskerar också att ställa individen utanför socialförsäkringssystemet (SOU 2009:49). Av de få studier som gjorts förefaller case management vara den åtgärd som har bäst effekt på sjukfrånvaro, mätt i termer av antal frånvarodagar och antal sjukfrånvarande (Alexandersson et al., 2005).

Region Gotland har tilldelats ekonomiska resurser av staten för att bedriva utvecklings- och förbättringsarbete med sjukskrivningsprocessen. Bland annat vill man komma tillrätta med just problem inom ledning, kompetensutveckling och samverkan. Sedan hösten 2009 bedriver man ett projekt med syfte att effektivisera sjukskrivningsprocessen med hjälp av Rehabkoordinator, REKO. Syfte med införandet av REKO inom Region Gotland är att förebygga och minska behov av sjukskrivningar, förkorta sjukskrivningsperioder och därmed sänka ohälsotalet på Gotland. Med hjälp av REKO ska återgång i arbete

underlättas genom att bättre tillgodose människors behov av rehabiliteringsinsatser. Den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen ska stärkas och säkerställas genom att patienten erbjuds rätt vård av rätt kompetens i rätt tid på rätt nivå. Slutligen ska REKO bidra till varaktig förändring av attityder, rutiner och arbetssätt internt inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, HSF (www.gotland.se/rehabkoordinator).

Denna studie har genomförts på uppdrag av Region Gotland, Bra sjukskrivning och utgör den kvalitativa utvärderingen av projektet ”Rehabkoordinatorer i primärvården”. Uppdraget är att utvärdera ”upplevd nytta” av REKOs funktion både ur ett patient- och personalperspektiv.

1.1.1 Socialförsäkringen

Socialförsäkringen är en viktig del av det svenska trygghetssystemet. Den ger ekonomiskt skydd för familjer och barn, för personer med funktionsnedsättning samt vid sjukdom, arbetsskada och ålderdom. Inom ramen för socialförsäkringen kan den som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom få sjukpenning. FK bedömer om arbetsförmågan är så pass nedsatt att sjukpenning kan betalas ut. Sjukpenning kan betalas ut med en fjärdedel, två fjärdedelar, tre fjärdedelar eller hel sjukpenning, beroende på hur mycket patienten kan arbeta (www.forsakringskassan.se). Arbetsförmåga bedöms enligt den så kallade rehabiliteringskedjan som infördes den 1 juli 2008. Den nya sjukskrivningsprocessen har fasta tidpunkter då individens arbetsförmåga ska prövas och den ställer tydligare krav på individers rätt till sjukpenning. De första tre månaderna prövas arbetsförmågan gentemot ordinarie arbetsuppgifter, därefter vidtas prövningen till att omfatta andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren. Efter sex månader prövas arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden.

1.1.2 Rehabiliteringsansvar

Ett flertal aktörer är involverade i en rehabiliteringsprocess och de bedriver sina insatser utifrån respektive uppdrag och ansvar. Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för alla medicinska, psykologiska, sociala och arbetslivsinriktade åtgärder som ska hjälpa den som är sjuk eller skadad att få tillbaka sin arbetsförmåga och kunna försörja sig själv, antingen genom att gå tillbaka till sitt gamla arbete eller till ett nytt. *Sjukvården* ansvarar för den medicinska rehabiliteringen och *kommunen* har hand om sociala rehabiliteringsinsatser. *Arbetsförmedlingen* ansvarar för arbetslivsinriktade insatser för arbetslösa och de som är anställda men som riskerar arbetslöshet. *Arbetsgivarna* har ansvaret för arbetslivsinriktad rehabilitering av sina anställda. *Försäkringskassan* har ett samordningsansvar vilket, innebär att de ska utreda

individens rehabiliteringsbehov och samordna de insatser som behövs från arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, AF, Socialtjänsten och andra myndigheter för att personen ska kunna återgå i arbete eller kunna söka arbete. *Individen* själv har alltid ett egenansvar för att delta aktivt i rehabiliteringsprocessen. Den har ansvar för att lämna de upplysningar som behövs och vara delaktig i utredningen och planeringen av sin rehabilitering och efter sin bästa förmåga delta i rehabiliteringen (www.forsakringskassan.se).

1.1.3 Rehabkoordinatorns uppdrag

Arbetsuppgifterna för REKO inom primärvården, Region Gotland, är att om möjligt förebygga sjukskrivning, men också att arbeta med de som redan är sjukskrivna. REKO ska ha en samordnad funktion på sin VC gällande sjukskrivning och rehabilitering, agera lots för patienter samt vara VC kontakt mot interna och externa aktörer runt patienten. REKO är kontaktperson och samordnar åtgärder mellan VC och övrig sjukvård, FK, AF och socialtjänsten. Dessa myndigheter har även utsedda kontaktpersoner till respektive VC. REKO samordnar avstämningsmöte och deltar i möte med MMT (www.gotland.se/rehabkoordinator). Inom ramen för detta projekt är det sjuksköterskor som arbetar som REKO. Arbetstiden för deras uppdrag har varierat mellan fyra timmar upp till 8 timmar per vecka och VC.

1.2 Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka om, och i så fall i vilka avseenden, inrättandet av REKO vid olika VC inom Primärvården på Gotland, underlättar sjukskrivningsprocessen för de olika aktörerna.

Frågeställningar

- Hur upplever REKO, försäkringskassehandläggare och läkare processen runt patienten, gällande sjukskrivning och rehabilitering, genom samordnad funktion?
- Hur har inrättandet av REKO vid olika VC inom Region Gotland, fungerat för samverkande aktörer, utifrån ett MTO- och arbetsmiljöperspektiv?
- Hur upplever patienten den samordnande funktionen gällande sjukskrivning och rehabilitering?

1.3 Avgränsningar

Inkluderade

- Yrkesverksamma personer 18-67 år med eller utan anställning, främst sjukskrivna, men även de som ligger i riskzonen att bli sjukskrivna.
- Berörda aktörer och patienter som var med vid projektstarten 1 september 2009. Det innefattar läkare, REKO och handläggare från FK som tillhör eller arbetar mot VC Klinte, Hemse, Wisby Söder samt Hansa Hälsan. Detta med anledning av att REKO på dessa VC har varit med från början och deltagit i projektgruppen och utvecklat rutiner, dokumentation, samverkan mm.

Exkluderade

- Alla diagnoser utom icke upprepade akuta infektioner.
- Handläggare på AF och socialtjänsten innefattas inte då de inte har varit en dominerande aktör i projektet i dagsläget.

2 TEORETISK BAKGRUND

2.1 Sökstrategi

Litteratur har sökts genom framför allt databasen PubMed/Medline men också genom SCOPUS och Ergonomics Abstracts samt via tidskriften The Journal of Occupational Rehabilitation. Litteratur har sökts på alla år och utan vidare begränsningar då det är ett ungt forskningsområde. Även referenslistor i funna arbeten är studerade och använts som referens samt erhållna tips om litteratur från personer som är insatta i ämnet. All litteratur är på engelska eller svenska.

Då det är en utvärderande studie har fokus varit på eventuella erfarenheter och effekter av case management/case manager/coordinator. Intresset utifrån litteratursökning var att finna relaterade artiklar, avhandlingar och rapporter som behandlar området att förebygga och minska behov av sjukskrivning samt förkorta sjukskrivningsperioden. Information har sökts om forskning inom återgång i arbete (return-to-work) och arbetslivsinriktad rehabilitering. I vissa fall har tillförlitliga andrahandsreferenser använts.

Artiklarna är funna framför allt på sökorden: "case management", "case manager", "return to work (RTW)", "sick leave", "primary care" och coordination i olika sökkombinationer (se sökmatrix, bilaga 5). Två icke vetenskapliga utvärderingar, utifrån liknade arbetsmodell som på Gotland, har studerats som "Koordinatorer i sjukskrivningsprocessen inom Primärvården, Västernorrland" samt "Rehabsamordnaren som länk i den samordnande rehabiliteringen – Uppföljning av arbetsmodell för vårdcentralerna i Jönköpings län".

2.2 Samverkansformer

Sjukfrånvaron är ett område som stått i fokus för politiker sedan årtionden tillbaka. I försök att komma till rätta med de höga sjukfrånvarosiffrorna har samhället satsat stora resurser på olika rehabiliteringsåtgärder. Målet att minska antalet ersatta sjukdagar genom olika insatser har blivit en av de viktigaste och mest svårlösta uppgifterna för den svenska välfärdsbyråkratin. Det var i detta perspektiv och under det tidiga 1990-talet som kopplingen mellan sjukfrånvaro och behovet av att samverka etablerades och det uppmärksammades att samverkan var en lämplig arbetsform (ISF, 2010). Det finns en mängd litteratur om samordnad rehabilitering för återgång i arbete. De handlar om samarbete, samordning och samverkan mellan professioner och mellan olika organisationer

och aktörer. Det finns en mängd olika modeller för samverkan som används inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Andersson et al. (2010) kategoriserar det i strukturella och processinriktade modeller. De strukturella modellerna handlar om samverkan mellan olika berörda organisationer, som samtidigt ofta innebär en samverkan mellan olika samhällssektorer. De processinriktade modellerna handlar om samarbete mellan olika specialister eller yrkesgrupper. Exempel på modeller för samarbete, samordning och samverkan är case management, partnerskap mellan organisationer, samlokalisering, finansiell samordning, flerpartsmöten och MMT.

2.2.1 Hinder inom rehabiliteringssamverkan

Det beskrivs ett antal hinder i litteraturen för samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering gällande strukturella förhållanden i de organisationer och samhällssektioner där samverkan äger rum. De olika aktörerna som hälso- och sjukvården, FK, arbetsgivare, FHV och AF styrs av olika värderingar, skilda arbetssätt, administrativa begränsningar, fördelningen av ansvar mellan inblandade myndigheter och interna organisatoriska förändringar, vilka påverkar kontinuiteten för den enskilda individen. Myndigheterna har ofta olika mål och ansvar med sina respektive insatser, de har olika uppdrag och olika politiska direktiv, samt arbetar under olika lagar och regelverk. Det är faktorer som försvårar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för individen (ISF, 2010; SOU, 2009:49; Andersson et al., 2010). Ett hinder blir då också att de har olika informationssystem med olika krav på konfidentialitet (Andersson et al., 2010). Vidare har identifierats att ett bristande stöd för verksamheten från respektive organisation som bland annat kan visas genom bristande tid för aktiviteten i samverkan (de Rijk et al., 2007) samt ett bristande intresse från de samverkande organisationerna (Norman & Axelsson, 2007). Några studier visar på bristande incitament på både organisatorisk och på individuell nivå som ett hinder för samverkan (Andersson et al., 2010).

Andra hinder som visats för samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering hänger samman med den arbetsprocess som bedrivs i samverkan. Det handlar om många kulturella skillnader som professionella och organisatoriska kulturer (Hultberg et al., 2005; Sandström et al., 2007). De visar sig bland annat i olika beteendemönster, attityder och värderingar. De visar sig också i olika språkbruk som till exempel begreppet arbetsförmåga som ofta tolkas olika av olika professioner och organisationer (Ståhl et al., 2009a). Bristande kunskap om andra professioner och organisationer som är inblandade, samt deras kompetens och uppdrag (Andersson et al., 2010) och ibland bristande kunskap om varandras regelverk och samordningen dem emellan kan utgöra ett hinder för samverkan (SOU 2009:49). Bristande kommunikation mellan inblandade professioner och organisationer kan vara ett hinder (Sandström et al., 2007;

Ammendolia et al., 2009) samt revirtänkande som kan vara både professionella och organisatoriska. Ibland kan ledarskap utgöra ett hinder för rehabiliteringssamverkan om det inte är anpassat till den specifika arbetsprocess som samverkan innebär (Axelsson et al., 2010). Ett annat hinder som identifierats av Bülow (2010) för en rehabsamordnare är en fråga om bristande legitimitet för sin arbetsroll.

2.2.2 Framgångsfaktorer inom rehabiliteringssamverkan

Hinder och framgångsfaktorer för samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering tenderar att ha en spegeleffekt, det vill säga det som upplevs som hinder kan vändas till att bli framgångsfaktorer. Wihlman et al. (2008) menar att strukturella faktorer, som kan främja och stödja samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering, är att det finns en tydlig målgrupp för verksamheten, att så många relevanta aktörer som möjligt involveras i samverkan, samt att man utgår ifrån en helhetssyn (Friesen et al., 2001; Holm et al., 2010) på målgruppen och dess behov. Andra viktiga faktorer är att det finns en stark förankring av verksamheten i den samverkande organisationen (Hultberg et al., 2005) och att det finns tydliga incitament för de samverkande organisationerna som att samverkan ger ett effektivare resursutnyttjande och/eller bättre kvalitet i verksamheten (Andersson et al., 2010).

Faktorer som främjar arbetsprocessen i samband med samverkan är att det råder standardisering, systematisering och formalisering av kontakter och informationsutbyte mellan de samverkande aktörerna inom arbetslivsinriktad rehabilitering (Franché et al., 2005; Jakobsson et al., 2005; Kärrholm et al., 2008). En annan viktig faktor är att de samverkande professionerna och organisationerna skapar gemensamt arbetssätt (Axelsson & Norman, 2007; Kärrholm et al., 2008) genom att framför allt skapa ett gemensamt synsätt på målgruppens behov av hjälp och stöd genom bland annat gemensamma utbildningsinsatser för alla berörda parter (Andersson et al., 2010). Ledarskapets betydelse pekar på att ledare på alla nivåer måste vara medvetna om vad samverkan innebär och ge stöd till de individer som engagerar sig i sådant arbete (Axelsson & Axelsson, 2009).

2.2.3 Samverkan och dess effekter

Det övergripande målet för rehabiliteringssamverkan, liksom för all arbetslivsinriktad rehabilitering, är att hjälpa sjukskrivna personer tillbaka till arbete och arbetslösa personer in på arbetsmarknaden så att de kan försörja sig själva (SFS 1962:381). Åsikterna är enhetliga bland flertalet forskare i litteraturen. Man vet fortfarande föga om arbetslivsinriktad rehabilitering samt samverkan och dess effekter trots de många samverkansaktiviteter som har

genomförts sedan början av 1990-talet. Flera utredningar har konstaterat ett behov av fler utvärderingar för att få mer kunskap (Franche et al., 2005; ISF, 2010; Andersson et al., 2010; Holm, 2010). Andersson et al. (2010) konstaterar efter sin kunskapssammanställning att samverkan sker på många olika sätt utifrån mycket olika förutsättningar. Franche et al. (2005) menar att utmaningen av att engagera och involvera intressenter i RTW- interventionen och forskning är inte väldokumenterad. De flesta metoder som används för att hjälpa sjukskrivna tillbaka i arbete saknar vetenskaplig grund (Holm et al., 2010). En sammanställning av uppföljnings- och utvärderingsrapporter inom verksamheter finansierade med samverkansmedel utförd av inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2010), visar att antalet utvärderingar är ytterst begränsat när det gäller den samverkan som finansierats med samverkansmedlen. De få utvärderingar som finns kan inte besvara frågan om insatsen eller åtgärden ifråga haft någon effekt.

Holm et al. (2010) som utfört en kunskapssammanställning av litteraturen, menar att det finns några insatser som bevisligen är bra och främjar återgång i arbete efter sjukskrivning. Anpassa arbetet efter individens behov, ergonomisk rådgivning på arbetsplatsen, samt en god kontakt mellan behandlande läkare och arbetsplatsen är några metoder som visade sig ha otvetydlig vetenskaplig grund. Det finns också visst stöd för att koordinerade insatser och strukturerat arbetssätt minskar tiden till återgång i arbete för personer med besvär i rörelseorganen.

De flesta effektstudierna visar på att det är positivt att parter samverkar inom arbetslivsinriktad rehabilitering (Andersson et al., 2010). Det handlar framför allt om återgång i arbete, minskad sjukskrivning samt förbättrad fysisk och psykisk hälsa hos deltagarna i projekten. ISF:s (2010) samlade bedömning är att fyrpartsamverkan har bäst förutsättningar att lyckas utifrån både deltagarnas och organisationens perspektiv gällande arbetslivsinriktad rehabilitering.

Kärrholm (2007) menar att en större samverkan mellan arbetslivets representanter vid rehabilitering kan leda till färre sjukdagar och stora besparingar för samhället. Resultaten bygger på en samarbetsinsats mellan flera svenska aktörer som arbetsgivare, FHV och FK vid rehabilitering av långtidssjukskrivna personer. En uppföljning sex år senare visade att deltagarna hade haft i genomsnitt 5,7 dagar färre sjukdagar per månad under sexårsperioden, jämfört med en kontrollgrupp. Detta innebar att samhället sparade 56 600 kr per person under en sexårsperiod, eller totalt 18,7 miljoner kronor för alla 64 deltagare.

I Danmark har man utvecklat en ny samordnad och skräddarsydd arbetslivsinriktad rehabilitering (CTWR) i syfte att minska sjukfrånvaron och för att underlätta en säker, hälsosam och hållbar återgång i arbete för

arbetstagare, som är sjukskrivna på grund av belastningsbesvär. En randomiserad ekonomisk (interventionskostnader, produktivitetstförluster och sjukvårdkostnader) utvärdering visade att personer som genomgick en CTWR på grund av sjukskrivning i 4-12 veckor hade färre sjukfrånvarotimmar jämfört med konventionell ärendehantering. Ekonomisk vinst per deltagare uppskattades till US \$ 1.366 per person vid 6 månaders uppföljning och US \$ 10.666 per person vid 12 månaders uppföljning. Den ekonomiska utvärderingen visade att utifrån produktivitet tycks CTWR vara kostnadsbesparande för samhället (Bültmann et al., 2009).

En ekonomisk utvärdering av ett flerstegsprogram i Nederländerna för återgång i arbete för arbetstagare i ett RTW- program som är sjukskrivna på grund av ländryggsbesvär, visade att intervention med arbetsplatsbedömning, modifiering av arbetsplatsen och en case management var säkrare och snabbare i återgång i arbete än sedvanlig vård med sjukgymnastik med beteendearikning eller sedvanlig vård tillhandahållen av en företagsläkare. Det visade att insatserna på arbetsplatsen var mer effektiva men till något högre kostnader i jämförelse med sedvanlig vård för arbetstagare, som är sjukskrivna i två till sex veckor på grund av ländryggsbesvär (Steenstra et al., 2006).

2.2.4 Case management/er – roll, erfarenheter och effekter

Det finns många olika former av case management. Det kan vara en försäkringshandläggare eller en rehabiliteringsspecialist som fungerar som ett personligt ombud för en individ och hjälper denne att hitta rätt till olika rehabiliteringsinsatser och stödformer under rehabiliteringsperioden. En case manager kan ha sin anställning via försäkringsbolag, försäkringskassor, medicinska kliniker eller arbetsgivare, beroende på hur sjukförsäkringssystemet är utformat (Andersson et al., 2010). Enligt Andersson et al. (2010) så innebär case management inte så mycket en samverkan mellan berörda organisationer, utan en samordning av deras insatser gentemot en person som är i behov av en sådan samordning. Många gånger kombineras case manager med flerpartsmöten eller multidisciplinära team.

I flera andra länder är ”case management” en tjänst som i huvudsak rör sig om ett angreppssätt för bättre samordningsstöd för patienten, effektivare resursanvändning och en direkt återföring till patienten, till de anhöriga som patienten valt att involvera eller till andra som kan vara engagerade (SOU, 2009:49).

Brain & Conlon (1996) beskriver att en case manager fungerar som en förlängning av läkaren och kan vara till nytta för läkaren och arbetstagaren under återhämtningsprocessen för skadade arbetstagare. Case manager kan bidra

till att minimera fragmenteringen av vård och maximera samordning och tillhandahållande av tjänster med god kvalitet. En case manager kan hjälpa läkaren genom att fungera som förbindelseorgan mellan parter, vilket gör att läkaren kan göra vad han eller hon gör bäst - utöva läkaryrket. Författarna menar att case management kan vara en vinna- vinna- situation för alla inblandade.

Selander & Marnetoft (2005) beskriver i sin studie att case management och dess styrkor i modellen, det vill säga att hjälpa klienter att identifiera, säkra och bibehålla resurser, både personliga och i miljön som behövs för ett normalt liv i samhället, är en framgångsrik metod i yrkesinriktad rehabilitering av arbetslösa långtidssjukskrivna i Sverige. Det poängteras att det är en mindre studie men den visade att livskvaliteten hade ökat, sjukfrånvaron hade minskat och deltagarna hade en närmare kontakt med arbetslivet efter projektet än tidigare.

Enligt socialstyrelsens nationella riktlinjer är slutsatsen utifrån visst vetenskapligt underlag, att behandlingsstöd genom case management, som en del av kompetensen i primärvårdsteamet kring vuxna med medelsvår egentlig depressionsepisod, kan ge viss effekt när det gäller att öka följsamheten till den antidepressiva behandlingen, höja graden av tillfrisknande och minska de depressiva symtomen. Riktlinjerna innehåller tre typer av rekommendationer: prioritering 1-10, FoU och icke-göra. Siffran 1 anger åtgärder med högst prioritet utifrån dokumenterad effekt eller stöd i ”beprövad erfarenhet” och 10 är mycket liten nytta alternativt liten nytta i förhållande till kostnaden vid de aktuella hälsotillstånden. Behandlingsstöd genom case management som åtgärd bedöms ha liten effekt och har rekommendation 6 (www.socialstyrelsen.se).

En utvärdering av ”Koordinatorer i sjukskrivningsprocessen inom Primärvården, Västernorrland” visade att koordinatören fungerade som en coach som ger hjälp till självhjälp genom att ge struktur till den sjukskrivne och visa på olika möjligheter. Detta uppfattades som en styrka bland patienter, handläggare på FK och familjeläkare. Koordinatören bidrog till ökad snabbhet vid handläggning, ökad tillgänglighet, bättre samordning, samarbete och samsyn, som var en framgångsfaktor för patienter, handläggare på FK och familjeläkare. En annan framgångsfaktor som framkom var att koordinatören var en neutral, opartisk person vid vårdcentralen. Tillsättande av koordinator anses ha varit värdefull i sjukskrivningsprocessen men utvärderingen kan dock inte svara på frågan om koordinatörens arbete verkligen hjälpt till med att få fler patienter att snabbare återgå i arbete (Augutis, 2010).

2.2.5 Svårigheter i sjukskrivningsprocessen

I en rehabiliteringsprocess där flera aktörer är inblandade och bedriver sina insatser utifrån respektive uppdrag och ansvar, så kan svårigheter uppstå i

samordningen mellan aktörerna. Ansvarsfördelningen dem emellan är otydlig, de olika regelverken tillämpas inte korrekt eller aktörerna har bristande kunskap om varandras regelverk. I slutändan resulterar sådana svårigheter i att individens rätt inte tas till vara (ISF, 2010). Franche (2005) menar att friktionen mellan intressenterna (arbetstagare, arbetsgivare, försäkringsbolag, arbetsförmedling och vårdgivare) i RTW- intervention är oundviklig på grund av att de kommer från olika paradigmer med olika intressen. Det är dock möjligt att uppmuntra berörda parter att tolerera oenigheter inom paradigmen och samtidigt bedriva gemensam problemlösning för att uppfylla gemensamma mål. Sjukskrivning är även en problematisk arbetsuppgift för läkare, i en sådan utsträckning att många ser den som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem (Alexanderson et al., 2009).

En snabbare tillgång till rehabilitering för att möjliggöra återgång till arbete ligger i individens intresse men har även stor betydelse för staten. Lång väntan på rehabilitering kan göra den ineffektiv, sjukskrivning är en ”behandling” med stora biverkningar. FK- statistik visar att redan efter tre månaders sjukperiod minskar sannolikheten dramatiskt att någonsin komma tillbaka till arbetslivet. För att individen ska ha en god sannolikhet att återgå till ett arbetsliv är det viktigt att alla nödvändiga insatser sker samordnat och utan onödig väntan (SOU, 2009:49).

Utifrån utförd litteraturstudie konstateras att inga relaterade vetenskapliga rapporter eller utvärderingar är funna, som utvärderar själva inrättandet samt resultatet av en case manager/rehabkoordinator/rehabsamordnare utifrån den arbetsmodell som inrättats inom Region Gotland. Detta medför att syftet är intressant och nödvändigt att studera inför framtida ställningstagande och beslutsfattande framför allt inom Region Gotland.

3 METOD OCH MATERIAL

3.1 Kontakt med Region Gotland

Våren 2010 gjordes en förfrågan om att utvärdera projektet ”Rehabkoordinatorer i primärvården” på Gotland via projektledare Linda Benedicto inom ramen för författarens magisteruppsats. Diskussion fördes fortlöpande om utvärderingens huvudsyfte och godkännande togs vidare i styrgruppen för Bra sjukskrivning gällande författarens uppdrag. Ett studiebesök gjordes hos en REKO för att få en inblick i dennes dagliga arbete. I november 2010 erhöles godkännande av Gunnar Ramstedt, chefläkare inom HSF Region Gotland, om att få intervjua patienter i projektet. I november och december 2010 kontaktades samordnande person på FK och berörda verksamhetschefer för aktuella VC. Dessa erhöles information om bakgrund och syftet med utvärderingen samt hur urvalet hade gjorts. Intervjutider bokades och de ansvariga sammankallade berörda personer.

3.2 Typ av studie

Denna studie bygger på en explorativ design då det är en undersökande studie. Med anledning av att det är ”upplevelsen” som önskas bli utvärderad, krävs det vid explorativ forskning en metod som får fram många nyanser, går på djupet samt är känslig för oväntade förhållanden, vilket gör att en kvalitativ metod är passande (Jacobsen, 2002).

3.2.1 Validitet, reliabilitet, triangulering

Kvalitativa ansatser har ofta en hög intern giltighet genom sin öppenhet, vilket är en fördel. Däremot är de ofta resurskrävande, vilket medför att det är många variabler som prioriteras framför många enheter. Detta kan ge problem med den externa giltigheten och därmed generaliseringsproblem (Jacobsen, 2002). Intern validitet är något som eftersträvas genom bland annat flera frågor för att täcka ett komplex fenomen samt att använda triangulering för att öka studiens validitet och reliabilitet. Datatriangulering har använts då målet är att slutsatserna sannolikt blir mer tillförlitliga (reliabla) om uppgifterna samlas in från olika perspektiv än från en källa (Williamson 2009; Karlton et al., 2009). Två datainsamlingsmetoder har också använts, det vill säga enkät och intervju. ”Expert- validering” har gjorts genom att en REKO, som inte ingick inom ramen för studie fick lämna sina reflektioner på utformad intervjuguide inför gruppintervjuerna. På grund av etiska problem att göra pilotintervju med

patienter för att validera intervjuguiden, fick en REKO reflektera och kommentera kring utformad intervjuguide.

3.2.2 Undersökningsgrupp och urval

Berörda aktörer rekryterades till gruppintervjuerna via kontaktpersoner (Wibeck, 2010), genom att respektive verksamhetschef på VC rekryterade läkarna (n=16) och berörda handläggare på FK (n=3) rekryterades genom samordnare för gruppen och berörda REKO (n=4) var givet utifrån uppdragets syfte. Stratifierat urval, där populationen tillexempel delas in i undergrupper (strata) och där ett slumpmässigt urval görs (Karlton et al., 2009), har inhämtats ur ett register med avidentifierade personuppgifter av de patienter som var inskrivna i projektet. Kriterier för urvalet av patienter var att ärendet haft minst tre initierade kontakter, för att dessa patienter skulle ha lite mer att uttala sig kring.

3.3 Datainsamling

Insamling av empiri kring upplevelsen av inrättandet av REKO vid olika VC inom Primärvården på Gotland och om det underlättat sjukskrivningsprocessen, har skett genom enkäter och intervjuer. Enkät för kvantitativ data har riktats till handläggare på FK, REKO och läkarna, där alla hade möjlighet att värdera sina erfarenheter samt intervjuer för att kvalitativt fördjupa och vidareutveckla kvantitativ data.

3.3.1 Enkät

I samband med gruppintervjun fick deltagarna börja med att fylla i en enkät (bilaga 2) för att screena kring samtligas synpunkter och erfarenheter. Detta som underlag och komplement till själva intervjun, då samtliga kanske inte uttalar sig kring varje enskild fråga i samband med intervjun. I enkäten definierades variabler (vad som är intressant att veta något om) och värden (svarsalternativen) som är relevanta (Jacobsen, 2002). Enkäten fick sju svarsalternativ med yttervärdena ”stämmer inte alls” och ”stämmer mycket bra” samt möjlighet för eventuella kommentarer. Frågorna behandlade följande ämnen: processen runt den sjukskrivne, kvalitén kring patientarbetet, effektiviteten i sjukskrivningsprocessen, samordning och kommunikation mellan berörda aktörer, den psykosociala arbetsmiljön, rutiner och arbetssätt samt REKOs hemsida.

3.3.2 Intervju med aktörer

Gruppintervjuerna med handläggarna på FK, REKO och läkarna var av semistrukturerad karaktär. Inför de semistrukturerade intervjuerna utformades en intervjuguide (bilaga 3) med introduktionsfrågor, nyckelfrågor och avslutande frågor (Wibeck, 2010). Dessa var förutbestämde och öppna frågor, så att författaren hade möjlighet att förtydliga med följdfrågor, men ändå underlätta den systematiska analysen av resultatet (Bohgart et al., 2008). Intervjuguiden låg som grund för gruppintervjun för att få en bild kring frågeställningarna utifrån olika perspektiv. Frågorna behandlar samma ämnen som i enkäten.

Intervjuerna med läkarna och handläggarna på FK utfördes på deltagarnas respektive arbetsplats och med REKO på oberoende plats efter att tid avtalats med sammankallande personer. För att uppnå en öppen informationsutväxling är det nödvändigt att det etableras en tillitsrelation mellan intervjuobjektet och intervjuare (Jacobsen, 2002). Innan själva intervjuerna skickades information via e-post till sammankallade personer med rekommendation att föra informationen vidare till berörda personer. E-post innehöll information om ändamålet och syftet med studien, vem som har beslutat att undersökningen ska genomföras, frågeställningar samt att resultatet kommer att redovisas för styrgruppen och publiceras offentligt. Likvärdig muntlig information erhöles även i samband med intervjun. Deltagarna fick även information om att studien är konfidentiell. Författaren hade varierande tid till förfogade hos de berörda grupperna varför samtliga frågor inte har besvarats av samtliga respondent grupper. Viss fokusering gjordes även på vissa frågor till vissa grupper. Intervjuerna tog mellan 30 – 90 minuter. Gruppintervjuerna dokumenterades genom ljudinspelning med diktafon. Fördelen med att spela in intervjuerna är att inskränka anteckningarna och därmed upprätthålla en mer naturlig samtalskontakt med deltagarna. Dessutom kan man få med direkta, ordagranna citat, vilket kan bidra till att ge studien en extra tyngd (Jacobsen, 2002). Utbyte av namn, e-post adresser och telefonnummer gjordes i samband med intervjun för att möjliggöra återkoppling vid eventuella tveksamheter och godkännande av citeringar. Gruppintervjuerna och en individuell intervju med en REKO, utfördes från vecka 3 till och med vecka 11.

3.3.3 Intervju med patienter

Insamling av primärdata har skett genom telefonintervjuer. Intervjuerna med patienter var också semistrukturerade men något mer strukturerade, med fasta svarsalternativ men med inslag av frågor som medförde öppna svar (Jacobsen, 2002). En icke validerad intervjuguide (bilaga 4) utformades för datainsamling från patienter. Delar av intervjuguiden har använts till liknade målgrupp i samband med en utvärdering i Landstinget Västernorrland. I intervjuguiden finns frågor som tas upp av REKO vid inskrivningssamtalet samt indikationer

som Socialstyrelsen definierar som vård av god kvalitet och anses avgörande för att patienter ska kunna vara delaktiga i och ha inflytande över sin hälsa, vård och behandling (Socialstyrelsen, 2011). Intervjuguiden innehöll bakgrundsfrågor kring besvär och rådande arbetssituation eller daglig sysselsättning. Den innehöll vidare flervalsfrågor gällande påstående om respektfullt bemötande, delaktighet, stöd, nytta, information och vägledning, tilltro till eventuella insatser och rehabilitering. De skulle också svara på om de insatser som erbjudits via REKO lett till förbättrad fysisk och psykisk hälsa och hur aktiv man själv ansåg sig ha varit i sin egen rehabilitering. Fyra frågor undersökte om kontakten med VC, FK, AF och/eller socialtjänsten har underlättats med hjälp av REKO. Svartalternativen fick en sexgradig skala med yttervärdena ”stämmer inte alls” och ”stämmer mycket bra” samt möjlighet för eventuella kommentarer. Intervjuguiden innehöll även tre öppna frågor; 1) Genom din sjukskrivning och kontakt med din vårdcentral har en REKO använts. Vad har det haft för betydelse för dig i din sjukskrivning och rehabilitering? 2) Vad har påverkat din rehabilitering under sjukskrivningsperioden? 3) Andra synpunkter som du vill framföra?

Telefonintervju har gjorts med 6 patienter. Patienterna rekryterades genom ansvarig REKO på respektive VC. REKO fick efter information och instruktioner (bilaga 6) kontakta patienter via brev (bilaga 7) med en förfrågan om utlämnande av kontaktuppgifter och medverkan till en telefonintervju. Patienterna fick ge skriftligt godkännande om utlämnande av kontaktuppgifter och godkännande om att författaren fick skicka brev med en förfrågan om att medverka i intervju. De patienter som gav sitt medgivande, fick ett brev (bilaga 8) av författaren med information om syftet med utvärderingen, att medverkan är frivillig och att de kan avsluta medverkan när som helst samt att resultat inte kommer att kunna identifieras. Detta returnerades till författaren med ett skriftligt godkännande och önskemål om när de ville bli kontaktade. Brev skickades vidare till patienten med tid för telefonintervju och en förfrågan om intervjun fick spelas in. Patienten fick också den utformade intervjuguiden för begrundan, några dagar innan avtalad intervju. Vid själva telefonintervjun informerades patienterna återigen om bakgrund till utvärderingen, syftet, anonymitet och att rapporten kommer att redovisas för styrgruppen och publiceras offentligt. En förfrågan gjordes än en gång om intervjun fick spelas in. Telefonintervjuer utfördes under veckorna 11 och 12.

3.4 Hantering av bortfall

Undersökningsgruppen bestod slutligen av handläggare på FK (n=3), REKO (n=4), läkare (n=16) samt patienter (n=6) från de fyra aktuella VC. Det föll sig så att det blev 14 läkare som deltog i gruppintervjuerna. Tyvärr blev det bortfall

av läkare från Klinte VC. Två läkare därifrån valde dock att lämna sina åsikter och erfarenheter genom enkät. Av de 14 som deltog i intervjuerna valde tre läkare att inte svara på enkäten, då de hade svårt att uttala sig i frågorna. Alla frågor i enkäten besvarades inte heller av samtliga läkare. Berörda handläggare från FK och REKO deltog som planerat. Avsikten var att utföra 10 patientintervjuer. Ett första urval gjordes 2011-01-14 på 10 patienter, där tre tackade ja till att delta i studien. Ett andra urval gjordes 2011-02-09 på åtta patienter, där tre vidare tackade ja. På grund av komplexiteten kring patienterna i form av ångest, depression, smärtproblematik och psykiatriska diagnoser medförde det att det svårigheter att få kontakt och godkännande av patienterna varför författaren fick nöja sig med sex patienter.

3.5 Databearbetning

Genom intervjuerna framkom kvalitativ data om hur upplevelsen och erfarenheten är om fenomenet. De inspelade intervjuerna renskrevs kontinuerligt för att få en så grundlig och detaljerad beskrivning som möjligt av inhämtad data. Vidare skedde en kritisk genomläsning av de enskilda intervjuerna genom att med egna ord och understrykningar kommentera det som lästs (Jacobsen, 2002). Sedan systematiserades och kategoriserades data för att få en överblick av informationen, vilket är en förutsättning före en analys. Slutligen gjordes kombinerad där författaren tolkade data, det vill säga letade efter meningar, orsaker och vidare försökte generalisera eller bringa ordning i data (Jacobsen, 2002). Kategorisering av gruppintervjuerna har gjorts i huvudsak utifrån frågeområdena för att underlätta för läsaren. Resultatsammanställning av enkäterna från aktörerna har gjorts i en tabell (tabell 1). För att få en bättre helhetsbild och mer överskådligt för läsaren har även resultatet ifrån de strukturerade frågorna från intervjuerna med patienter sammanställts i en tabell (tabell 2) och lagts som en bilaga (bilaga 1) i rapporten. Svartalternativen har slagits samman för en mer överskådlig bild. Författaren skickade med e-post en förfrågan till deltagarna för godkännande om att få citera utifrån rådande sammanhang i analysen. Deltagarna hade då möjlighet att återkoppla till författaren vid eventuella missförstånd, eller för att reducera, tillägga eller förtydliga något som framkommit.

4 RESULTAT OCH ANALYS

4.1 Enkätssammanställning gällande REKO funktion på VC

Tabell 1 Aktörernas upplevelse av REKO funktion på VC enligt enkätsvar. Svarsskala 1-7.
(Stämmer inte alls = 1-2. Stämmer bra = 3-5. Stämmer mycket bra = 6-7). Bortfall på vissa svar från läkarna.

	FK	REKO	Läkare
<u>Processen</u> runt den sjukskrivne har underlättats.			
<i>Stämmer inte alls</i>	0	0	1
<i>Stämmer bra</i>	1	1	5
<i>Stämmer mycket bra</i>	2	3	6
<u>Kvalitén</u> kring patientarbetet har förbättrats.			
<i>Stämmer inte alls</i>	0	0	0
<i>Stämmer bra</i>	2	1	7
<i>Stämmer mycket bra</i>	1	3	5
<u>Effektiviteten</u> i sjukskrivningsprocessen har förbättrats.			
<i>Stämmer inte alls</i>	0	0	0
<i>Stämmer bra</i>	2	3	9
<i>Stämmer mycket bra</i>	1	1	2
<u>Samordningen</u> mellan berörda aktörer har underlättats.			
<i>Stämmer inte alls</i>	0	0	1
<i>Stämmer bra</i>	0	2	5
<i>Stämmer mycket bra</i>	3	2	7
<u>Kommunikationen</u> mellan berörda aktörer har underlättats.			
<i>Stämmer inte alls</i>	0	0	0
<i>Stämmer bra</i>	0	2	6
<i>Stämmer mycket bra</i>	3	2	6
Den <u>(psykosociala) arbetsmiljön</u> har förbättrats.			
<i>Stämmer inte alls</i>	0	1	3
<i>Stämmer bra</i>	1	2	8
<i>Stämmer mycket bra</i>	2	1	1
<u>Rutiner och arbetssätt</u> fungerar bra.			
<i>Stämmer inte alls</i>	0	1	1
<i>Stämmer bra</i>	0	1	6
<i>Stämmer mycket bra</i>	3	2	5
Rehabkoordinatorernas <u>Hemsida</u> används.			
<i>Stämmer inte alls</i>	2	0	13
<i>Stämmer bra</i>	0	1	0
<i>Stämmer mycket bra</i>	1	3	0

Samtliga respondent skattar utifrån enkät att processen runt patienten har underlättats, att kvalitén och effektiviteten har förbättrats. Samordningen och kommunikationen upplevs ha underlättats samt att rutiner och arbetssätt fungerar bra. Den psykosociala arbetsmiljön anses inte ha förbättrats hos 4 respondenter (n= 19) vara 3 är läkare och en REKO. REKOs hemsida används i stort sett bara utav REKO.

4.2 Intervjusammanställning

4.2.1 Sammanfattning - Rehabkoordinatorer

För att underlätta för läsaren har indelning gjorts utifrån frågeområdena.

Processen runt patienten efter inrättandet av REKO

Flera REKO upplever att processen runt patienten har förbättrats. Det upplevs som att läkarna i större utsträckning gör bättre överväganden när de sjukskriver utifrån det medicinska beslutstödet. Genom att läkarna i högre grad anpassar sjukskrivningstiden och inte sjukskriver längre än nödvändigt. REKOs bidrag till detta är att de är med och guidar om vad underlagen bör innehålla och vad FK kräver. REKO är ibland steget före FK, att bland annat aktualisera avstämningsmöten. Det upplevs positivt att avstämningsmöten anses mera ”normalt” och att de planeras och initieras i ett tidigare skede än förut. En REKO beskriver att hon avslutat ett par ärenden direkt på grund av att personerna återgått i arbete väldigt snabbt:

”Effekterna av mitt samtal eller inte, det kan jag inte svara på, men jag tror att det kan ha viss del i det, det tror jag”.

En REKO poängterar vikten av MMT och att det är själva kärnan. Det är där planering och uppföljning sker, och det är där som möjlighet finns att bolla frågor med läkare och andra professioner. Hon upplever att hennes VC ännu inte har hamnat rätt gällande att hålla sig till de kriterier som råder inom ramen för projektet. Hon tycker att syftet är mycket bra, men att det också finns mycket som kan förbättras.

Kvalitén kring patientarbetet efter inrättandet av REKO

Flera REKO tror att det blir en kvalitetsförbättring i och med att både läkarna och FK har en person de kan vända sig till. Att det är en person som blir spindeln i nätet. De tror att det är en fördel för FK att handläggarna har möjlighet att gå via REKO när de önskar kontakt med en läkare. På en VC menar REKO att disktriktsköterskorna, som ofta är inkörsporten, i samband med telefonrådgivning, uppmärksammar och rapporterar patienter till henne, som de bedömer bör etablera en kontakt. Det upplevs vara kvalitetshöjande för patienten. Flera REKO uppmärksammar läkarnas brist på kunskap kring vilka rehabiliteringsalternativ och insatser som finns. De uppger att läkarna har vissa svårigheter att hålla sig uppdaterade om vilka insatser, som kan erbjudas och användas, samt att ha överblick kring olika begrepp som figurerar kring bedömningar och interventioner. De uppger att läkarna initialt inte tänker på vilka andra rehabiliteringsalternativ som finns utöver sjukskrivning och smärtlindring. Dock upplevs en förbättring sista tiden och läkarna tar allt mer

hjälp av andra professioner tack vare konsultation av REKO. De uttrycker att det dock borde gå lite fortare. REKO hänvisar också många gånger direkt till andra aktörer. Till exempel hänvisar de till ”sjukgymnast direkt”, vilket ofta har gjorts på en VC och anses spara en mängd läkarbesök. En efterlyser psykolog direkt. En REKO ser det som en kvalitetshöjning för verksamheten att hon återberättar om det som hon fått information och utbildning kring utifrån sin yrkesroll, vilket hon anser för in kunskap i verksamheten. En REKO uppger att man på arbetsplatsen diskuterar ämnet sjukskrivning, som man inte gjorde tidigare.

Effektiviteten i sjukskrivningsprocessen runt patienten

FK har numera någon att kontakta, de vet att de kan ringa eller skicka e-mail till REKO, vilket anses förkorta processen. Detta spar även på läkarens kapacitet, då de anser sig göra mycket av läkarens arbete:

”Det som de gjorde förut som att jaga FK och FK jagade dem och ringa fram och tillbaka, boka tider, boka av tider, boka på. Det spar ju massa av energi av dem”.

Målsättningen är att sjukskrivningsprocessen ska bli mer effektiv efter inrättande av REKO. En REKO upplever, att så är fallet i de ärenden hon har haft, men att det behövs fler ärenden och ett annat klientel än vad man hitintills arbetat med på hennes VC. En REKO uppger att när FK skickar e-mail till REKO vid behov av avstämningsmöte så ordnar hon det snabbt och att det är ett sätt att förkorta sjukskrivningarna.

Kommunikation, samarbete och samordning

Flera av REKO upplever att de har ett bra samarbete med handläggarna på socialtjänsten. De uppger att det fungerar mycket bra med kontakten med handläggarna på FK genom att man ringer eller mailar och att man alltid får tag på någon, det finns alltid en väg in.

”Och de känner ju likadant. Det finns alltid en väg in. I stället för att sitta i telefonkö så skickar de i väg ett mail och så ringer jag när jag kan, eller svarar på mail”.

Vissa ser en fördel om det funnits en specifik handläggare på FK, som arbetar med alla patienter mot en VC för en smidigare dialog och därmed bättre samarbete. Däremot uppfattas det av REKO som att läkarna inte använder REKOs roll till fullo i dessa kontakter, även om det blivit bättre gentemot FK när de märkt att de kan samorda kring avstämningsmöten. En uttrycker att det borde vara positivt att hon kan bistå vid eventuella kompletteringar i stället för att läkaren och FK ska försöka att nå varandra:

”Då kan man läsa i journalen och bistå lite och säga vad som sagts på senaste mötet. Då slipper de att ta tid från läkaren med det. Sådana smågrejer som egentligen inte syns och som man inte lägger ner så mycket tid på men som kunde blivit mer tidskrävande”.

Förutom den kontakten man har idag med kontaktperson på AF mot rehabsidan (Rehabilitering till arbete), saknar REKO vidare kommunikation och samarbete med de övriga handläggarna på AF. REKO önskar att AF tog kontakt med dem i större utsträckning, och att AF har en lite mer offensiv inställning. Alla REKO uttrycker behov av kontaktperson FHV. De uppger att om de ringer dit vet de inte vem de ska vända sig till. De menar att det handlar mycket och mycket om patienters arbetssituation och att FHV har en viss kompetens och REKO en annan. Att det i vissa fall kan bli missförstånd eller dubbelarbete. REKO menar att det också skulle medföra att de kunde få möjlighet att prata med arbetsgivaren, som de egentligen inte har idag.

På en VC råder ett öppet klimat för återkoppling. Där fungerar det så enligt REKO, att hon spontant och oplanerat för en dialog med läkaren kring patienter. På en annan VC lägger REKO ofta en ”blänkare” på varje läkares lista och att läkaren ibland skriver svar tillbaka att de mottagit informationen, vilket upplevs fungera bra. Hon uttrycker däremot svårighet med återkoppling när det råder få fasta läkare och det därmed inte finns någon att återkoppla till. En annan svårighet med icke fasta läkare som ST-läkare och AT-läkare är, att de kan arbeta intensivt med en patient för att det sedan inte händer så mycket under en tid och sedan ska man återuppta ärendet igen när de kommer tillbaka. På en annan VC är det ingen som tagit över patientlistan efter att en läkare slutat, vilket upplevs påverka kontinuiteten för patienterna. På en VC så skrivs det ibland ”blänkare” av REKO för återkoppling, men det råder ovisshet om läkarna mottagit informationen.

Målkonflikter eller samverkansproblem

Vissa REKO upplever från vårdens sida att det blir en konflikt gentemot FK och deras regelverk. De upplever att det inte finns någon flexibilitet utan att det är ”på eller av”. Ibland upplevs det att processerna kanske inte löper parallellt, som önskat ur ett tidsperspektiv, för att patienten väntar på bedömningar och/eller undersökningar. Ibland kan det ta upp till 3 månader eller mer om de har otur och då måste läkarna förlänga sjukskrivningen under tiden. Ibland upplevs det att FK vill ha svar snabbare än vad vården har möjlighet att ge på grund av andra ”kuggar i systemet”. Det upplevs som processerna inte alltid gå hand i hand, samt att man har olika uppfattningar kring vissa saker och ting.

Rutiner, teknik och roller

Generellt under intervjuerna visar REKO ett engagemang och en positiv inställning till det mesta. De uppvisar stolthet över sin yrkesroll. Några poängterar att det krävs en viss personlighet för att man ska tycka om samt orka med att arbeta som REKO, då det många gånger handlar om ”komplexa” patienter som har väldigt stora behov. Det behövs en person som lyssnar och bryr sig. Det har mer med personligheten att göra än yrkesrollen menar några. En uttrycker svårighet kring sin roll och gränsdragning. Risken är att hon tar på sig för mycket och går in för djupt i ärenden som egentligen inte är hennes roll. Ibland upplever vissa att de fungerar som en kurator och där vissa saknar just den funktionen på VC som de kan hänvisa vidare till. En uttrycker att det vore en fördel om det fanns REKO, som har en annan professionell bakgrund än sjuksköterska. Samtliga anser det nödvändigt att träffas fortlöpande i form av nätverk eller dylikt för att bolla olika frågor och fylla på ny kunskap. Det kan också upplevas ensamt i professionen. Flera utav REKO upplevde att det i början var svårt att hitta sitt arbetssätt men att det nu fungerar ganska bra utifrån utarbetade rutiner. Det upplevs mycket positivt att de har fått vara med från början och utveckla strukturen och rutinerna för sitt arbetssätt. I början tog de emot en mängd patienter, som de egentligen inte skulle ha. Det skedde eftersom ingen visste hur de skulle gå tillväga, varken läkarna eller REKO själva. De anser sig nu ha mer struktur och uppger att de vet precis vilka patienter som de kan hjälpa. Dock uppstod viss förvirring när MMT implementerades parallellt.

På frågan om vad de som REKO tror sig bidra med, uppger de att det är någon som lyssnar och att någon äntligen ser patienterna. Det är faktiskt en människa det handlar om och inte den där jobbiga patienten som jämt vill bli sjukskriven. De tror att de bidrar med livskvalitet och tryggheten att ha någon att bolla med. En REKO beskriver ett ärende som hon hade tillsammans med socialtjänsten:

”Det var det där lilla samtalet, som satte igång den här lilla bollen och så kom det till henne på andra ändan och hon sa – Halleluja, äntligen så händer det någonting. Hon sa att det var precis som att vinna på lotto, det tyckte jag var lite roligt. Och då gjorde jag inte en jättegrej, utan det var ett samtal till rätt person, för jag visste precis vem jag skulle ringa till”.

En annan berättar om ett annat ärende som hon ansåg sig vara behjälplig med kring en patient som varit sjukskriven men inte hade fått några pengar:

”Jag fick kontakt med henne någon gång i november första gången. Och hon hade inte fått ett enda öre på grund av att arbetsgivaren inte hade skickat in hennes intyg, så hon hade inte fått den här anmälan som hon själv skulle fylla i. Sedan hade jag fullt upp med att hjälpa och stödja henne. Om det var den 23 december så fick jag ett SMS där det stod - Tack gode gud till dig och läkaren och gud bevara er. Jag får alla mina pengar den 23 december... Jag fick läsa det flera gånger. Ja, då kände jag liksom så där att...”.

De som bytt journalsystem (TakeCare) upplever det mycket svårare att kommunicera via tidböckerna som gjordes tidigare. TakeCare upplevs bra på ett sätt men sämre vad det gäller kalender och bokningar. Det uppges även bli dubbelarbete, då de fortfarande måste gå in i det gamla journalsystemet, vilket allt samman skapar viss frustration. Det upplevs hos en del att det blir mycket dokumentation, både manuellt och digitalt.

Tid, resurser och tillgänglighet

Flertalet upplever tidsbrist i rollen som REKO. En upplever att hon inte fått tillräckligt med tid och legitimitet för sitt arbete och är besviken över att det inte blivit tillräckligt resultat på sin VC, som hon önskat. Hon tycker att det inte är tillräcklig tillströmning av patientärenden och att hjulen inte snurrar riktigt som de ska. Hon tar också på sig att hon inte ”raggat” patienter hos till exempel hyrläkarna för ökad tillströmning. Hon upplever att det på grund av tidsbrist ofta blir så att hon kommer för sent och att hon får hoppa in och ut på teammöten, vilket inte upplevs tillfredsställande.

Andra upplever, trots bättre rutiner, att det råder tidsbrist på de större VC. En uttrycker att hon inte hinner ta kontakt inom den tid som bestämts, utan hon ligger alltid två veckor efter. En uppger att hon arbetar över nästan jämt. Några uttrycker att det tar mycket tid i anspråk att skriva loggbok. En uppger att hon inte hinner läsa på om saker och ting, som behövs för att utöva sin roll. På grund av tidsbrist har några slutat med uppföljningar. I stället försöker de avsluta ärendena så att patienten eller läkaren får ”flagga” om de behöver hjälp. Det uppges vara väldigt flytande gränser, när man gör sina insatser för ökad flexibilitet och tillgänglighet, vilket i många fall inte upplevs som något problem. På icke rehabkoordinatortid gör man insatser som att skicka e-mail till exempel till FK eller kontakta patienter. En mailar till och med på sin fritid. En uttrycker att det är mer struktur nu än i början, vilket upplevs mindre stressande. Trots att det upplevs som för många patienter, vilket inte känns riktigt bra, så ser REKO till den situation som är och försöker ordna upp strukturen så bra som möjligt. Flera ser en fördel med att REKO ingår i befintlig verksamhet, det vill säga en som arbetar på mottagningen och finns synlig och tillgänglig.

Stöd och förutsättningar

Samtliga REKO upplever stort stöd ifrån projektledaren under implementeringen och under projektets gång. Flera upplever att det var svårt i början att få tid och legitimitet för sin yrkesroll på sin arbetsplats. Vissa upplever att detta blivit allt bättre efter uppstyrning, i form av specifik tid för arbetet som REKO och mer stöd av chef. Det upplevs dock av vissa att de inte alltid har respekt och legitimitet för sitt arbete. Ofta blir de störda av att andra

patienter ringer, det knackar ständigt på dörren och de måste gå ifrån och utföra andra arbetsuppgifter på sin rehabkoordinatortid, vilket upplevs som ett bekymmer.

4.2.2 Sammanfattning - handläggarna på FK

För att underlätta för läsaren har indelning gjorts utifrån frågeområdena.

Processen runt patienten efter inrättandet av REKO

En handläggare på FK uppger svårighet att utvärdera om sjukfallen blivit kortare men att det känns som att de som har en REKO blir mer väl omhändertagna. Det upplevs som detta ger en chans att på ett bättre sätt komma vidare. Samtliga handläggare på FK anser att REKO utför ett stort preventivt arbete. FK får inte ärenden de inte ska ha, vilket upplevs förebyggande. Handläggarna har förstått det så att REKO hjälper till med kontakter med socialförvaltningen vid behov, och även initiera kontakt med arbetsgivare och läkare. De uppger att på så sätt löser sig problematiken kanske redan där, utan att ärendet behöver gå vidare till FK. De anser att det är mycket som de inte ser där på FK, då mycket av REKOs arbete sker i de ärenden som inte är pågående sjukskrivningar. De menar att det inte medför lika många sjukskrivningar, som det skulle ha gjort, om man handlagt det på det gamla traditionella sättet. De uppger att de ibland blir kontraktade av REKO för frågor, innan det blivit ett sjukfall eller innan någon blivit sjukskriven. Detta i förebyggande syfte, där REKO kan förvarna om att det kan bli en sjukskrivning, men att de försöker hitta lösningar.

Kvalitén kring patientarbetet efter inrättandet av REKO

Samtliga ser en kvalitetsaspekt i REKOs arbete genom att patienterna blir sedda, och REKO därmed fyller en mycket viktig roll. De uppger att REKO fångar upp och sköter hela omhändertagandet och är spindeln i nätet i kontakter internt och externt. De menar att det är många patienter, som faktiskt inte har den förmågan själva, eller i vilket fall behöver stöd. De tycker också att REKO är så engagerade i sitt uppdrag, att det gynnar patienten. En upplever en utveckling och förbättring inom sjukvården på sista tiden. Hon ser mer och mer av sjukgymnastens, arbetsterapeutens och psykologens roll i bedömningarna. Hon menar att deras bedömningar bidrar till att det blir mer överskådligt och tydligt tillsammans med ett medicinskt underlag.

Effektiviteten i sjukskrivningsprocessen runt patienten

Handläggarna på FK upplever svårighet att uttala sig kring effektiviteten då det gått så kort tid. De uttrycker ändå att det går i positiv riktning och att de inte skulle vilja vara utan REKO. Eftersom de når varandra fortare så kan FK med sitt samordningsansvar påverka effektiviteten om inte annat. De uppger att FK kanske kräver att få veta vad som händer medicinskt, och att de vill ha återkoppling. De tycker sig märka att sjukskrivningarna inte är strikt månadsvis, tidigare vanligen tre månader, utan sjukskrivningsperioden kan vara två veckor och avslutas mitt i en vecka, vilket är en skillnad vad gäller

sjukskrivningsperioderna. Däremot anser de att det skulle bli mer effektivt om läkarna och FK använde vissa gemensamma verktyg, som det försäkringsmedicinska beslutstödet, där de rekommenderade sjukskrivningarna finns. Det skulle medföra, att läkarna slapp mycket utav kompletteringar. Det skulle också medföra enligt dem, att de hade haft samma tidsperspektiv.

Kommunikation, samarbete och samordning

Handläggarna på FK upplever ett bra samarbete med REKO och anser sig använda dem i hög grad. En har dock en känsla av, utifrån den VC som hon arbetar mot, att läkarna inte använder REKO lika mycket åt sitt håll för kontakten med dem på FK. Det ser hon som en brist, att de inte riktigt vet vad de ska använda henne till och inte ser vinsterna. De menar att handläggarna på FK till exempel ofta ringer till sin REKO när de vill ha svar på vissa frågor där man inte behöver fråga läkaren själv, och menar att läkarna inte hittat den arbetsformen att använda REKO när de behöver ha tag i dem. Hon menar att med anledning av att FK ofta begär kompletteringar så skulle läkarna kunna använda REKO tillbaka och ge svar på frågor. Medan en annan handläggare som arbetar mot en annan VC tror att det beror på att läkarna inte har ett så stort behov av att få tag på dem på FK lika ofta som FK anser sig behöver få tag på läkarna. Samarbete med VC är olika etablerat beroende på vilken VC det gäller. Handläggarna uppger att det tar tid innan man har etablerat ett förtroende för varandra och känner att man har ett samarbete. En utav handläggarna uppger att det inte är vi på FK och ni på VC, utan här har vi en gemensam spelplan. En av handläggarna som arbetat länge mot en VC, uttrycker känslan när hon möter läkargruppen så här:

"Jag är endast en deltagare i gruppen som lämnar fortlöpande information och får återkoppling. Vi har ett gemensamt uppdrag och det finns också ett behov i gruppen att samverka kring de punkter som tas upp på mötet. Det binder en vikänsla och jag känner mig alltid välkommen och uppskattad när jag besöker Vårdcentralen".

En handläggare förstår att VC uppskattar när hon besöker VC, vilket hon tycker är positivt. Hon anser att det tar tid innan de här samarbetsformerna sätter sig, men hon tycker att de är på god väg. En uttrycker att i vissa fall kan det vara viktigt med en kontakt med en REKO. I vissa fall så har hon svårt att bedöma vad som är vad, och vad som är grunden till att personen inte kan arbeta. REKO har oftast mer kunskap om det är sjukdom, social eller ekonomisk problematik. Handläggarna upplever att det är lätt att få tag på REKO och att det är lätt att få ett möte till stånd, eller om man behöver ha en återkoppling ifrån en läkare så är det en smidig väg att ha en person som har direktkontakt med läkarna. De tycker också att REKO svarar och återkopplar direkt. Även om de kanske inte är i den tjänsterollen, så får de besked om när de kan nå varandra och så vidare.

Målkonflikter eller samverkansproblem

Handläggarna på FK känner av frustrationen hos läkarna, när det begärs kompletteringar vid första sjukskrivningen, det vill säga tidig bedömning. De uppger att läkarna vill kunna ringa FK på Gotland, vilket tidigare var möjligt, och inte bli hänvisad till Norrköping som nu efter organisationsförändring på FK. En uttrycker att i och med nya regler införts och att det endast är medicinska uppgifter, som ska finnas med i underlaget, håller processen ännu på att trimmas in. Det har ännu inte riktigt accepterats hos alla läkare. Hon är samtidigt medveten om att det tar tid att vänja sig med att ett medicinskt underlag enbart är till för medicinska orsaker till sjukdomen. Hon tror att om man kan få in den här processen, - det här tänket på VC -, så kommer det vara lättare för läkarna att skriva underlagen. En handläggare uttrycker vad svårigheterna kan beror på:

"De har ju hela patienten, de tar hand om helheten. Att urskilja vad de ska skriva, när det även kan vara mycket socialt som kanske påverkar ett dåligt mående, inte en sjukdom. Jag tror att det är det som är svårt, den här gränsdragningen, vad som ska stå med".

De upplever att sjukvårdens process inte alltid löper parallellt med FK regelverk och deras process. De menar att om processerna skulle löpa lite mer hand i hand skulle det bidra till att det inte bli något glapp, med utnyttjad tid för patienten.

Rutiner och roller

Samtliga handläggare på FK tycker att rutiner och arbetssätt fungerar bra utifrån deras perspektiv. Det tog lång tid innan de fann fungerande rutiner vid förändrat arbetssätt, men att de nu anser att de själva har fått mycket tillbaka. De ser att vissa organisatoriska problem kvarstår på VC. De menar att alla berörda nog gör så gott de kan, men att de måste få tid och stöd från den egna organisationen för att de ska kunna närma sig varandra. En ser som förbättringsområde att handläggarna själva behöver repetera sjukskrivningsprocessen för läkarna och visa att de vill samarbeta och arbeta för ett gemensamt mål. De uttrycker behov av att man har en samsyn från dag ett i sjukskrivningen:

"Att man har en samsyn ifrån dag ett. Att det är vår patient och vi alla har olika funktioner i den här processen, att hjälpa den här personen tillbaka. Alltså det kan ju bara bli bättre".

En efterfrågar en processbeskrivning av REKOs uppdrag, som vänder sig till alla berörda aktörer, eftersom personal ständigt byts ut, och för att göra processen mer synligt och tydligt. En upplever problem med att det blir brist på kontinuitet kring de patienter, som inte har samma läkare när de söker sjukvård ofta. Det upplevs som att det inte tas samma ansvar av de som är tillfälliga läkare som av dem som finns på VC kontinuerligt.

Tillgänglighet

Samtliga handläggare upplever att tillgängligheten har förbättrats, genom att det är smidigt att få tag på REKO via telefon eller framför allt via e-post. Det är lätt att få ett avstämningsmöte till stånd. Om man behöver få återkoppling ifrån en läkare upplevs det som en smidig väg att ha en person, som har direktkontakt med läkarna. En tycker däremot att tillgängligheten kan utökas ytterligare. Vill man ha telefonkontakt vid visst tillfälle, finns det kanske inte någon att kontakta just den dagen. Hon upplever också att behovet är större än REKOs befintliga resurser. De uttrycker det som en betydande vinst att läkarna och handläggarna slipper ”jaga” varandra:

”Innan vi fick koordinatören, då fanns det ett stort behov. Alla vi satt på var sitt rum och ringde och försökte nå läkarna. Och det var ju hopplöst. Likaså för dem om de behövde få tag på oss. Så det här är en jättestor vinst, tycker jag”.

4.2.3 Sammanfattning - läkargruppen

För att underlätta för läsaren har indelning gjorts utifrån frågeområdena.

Processen runt patienten efter inrättandet av REKO

Generellt har läkargruppen mycket varierande erfarenheter av REKOs funktion och av hela arbetsprocessen i sig. Några har inte varit med från början och andra, som nyttjat REKOs insatser, har slutat. Vissa vet egentligen inte vad och hur mycket REKO gör i "bakgrunden". Många uttrycker också svårighet att utvärdera, då andra projekt löper samtidigt och integrerar med varandra. Det upplevs också att det är andra faktorer som till exempel regelverk hos myndigheter som försvårar. Vissa anser det svårt att utvärdera effekterna då man hitintills arbetat med personer som varit sjukskrivna länge. Andra uttrycker att processen har underlättats, att det går snabbare och att det skett någon form av avlastning. Hur mycket är dock svårt att uttala sig om:

"Rehabkoordinatören har haft en smörjande effekt för att få FK att inte klämma till med utförsäkring. Och där upplevde jag att hon gjorde tjänster för mig så att jag slapp skriva en massa brev och ringa telefonsamtal till FK".

"Det är en positiv insats..."

En förbättring, som effektiviserar processen uppges vara att patienter som har en knuten kontakt med en REKO, kan ta kontakt med denne om det krånglar med sjukskrivningen och att REKO kan ha en dialog med FK. Man kan på ett smidigare sätt, rätta till sjukskrivningen utan att träffa patienten en gång till, vilket uppges spara läkartid. Någon upplever att sjukskrivningsprocessen inte har underlättats då patienterna kommer tillbaka. Vissa saknar kunskap om vad som är REKOs roll och uppgifter. Grundtanken med REKO upplevs klart positiv, men vissa menar att mycket kan förbättras vad det gäller rutiner inom verksamheten, som tillgänglighet, mötestillfällen, information, introduktion till nyanställda om arbetssättet mm.

Kvalitén kring patientarbetet efter inrättandet av REKO

Det upplevs svårt att utvärdera kvalitén kring patientarbetet, men någon upplever att det ändå skett en viss förbättring. En upplever att de flesta patienter är väldigt väl informerade och att det råder en känsla av att det är bättre kontroll på var patienterna befinner sig i processen hos FK och AF. Detta upplevs som en förbättring. En annan upplever att det inte råder bättre ordning kring vilka sjukskrivningsfall som finns på VC. Denne tycker att det vore bra om det fanns någon form av loggbok över sjukskrivningsfall på VC, för bättre kontroll. Att REKO koordinerar avstämningsmöten och rehabmöten upplevs mycket positivt, då det spar tid och underlättar. Avstämningsmöten uppges av en ha fungerat bra sista tiden, att man där kan diskutera och komma fram till en gemensam slutsats.

Några tycker dock att avstämningsmötena har minskat i antal eller nästan försvunnit. Det efterfrågas snarare fler möten och att det råder större aktivitet och en mer offensiv inställning hos REKO vid ärenden som börjar ”kärva”. När parter börjar prata olika ”språk” finns önskemål om att man snabbt initierar ett avstämningsmöte. Det uppges också önskemål om att REKO, som upplevs som själva nyckelpersonen i processen, också är med på själva mötena. Kvaliteten och effektiviteten uppskattas ha höjts i de MMT där man har möten med flera professioner. Man upplever bland annat att patienterna blir mer omhändertagna och att man slipper en del pappersexercis, vilket kan vara kvalitetshöjande för patienten. REKO är mer eller mindre engagerade i MMT. Det upplevs mycket positivt men det finns önskemål om att det skulle utökas:

”Hon är väldigt aktiv där och det händer grejer där. Det raslar till...”.

Flera uttrycker svårigheten att ha överblick över vilka insatser och rehabiliteringsalternativ som finns och kan erbjudas. Läkarna upplever det positivt att ha REKO att bolla idéer med och erhålla information och tips, då de uppmärksammat att de har relevant kunskap:

”Jag tycker att det känns helt nödvändigt att det finns en rehabkoordinator inte minst eftersom jag är ny inom primärvården. Det finns svåröverskådliga varianter på alla varianter. Så någon som är koordinator är A och O i denna verksamhet.”

Effektiviteten i sjukskrivningsprocessen runt patienten

Det upplevs underlättande att REKO förmedlar kontakter och har kontakt med patienten:

”Koordinatorns uppgift är att hon kan förmedla kontakter, kontakta Arbetsförmedlingen och patienten. På det viset underlättar det vårt arbete. Dels går det snabbare och dels att det är en person som gör det. Har tid avsatt för det. Det effektiviserar”.

Flertalet inser och drar nytta av REKOs kunskap kring vilka insatser och rehabiliteringsalternativ som finns. Vissa menar att REKO känner vägarna bättre än vad de många gånger gör:

”Att man vet att det finns en åtgärd. Är det något vi kan göra åt det? Är det något vi kan hjälpa till med på ett bra sätt? Gör att man kommer i gång snabbare. Att vi har den här möjligheten att prata med REKO och ta upp det. För innan så drog det ut på tiden, kanske för att vi inte riktigt visste alla åtgärder som kunde sättas in. Det har en stor betydelse i processen bara att det finns”.

Kommunikation, samarbete och samordning

Samordningen upplevs hos vissa fungera till det bättre. Någon menar att FK och AF kommunicerar bättre med varandra bland annat kring gränsdragningar.

Några efterfrågar bättre samarbete med FK och AF, samtidigt som det finns viss oro hur det ska gå till rent tids- och resursmässigt. En del upplever att FK sällan tar kontakt med sin REKO. Som läget är nu blir läkarna kontaktade direkt av handläggare centralt för kompletteringar eller förtydligande av underlag. Det gäller specifikt ”tidig bedömning” vid första sjukskrivningen, men där läkare anser att det skulle REKO i många fall kunna vara behjälplig med. Flera uttrycker behov av en förbättring gällande att få till mötestid med REKO:

”Att det är först när man bemödar sig om att faktiskt se till att båda har tid med varandra, just den här tiden. För det krävs inbokade tider i respektive kalendrar. Det är då det fungerar. Annars rinner det ut i sanden”.

Vissa läkare har exempel lästid, där möjlighet finns till möten med REKO, vilket anses fungera väl. Om det sker spontana oplanerade möten upplever någon att det inte blir en bra kommunikation, då läkaren inte har tid eller kanske inte är förberedd. Någon önskar mer återkoppling av REKO under ärendets gång, om vad som händer och sker samt när ärendet är avslutat. Detta för att få respons på att allt har gått bra även om läkaren inte var med i processen sista tiden. En annan anser dock att det inte finns tid till att fördjupa sig på det sättet. Läkare från en VC uppger att det fungerat bra med återkoppling genom ”blänkare” från REKO, men att det efter byte av journalsystem har försvårats.

Målkonflikter eller samverkansproblem

Några läkare upplever förvirring kring ansvarsfördelning mellan läkaren själv, FK och AF. En upplever att FK och AF numera tar egna initiativ, som tidigare krävde läkares medverkan. Det upplevs som de tagit ifrån denne en del ansvar, vilket upplevs uppskattande. Samtidigt uppges det skapa viss osäkerhet vid skrivande av intyg. Denne upplever otydlighet kring vad FK och AF egentligen begär utav denne. En uttrycker att han upplever allt större problem med FK på grund av det nya regelverket. Han saknar systematik i samarbetet med FK. Han menar att REKO skulle kunna ha en roll att vara en länk mellan FK och VC och ge kontinuerlig feedback på hur många som är sjukskrivna och med framförhållning initiera avstämningsmöte eller annat. Ett problem som en annan ser är att det råder kommunikationsproblem mellan FK och VC om vad som är den faktiska aktivitetsförmågan hos patienter. Man efterlyser ett sätt att värdera aktivitetsförmågan som alla tror på, både FK, läkarna och som är trovärdigt för patienten. Det borde ingå som standard så fort det råder oklarhet. En anser att det upplevs som att vissa personer ”fladdrar” mellan stolarna. De är för friska för FK och för sjuka för AF, vilket upplevs som ett problem, och önskas därför ett bättre samarbete där emellan. En läkare uttrycker att ett riktigt bra rehabiliteringsarbete ska bygga på ett förtroende och att man har ett gemensamt mål. Han menar att sjukvården och FK har olika perspektiv och värderingar.

Rutiner och teknik

På flera håll har inte rutiner funnits och etablerats kring det nya arbetssättet. För en del så fungerar rutinerna bättre och på andra ställen sämre. En uttrycker det som ett väldigt viktigt budskap att de haft REKO en längre tid, men att flera av läkarna inte har någon större erfarenhet av det. På en VC så vet läkarna inte hur mycket och vad REKO gör i det fördolda. De känner att REKO ”stör” dem så lite som möjligt på grund av att läkarna har en så pressad arbetssituation. Sedan blir det ingen kommunikation förrän det är absolut nödvändigt. Då menar en på att då är det en avlastning som de inte är medvetna om. Ingen använder REKOs hemsida och flertalet hade heller inte kännedom om den. Flera uttryckte frustration kring det nya journalsystemet och dess tidböcker, då en stor del av kommunikation och informationsutbyte skedde genom de gamla tidböckerna. Det upplevs som att detta har försvårats och försämrats med det nya systemet.

Tid, resurser och tillgänglighet

Flera läkare uttrycker att det är för lite tid avsatt både för avstämningsmöten och individuella patientbesök. På en halvtimmes teammöte ska kanske många patienter avhandlas, och sedan när man är färdig sitter nästa patient och väntar. Det finns ingen tid för dokumentation, vilket upplevs stressande. Dokumentation utförs ibland efter dagens slut. En annan upplever att en halvtimme inte alls räcker till, då det är så pass seriösa ärenden. Han ifrågasätter varför han ska tvingas att slarva igenom bedömningen på en halvtimme och att sitta kvar en kvart extra efter dagens slut och skriva intyget. Han har ibland begärt att en arbetsterapeut ska gå in och göra analys om vad patienten presterar i vardagen. Han funderar på att använda det i större utsträckning om hans arbetssituation fortsätter och förblir som idag. Att REKO är någon från befintlig personalgrupp ses som en fördel då hon många gånger känner patienterna sedan länge. Hon har lokalkännedom, sitter i telefon och är med i det dagliga arbetet. Det antas att hon har mycket information ”gratis”, vilket upplevs som smidigt. Det anses också bidra till ökad flexibilitet, då man kan nå henne andra tider än på hennes REKO-tid. Det bidrar också till ökad kunskap om dennes roll och funktion.

Två läkare uttryckte att det var svårt att få till möte med REKO genom att REKO är så uppbokad i sin kalender. De uppger att de avsatt tid för ett möte i REKOs kalender, men att det ändå inte blev av på grund av tidsbrist hos REKO. De tror sig kunna använda REKOs tjänster mer om hon var mer tillgänglig. Flera efterlyser avsatt tid för att diskutera patienter med REKO och att hon finns på plats en bestämd tid. En ser positivt på samverkan, men menar att ska man fortsätta att jobba i team med samordningsvinster måste det synas i ersättningsmodellen, då det tar mycket mer läkartid i anspråk.

4.2.4 Sammanfattning - patienter

Undersökningsgruppen bestod av 6 personer (5 kvinnor och 1 man). Fyra av undersökningspersonerna hade en anställning/tillsvidaretjänst, en person hade en lönebidragsanställning och en var arbetssökande. Vid intervjutillfället var det en som varken är eller har varit sjukskriven, två har varit sjukskrivna men åter i fullt arbete, en som studerar 50 % och är 50 % sjukskriven samt två personer som fortfarande är 100 % sjukskrivna. De dominerande symtomen hos undersökningsgruppen var smärta och/eller psykisk ohälsa/depression och fyra av sex uppger att det är arbetsrelaterat. Av de fem som är i sysselsättning trivs alla med sina arbetsuppgifter, fyra av fem trivs med sina arbetskamrater men bara en av fem trivs med sin arbetsledning.

Resultatet från de öppna frågorna visade på många positiva omdömen gällande REKO i sjukskrivningsprocessen. Merparten utav patienterna lämnar generellt mycket positiva omdömen gällande sina kontakter med REKO. Utifrån de flervälsfrågor, som utvärderade respektfullt bemötande, delaktighet, stöd, nytta, information och vägledning, tilltro till insatser och rehabilitering och om de insatser som erbjudits via REKO lett till förbättrad fysisk och psykisk hälsa samt hur aktiv man själv ansåg sig varit i sin rehabilitering, uppger fem utav sex respondenter att det stämmer bra eller i de flesta fall stämmer mycket bra. Fyra frågor utvärderade om kontakten med VC, FK, AF och/eller socialtjänsten har underlättats med hjälp av REKO. Fyra utav sex upplevde att kontakten med VC har underlättats (1 stämmer bra, 3 stämmer mkt bra), tre utav fem upplevde att kontakten med FK har underlättats (1 stämmer bra, 2 stämmer mycket bra) . För de två som det varit aktuellt med kontakt med AF uppger en att kontakten inte har underlättats och en att det stämmer bra. Ingen utav respondenterna har varit aktuell för socialtjänsten.

Stöd, trygghet och diskussionspartner

Flera uttrycker att REKO gav stöd och trygghet i kontakten med FK, men framför allt att någon hörde av sig, kunde lyssna, förstå och bry sig om. De ansåg det värdefullt att ha någon att bolla tankar med:

"Ett väldigt stöd, hjälpt till med mediciner, tagit den första kontakten med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och fick till ett första möte med jobbet".

"Hon kunde förstå, lyssna på en. Man kunde bolla med henne".

"Jag kände mig lättad när hon hörde av sig. Det var en helt otrolig känsla. Man kände sig så hjälpt. Bara att någon bryr sig. Och frågar hur går det för dig?".

"Hon tog sig an, hon brydde sig".

En patient upplevde att hon inte hade fått stöd ifrån REKO. Detta berodde mycket på att REKO kom in i ett sent skede, då många kontakter och bollar redan var igång. Det stöd, som hon upplevde att hon hade inom sjukvården, var hennes sjukgymnast. Hade kontakten etablerats första veckan menar hon att hon kanske varit av annan åsikt.

Coach och lots

Ett par uttrycker det som positivt att REKO hade kontakt samt var en förmedlande länk till FK. Positivt att någon brydde sig, peppade och lotsade vidare till relevant aktör:

”Det gick fort när hon lotsade vidare till sjukgymnast och läkare. Hon såg till att det hände omgående. Jag hade nog inte fått fart på mig själv annars. Det har haft stor betydelse att hon sparkade in mig hos sjukgymnastiken”.

”Hon har varit en lots genom djungeln”.

”Man var ju sjuk och så var det Försäkringskassan som var emot en. Läkaren försökte göra så gott hon kunde, men hon förstod sig inte på de här myndigheterna. Det var bra både för mig och läkaren, det här med att koordinatören förmedlade med Försäkringskassan”.

Samordning och koordination

Flera uttrycker sig positivt om att REKO förmedlade och koordinerade kring övriga aktörer. Det kändes som ett stöd och lättnad att bli hjälpt med detta:

”Jag var så sjuk så att jag inte kunde arbeta. Och så var det Försäkringskassan... Den här ekonomiska biten... Jag fick inte igenom... Och då blev jag ännu sjukare. Det var hemskt. Då blev man inte bättre av att man oroade sig över ekonomin. Då kunde läkaren koppla in Rehabkoordinatören som skulle kunna förmedla mellan Försäkringskassan och sjukvården. För när man är så pass sjuk orkar man inte fighta. Jag kommer ihåg att det kändes skönt att det fanns någon där”.

”Jag kände stöd. Jag kände mig hjälpt av henne och hon hjälpte mig med koordination och så. Hon hade tid och det var lätt att prata med henne.”

”Det var att den här Rehabkoordinatören förmedlade mellan Försäkringskassan, läkaren och mig. Det hjälpte att man inte behövde oro sig. För sedan fick jag min ersättning”.

”Det blev inget avstämningsmöte, men Rehabkoordinatören redde ut det ändå som jag minns det”.

På den öppna frågan om vad som har påverkat positivt under sjukskrivningsperioden uppges i flera fall ha varit sjukgymnasten i form av träning och akupunktur. Sjukgymnasten uppges i ett fall ha fixat, kollat upp och ringt runt för att hjälpa till och uppges ha varit dennes koordinator. Bemötande från både läkare och REKO upplevs som en positiv påverkan.

På den öppna frågan om vad som har påverkat negativt under sjukskrivningsperioden uppges FK ha haft negativ påverkan hos tre av respondenterna:

"Den känslan av att jag måste jobba är starkare än att de bryr sig om att jag faktiskt är sjuk. Det blir väldigt negativt för då man sitter där och kämpar med att bara orka sitta på stolen. Att bli bemött så känns så oförstående".

Chefen och arbetsgivaren uppges ha haft negativ påverkan hos tre av respondenterna:

"Det var ingen som stöttade mig här. Det fanns ingen som brydde sig om vad jag gjorde här på jobbet".

På frågan andra synpunkter du vill framföra så uppger fyra av sex spontant mycket positiva omdömen som:

"Hon kom mer som skänk från ovan. Det var ju väldigt positivt när hon sa att hon skulle prata med FK. Hon ringde och sa så här . – Nu är din sjukskrivning snart slut, hur mår du? Kommer du att behöva vara fortsatt sjukskriven? Och det var jag så väldigt förvånad över att någon brydde sig om det. Det var otroligt positivt. Och då vet jag att jag sa till henne att jag måste fortsätta. Och då sa hon - Då bokar jag en tid till läkare till dig. Jag var helt förvånad över att någon skulle hjälpa mig med det här. Väldigt positivt. Sedan nästa gång hon ringde, då kunde jag säga att jag skulle börja jobba".

"Att ha det här stödet som av en rehabkoordinator, skulle göra stor betydelse om man fick det stödet från början. Att någon säger att jag förstår att du har det jobbigt. Någon som bara förstår. Tipsar lite om vad man kan göra, man får en förtröstan i det här".

"Jag har haft ett väldigt stöd av rehabkoordinatorn. Just med den här kontakten och slippa att dra i de här trådarna. För jag hade aldrig orkat det. Eftersom jag mått psykiskt dåligt har jag haft väldigt nytta av det".

En uppger att det inte varit aktuellt med REKOs insatser utan menar att denne har haft mesta hjälpen utav läkaren, som styrt henne åt olika håll.

En person var lite mer negativ till REKOs insatser. Personen var dock generellt missnöjd med sjukvården, FK och arbetsgivaren, vilket kan avspegla sig hur personen uppfattat REKOs insatser. Personen anser inte det har haft någon betydelse gällande dennes sjukskrivning och rehabilitering. Uppger att hade denne däremot fått kontakt i ett mycket tidigt skede, det vill säga första veckan när behovet var som störst, hade denne kanske varit av annan åsikt.

5 DISKUSSION

Syftet med studien fokuserar på att utvärdera om sjukskrivningsprocessen har underlättats runt patienten på VC, för samverkande aktörer samt för patienten, efter inrättandet av REKO. För att få en helhet är det dock nödvändigt att i viss mån diskutera andra faktorer som löper parallellt samt integrerar med REKO funktion och arbete, då det påverkar rehabiliteringssamverkan i sin helhet. Det innebär också svårighet att isolera tänkbara orsaker eller verkan, eftersom flera faktorer samvarierar med varandra. Studien har identifierat olika faktorer, som påverkar och integrerar både positivt och negativt i organisationen, samt med de samverkande organisationer vid ett förändrat arbetssätt som detta innebär.

5.1 Resultat - REKO, FK och läkargruppen

Studiens resultat diskuteras även här utifrån studiens frågeområden.

Processen runt patienten efter inrättandet av REKO

Det finns i praktiken en mängd olika modeller för samverkan, som används inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Andersson et al. (2010) kategoriserar olika modeller som visar hur olika faktorer kan verka som hinder och framgångsfaktorer i samband med samverkan, vilket också visar sig tydligt i denna studie. Strukturella modeller handlar om samverkan mellan olika berörda organisationer, som samtidigt ofta innebär en samverkan mellan olika samhällssektorer. Processinriktade modeller handlar om samarbete mellan olika specialister eller yrkesgrupper. Dessa uppträder inte alltid i renodlad form. Enligt Andersson et al. (2010) innebär case management inte så mycket en samverkan mellan berörda organisationer, utan en samordning av deras insatser gentemot en person som är i behov av en sådan samordning. Många gånger kombineras case manager med MMT, vilket görs även inom Region Gotland.

Det övergripande målet för rehabiliteringssamverkan, liksom för all arbetslivsinriktad rehabilitering, är att hjälpa sjukskrivna personer tillbaka till arbete och arbetslösa personer in på arbetsmarknaden så att de kan försörja sig själva (SFS 1962:381). Samtliga respondentgrupper anser i varierande grad att processen runt den patienten har underlättats, förbättrats och att det går snabbare efter inrättandet av REKO. Man ser även ökad tillgänglighet, bättre samordning och samarbete, som får ses som en framgångsfaktor för patienter, handläggare på FK och läkare. Liknade effekter kom Augutis (2010) också fram till genom utvärdering av "Koordinator i sjukskrivningsprocessen inom Primärvården, Västernorrland". Hur mycket upplevs svårt att uttala sig om då arbetsmodellen ännu är i ett tidigt skede efter implementeringen. Samtliga respondentgrupper skattar utifrån enkäten sammanställt i tabell (tabell 1) till övervägande del att det

stämmer bra eller stämmer mycket bra att processen har underlättats, att kvalitén och effektiviteten har förbättrats, att samordningen och kommunikationen har underlättats samt att rutiner och arbetssätt fungerar bra. Den psykosociala arbetsmiljön har förbättrats hos flertalet respondenter förutom hos fyra (n= 19) varav tre är läkare och en REKO. Läkarna uttrycker också att det skett någon form avlastning i sitt arbete tack vare REKOs insatser, vilket man får se som positiv inverkan på den psykosociala arbetsmiljön. REKOs hemsida används i stort sett bara utav REKO.

En förbättring som uppskattas av en läkare och upplevs effektivisera processen är att man på ett smidigare sätt kan justera sjukskrivningen genom att REKO har en dialog med FK. Det upplevs spara läkartid. FK upplever att REKO utför ett viktigt preventivt arbete. Både FK och REKO menar på att REKO många gånger är ”steget före” att initiera avstämningsmöte samt ”flaggar” och ”bollar” med FK innan det eventuellt blivit ett sjukfall, vilket måste ses som att det effektiviserar processen. FK menar att det inte kommer in lika många sjukskrivningar numera som när man handlägger på det gamla traditionella sättet. De flesta effektstudierna visar på att det är positivt att parter samverkar inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Det handlar framför allt om återgång i arbete, minskad sjukskrivning samt förbättrad fysisk och psykisk hälsa (Andersson et al., 2010).

Vissa hinder har identifierats kring rehabiliteringssamverkan från tidigare studier, vilket också har noterats i denna studie. Flera i läkargruppen upplever att grundtanken med REKO är klart positiv, men att det är mycket man kan få ännu bättre vad det gäller rutiner på framför allt verksamhetsnivå. Det kan vara ökad tillgänglighet hos REKO, mötestillfällen, återkoppling samt information till nyanställda kring metoder och rutiner. Samtidigt är det flera läkare som inte har så mycket erfarenhet av REKO funktion och av arbetsprocessen i sig. Det ter sig också som att AF inte har en särskilt tydlig roll i samarbetet med REKO i dagsläget. Andersson et al. (2010) menar att en viktig faktor för en framgångsrik samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering är att det finns *tydliga incitament* för de samverkande organisationerna på både organisatorisk och på individuell nivå, som till exempel effektivare resursutnyttjande eller bättre kvalitet i verksamheten. Enligt Jakobsson et al. (2005) och Axelsson & Axelsson (2009) är samverkan inte något självändamål, utan de deltagande organisationerna måste uppleva att det finns ett behov av att samverka. Denna motivation måste genomsyra hela organisationen och i synnerhet omfatta de individer som arbetar med samverkan (Metzel et al., 2005). Det kan finnas många anledningar till att det råder brister i interaktionen mellan organisationen och de individer, som är berörda, samt organisationer emellan, det vill säga att rutiner och arbetssätt kring och med REKO inte fungerar fullt ut hos alla berörda. Det kan bero på strukturella hinder som ett *bristande stöd* (Andersson

et al., 2010) för verksamheten från sin respektive organisation. Det kan vidare bero på *bristande tid* (de Rijk et al., 2007) för aktiviteten i samverkan samt *bristande intresse* från de samverkande organisationerna (Norman & Axelsson, 2007). Dessa faktorer kan bidra till att kontinuiteten brister och att arbetet ”stoppas upp” om det av någon anledning inte sker en koppling och förankring genom hela organisationen samt hos samtliga samverkande organisationer vid implementeringen.

Ett hinder för rehabiliteringssamverkan är en *bristande kontinuitet* i arbetet vilket kan bero på personalomsättning bland läkare (Thorstensson et al., 2008). På en VC har några läkare slutat, som använt REKO mer kontinuerligt och de nya har inte varit med från början samt inte introducerats i arbetsprocessen till fullo, vilket kan vara en bidragande orsak. Det uppges att ST-läkare och AT-läkare tjänstgör i perioder på VC för att sedan vara borta i en period, vilket upplevs hämma kontinuiteten. Wihlman et al. (2008) menar att strukturella faktorer, som kan främja och stödja samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering är att det finns en *tydlig målgrupp* för verksamheten. En REKO upplever att hennes VC inte ”hamnat” rätt gällande att hålla sig till de kriterier, som ska ingå inom ramen för projektet, medan andra REKO hade samma problem initialt men att de nu mycket väl vet vilka de anser sig kunna hjälpa.

Kvalitén kring patientarbetet efter inrättandet av REKO

Läkarna upplever att kvalitén och effektiviteten i sjukskrivningsprocessen har höjts i de MMT, där man har möten med flera professioner. Flera studier visar just att det är viktigt att identifiera och inkludera professioner och organisationer, som kan vara nyckelaktörer utifrån målgruppens behov av rehabiliteringsinsatser (Andersson et al., 2010). Det upplevs som att patienterna blir mer omhändertagna, vilket kan vara kvalitetshöjande för patienten. FK upplever också att de, som har en REKO, blir mer väl omhändertagna. Detta ger en chans att på ett bättre sätt komma vidare. FK ser en kvalitetsaspekt i REKOs arbete genom att patienter blir sedda, att de fångar upp och sköter hela omhändertagandet och är spindeln i nätet i kontakter internt och externt. Det upplevs gynnsamt för patienten att REKO är så engagerade i sitt uppdrag och har tid avsatt för att göra vissa insatser.

Vissa utav läkarna samt REKO uttrycker läkarnas svårighet att ha överblick över vilka bedömningar och rehabiliteringsalternativ som finns och kan erbjudas och därmed erbjuda rätt vård av rätt kompetens. De menar att läkarna initialt inte tänker på rehabiliterande insatser just därför att de kanske inte har kännedom om vilka insatser och möjlighet som finns till förfogande. *Bristande kunskap* om andra professioner och organisationer, som är inblandade, samt deras kompetens och uppdrag kan enligt Andersson et al. (2010) utgöra ett hinder för samverkan.

Sista tiden inser dock fler läkare och de drar nytta av REKOs kunskap om vilka bedömningar, rehabiliteringsalternativ och insatser som finns att remittera till, och det har vänts till en framgång. REKO uttrycker dock behov av att den processen borde gå lite fortare. FK anser det också som positivt, att ett medicinskt underlag kompletteras med bedömning av sjukgymnast, arbetsterapeut och psykolog, då det bidrar till att underlaget blir mer överskådligt och tydligt. Återigen gynnas samverkan att så många *relevanta aktörer* som möjligt involveras i samverkan och att man inser att flera av dessa aktörer kan finnas utanför den egna organisationen eller samhällssektorn (Loisel et al., 2005). Att man utgår ifrån en *helhetssyn* på målgruppen och dess behov är en framgångsfaktor inom rehabiliteringssamverkan (Friesen et al., 2001). På en VC uppmärksammar och rapporterar distriktssköterskorna patienter till REKO, som de bedömer bör uppmärksammas av olika anledningar. Det anses vara kvalitetshöjande för patienten. En annan aspekt, som upplevs kvalitetshöjande för verksamheten enligt en REKO är att hon för in ny kunskap i verksamheten utifrån sitt uppdrag. Sjukskrivningar har kommit upp till ytan och man diskuterar ämnet, som man inte gjort tidigare.

Effektiviteten i sjukskrivningsprocessen runt patienten

Samtliga respondentgrupper anser att effektiviteten i sjukskrivningsprocessen påverkas i positiv riktning, bland annat för att FK numera vet vem de ska kontakta när de söker en läkare. Att det finns en person, som har avsatt tid för att förmedla kontakter samt koordinera avstämningsmöten och rehabmöten, upplevs positivt, då det underlättar och förkortar processen. Enligt Holm et al. (2010) finns visst stöd för att koordinerade insatser och strukturerat arbetssätt minskar tiden till återgång i arbete för personer med besvär i rörelseorganen. Det upplevs också spara på läkarens resurser, då REKO gör arbete som läkarna tidigare gjorde i samarbete med till exempel FK. Vissa läkare önskar att FK i ännu högre grad tar direktkontakt med REKO vid frågor och kompletteringar i stället för med dem. Enligt Brain & Maureen (1996) kan en case manager (REKO) hjälpa läkaren genom att fungera som förbindelseorgan mellan parter, vilket kan göra att läkaren kan göra vad han eller hon gör bäst – utöva läkaryrket.

FK ser en effektivisering i sjukskrivningsprocessen eftersom aktörerna når varandra fortare och på så sätt kan FK, med sitt samordningsansvar, påverka effektiviteten. REKO påtalar att läkarna inte sjukskriver lika länge numera. FK tycker också att det är positivt att sjukskrivningsperioderna inte längre är lika strikta. Däremot anser handläggarna på FK, att det skulle bli ännu mer effektivt om läkarna och FK använde sig utav gemensamma verktyg som det försäkringsmedicinska beslutstödet, där de rekommenderade sjukskrivningarna finns. Enligt FK så vet läkarna att detta beslutstöd ska användas men alla har inte anammat detta till fullo. Vad det beror på kan författaren inte med

säkerhet uttala sig om, men att hinder i arbetsprocessen för samverkan kan bero på många *kulturella skillnader*, vilket i sig kan utgöra ett hinder i interaktionen mellan de individer, som berörs, och organisationerna. Det kan handla både om professionella och organisatoriska kulturer (Sandström et al., 2007). De *kulturella skillnaderna* kan visa sig i olika beteendemönster, samt olika attityder och värderingar. Det visar sig också i olika språkbruk (Ståhl et al., 2009a) vilket läkarna också uttrycker i samband med utfärdandet av underlag till FK.

Kommunikation, samarbete och samordning

REKO visar ett tydligt engagemang och positiv inställning till sin roll och funktion samt till samverkan med andra aktörer. Även handläggarna på FK visar positiv inställning till samverkan. Vissa av läkarna är mycket positiva och engagerade medan andra kanske på grund av tidsbrist och kunskapsbrist, inte funnit arbetsformerna för arbetssättet och därmed inte ser vinsterna till fullo. Flera av REKO upplever ett bra samarbete med handläggarna på socialförvaltningen. Både handläggarna på FK och REKO upplever ett ömsesidigt gott samarbete. De nyttjar mycket varandras tjänster. Kommunikationen anses fungera väl både via telefon eller e-post. Man anser att man alltid får tag på någon, det finns alltid ”en väg in”, vilket får anses öka tillgängligheten. FK upplever att REKO svarar och återkopplar omgående vid frågor. Vissa av REKO ser en ytterligare bättre dialog och samarbete om det funnits en specifik handläggare på FK, som arbetar specifikt mot hela VC.

REKO efterfrågar utökad kommunikation och samarbete med handläggarna på AF samt en mer offensiv inställning ifrån AFs sida. *Bristande kommunikation* mellan inblandade professioner och organisationer har visats utgöra ett hinder för rehabiliteringssamverkan (Sandström et al., 2007; Ammendolia et al., 2009). Det kan hänga samman med att de olika aktörerna har bristande kunskaper om och förståelse för varandra eller oklarheter om roller och ansvar i det gemensamma arbetet (Metzel et al., 2005). Man saknar också en kontaktperson bland de ”vanliga” handläggarna på AF, och inte enbart mot rehabsidan, (Rehabilitering till Arbete) för att underlätta samverkan. Alla REKO uttrycker behov av kontaktperson inom FHV för underlättande av kommunikation och samarbete kring patienter, som innehas gemensamt. Detta skulle kunna bidra till mindre missförstånd och eventuellt dubbelarbete kring rehabiliteringsärenden. Det anses också att en dialog med FHV skulle medföra att REKO skulle få möjlighet till kontakt med arbetsgivaren vilket de saknar idag. Detta är en adekvat åsikt, då det finns stöd för att en större samverkan mellan arbetslivets representanter vid rehabilitering kan leda till färre sjukdagar och stora besparingar för samhället (Kärrholm, 2007). Det finns också visst stöd för att anpassa arbetet efter individens behov, ergonomisk rådgivning på arbetsplatsen, samt en god kontakt mellan behandlande läkare och arbetsplatsen (Holm et al.,

2010). Där skulle REKO kunna fungera som förbindelseorgan. Detta i kombination med case management är enligt Steenstra et al. (2006) ett säkrare och snabbare koncept för återgång i arbete än sedvanlig vård för arbetstagare som är sjukskrivna i två till sex veckor på grund av ländryggsbesvär. Detta stödjer resonemanget att REKO kan ha en koordinerande och förmedlande funktion mellan berörda parter och bistå med de rätta insatserna för vidare förbättringsutrymme.

Vissa utav handläggarna på FK och vissa utav REKO upplever att läkarna inte nyttjar REKOs insatser till fullo i kontakten med bland annat FK, vilket kan ses som en brist. Samarbetet mellan VC generellt upplevs fungera i varierande grad beroende på hur väl etablerat kontakterna, kommunikationen och förtroendet är mellan inblandade aktörer. Ibland kan det enligt de Rijk et al. (2007) finnas en negativ inställning till någon profession eller organisation redan på förhand. *Bristande kunskap* innebär ofta bristande *förtroende* mellan aktörerna. Detta är ett hinder som kan skapa stora svårigheter i det interprofessionella och interorganisatoriska samarbetet, vilket beskrivs i flera studier (Wihlman et al., 2008; Ståhl et al., 2009b). En läkare uttrycker att ett riktigt bra rehabiliteringsarbete ska bygga på ett förtroende och att man har ett gemensamt mål. Detta är något som tar tid innan det är etablerat enligt handläggarna på FK. En utav handläggarna ser att ett förbättringsområde, som FK skulle kunna ta på sig, är att mer kontinuerligt gå ut och repetera kring sjukskrivningsprocessen, förändring i regelverk mm på VC och på så sätt etablera ett förtroende och vidare samarbete. Norman & Axelsson (2007) menar att det krävs i allmänhet en lång och förtroendeskapande utvecklingsprocess med stora investeringar i tid och energi från berörda parter, för att övervinna dessa svårigheter. Ett sätt att åstadkomma en gemensam grund för rehabiliteringssamverkan är genom *gemensamma utbildningsinsatser* för alla berörda parter (Andersson et al., 2010), där FK förslag om att informera om regelverket, skulle kunna vara en del.

Vissa utav läkarna upplever att samordningen fungerar till det bättre, men att flera efterfrågar ytterligare samarbete med FK och AF. Samtidigt finns det en oro hur det ska gå till på grund av tidsbrist, då möten och kommunikation mm initialt tar tid, vilket då blir ett hinder. Om så är fallet är detta beklagligt, då behov och motivation finns hos individer, men att arbetsituationen är sådan att den utgör ett hinder för vidare samarbete. Någon upplever numera bättre kommunikation mellan FK och AF gällande gränsdragningar kring respektive ansvarsområde. Flera utav läkarna uttrycker behov av mer mötestid med REKO för bättre dialog och samarbete. Det är tydligt att de läkare, som har möjlighet till mötestillfällen med REKO, upplever att det fungerar väl medan de som har spontana oplanerade möten eller inga alls samt är tidspressade, fungerar kommunikationen och samarbetet sämre. Om det beror på organisatoriska orsaker, som bristande tid för aktiviteten, bristande stöd för verksamheten eller

andra faktorer kan studien inte besvara, men tydligt är att interaktionen mellan individer och organisationen påverkas.

En läkare uttrycker kommunikationsproblem mellan FK och VC om vad som är den faktiska aktivitetsförmågan hos patienten. Denne efterfrågar ett sätt att värdera aktivitetsförmågan, som alla berörda anser trovärdiga. Som tidigare nämnts kan *kulturella skillnader* mellan professioner och organisationer som bland annat attityder och värderingar vara ett hinder för samverkan. Det finns enligt Ståhl et al. (2009a) olika perspektiv på begreppet arbetsförmåga mellan vårdpersonal och FK. Vårdpersonal har en helhetssyn på arbetsförmågan medan socialförsäkringens tjänstemän har en mer reduktionistisk hållning, där arbetsförmåga är nedsatt till medicinskt status. Ståhl menar att bedömning av arbetsförmåga därför tenderar att bli en förhandling mellan handläggare på FK och läkare.

Flera studier förespråkar *standardisering, systematisering och formalisering* av kontakter och informationsutbyte mellan de samverkande aktörerna inom arbetslivsinriktad rehabilitering (Franché et al., 2005; Jacobsson et al., 2005; Kärrholm et al., 2008). Detta kan ske genom formella överenskommelser om behandlingsprogram, gemensam planering av olika rehabiliteringsinsatser, eller annan form av organisering, som ger regelbundenhet och tydligt struktur (Andersson et al., 2010), vilket kanske borde kommuniceras och förtydligas mellan berörda parter. Ett sätt kan eventuellt vara, att mera systematiskt komplettera de medicinska underlagen med bedömning ifrån andra professioner för en mer överskådlig och tydlig bild. En läkare uttrycker avsaknad utav systematik i samarbete med FK. Han anser att REKO skulle kunna ha rollen att vara en länk mellan FK och VC och ge kontinuerlig feedback på hur många som är sjukskrivna på respektive VC. Därmed skulle REKO med framförhållning kunna initiera avstämningsmöten mm, vilket borde bli en framgångsfaktor.

Flera utav läkarna upplever att avstämningsmöten är bra men att de har minskat i antal eller nästan försvunnit. Detta är inget som uttrycks ifrån de övriga respondenterna, vilket medför svårighet för författaren att värdera om det har blivit någon form effektivisering genom att FK och REKO sköter det på ett smidigare sätt eller om det skett någon form av annan prioritering. På en VC verkar återkopplingen fungera väl både om det sker genom fysiska spontana och oplanerade möten eller genom ”blänkare” via journalsystem av REKO eller läkarna. På en annan VC upplevs det av REKO fungera väl att göra ”blänkare” via journalsystemet men där vissa utav läkarna på samma VC önskar mer feedback och mer planerade mötestillfällen för återkoppling och planering. Det tyder på att man behöver kommunicera kring hur man vill att det ska fungera då det råder personliga uppfattningar. På en VC råder osäkerhet kring hur återkoppling och dialogen fungerar, om läkarna mottagit skickad information

från REKO eller inte. Två REKO upplever svårighet med återkoppling, när patienter inte har fasta läkare av olika anledningar, vilket tidigare nämnts kan bidra till bristande *kontinuitet* i rehabiliteringssamverkan.

Målkonflikter eller samverkansproblem

Några utav läkarna upplever förvirring kring ansvarfördelningen mellan läkaren själv och myndigheterna FK och AF, och att de tagit över ansvaret för rehabiliteringen. I en rehabiliteringsprocess, när flera aktörer är inblandade och bedriver sina insatser utifrån respektive uppdrag och ansvar, kan svårigheter uppstå i samordningen mellan aktörerna. Ansvarfördelningen dem emellan kan vara otydlig, eller aktörerna kan ha *bristande kunskap* om varandras regelverk och samordningen dem emellan, vilket kan utgöra ett hinder för samverkan (SOU 2009:49). En läkare uppger problem med att vissa personer ”fladdrar” mellan stolarna. De är för friska för FK och för sjuka för AF. Det efterfrågas bättre samarbete dem emellan. Både FK och REKO upplever att sjukvårdens och FKs processer inte alltid går hand i hand och löper parallellt utifrån ett tidsperspektiv. Många gånger beror det på andra ”kuggar i systemet”.

Rutiner, teknik och roller

En viktig faktor är att de samverkande professionerna och organisationerna skapar *gemensamt arbetssätt* (Axelsson & Norman, 2007; Kärrholm et al., 2008). Det får anses att merparten bland de intervjuade har funnit fungerande rutiner för samarbete och att man ser vinster i detta. Flertalet av REKO upplever att det var svårt att initialt hitta sitt arbetssätt. Men vart efter tiden gått och de själva har fått vara med att utveckla strukturen och rutinerna för sitt arbete, upplevs det idag fungera ganska väl. Likaså handläggarna på FK tycker att rutiner och arbetssätt fungerar bra utifrån deras roll. Samtliga respondentgrupper ger uttryck för att vissa organisatoriska problem kvarstår på vissa VC, det vill säga på vissa VC har inte fungerande rutiner etablerats. För en del upplevs det fungera väl medan andra inte ens har någon större erfarenhet av samarbete med REKO. Vissa utav läkarna har av olika anledningar inte full kännedom om REKOs roll och funktion, hur mycket och vilka insatser denna gör. Många gånger handlar det om brist på återkoppling eller mottagande av återkopplingen. För att samverkan ska fungera krävs också ett *ledarskap* som respekterar och balanserar alla inblandade professioner och organisationer. Enligt Ståhl et al. (2009a) är inte detta alltid fallet i arbetslivsinriktad rehabilitering. Han menar att flera studier påpekar att läkarna har en särställning i rehabiliteringssamverkan och att deras inställning till andra professioner påverkar hur det gemensamma arbetet fungerar.

Ingen utav läkargruppen använder REKOs hemsida, vilket är beklagligt då man där kan inhämta information om projektplan, arbetsprocessbeskrivning, information om vilken hjälp man kan få av REKO som vårdgivare mm. REKO använder hemsidan flitigt, vilket en handläggare från FK också gör. De läkare och REKO som bytt journalsystem, upplever vissa förbättringar med sökord mm, men sämre vad gäller kalendern och bokningssystemet. Detta på grund av att kommunikationen och informationsutbytet upplevs har försvårats och försämrats.

Samtliga REKO upplever stort stöd ifrån projektledaren under implementeringen och under projektets gång. Flera upplevde att det i början var svårt att få tid och legitimitet för sin yrkesroll på sin arbetsplats. Vissa anser att det fungerar allt bättre, efter uppstyrning och stöd ifrån chef i form av specifik rehabkoordinatortid. *Ledare* på alla nivåer måste vara medvetna om vad samverkan innebär och ge stöd till de individer som engagerar sig i sådant arbete. Samverkan kräver ett ledarskap som inte är revirbevakande, utan istället kännetecknas av en vilja att kompromissa och ge upp delar av det egna reviret till förmån för bättre helhetslösningar (Axelsson & Axelsson, 2009). Det upplevs kvarstående problem av vissa REKO som att de inte alltid har respekt och legitimitet för sin yrkesroll. Som tidigare nämnts kan upplevelsen av *bristande stöd* för verksamheten vara ett hinder för rehabiliteringssamverkan som bland annat *bristande tid* för aktiviteten i samverkan. Denna upplevelse av *bristande stöd* kan enligt Andersson et al. (2010) tolkas som tecken på *bristande legitimitet* för gränsöverskridande arbete, vilket i sig också kan vara ett hinder för samverkan.

Brain & Conlon (1996) menar att komponenter som omfattar ett bra "case management- program" är tidigt ingripande samt bedömning av patienters medicinska och psykosociala behov. Vidare hänvisning till andra leverantörer, kontakten med arbetsgivaren och läkaren, samordning av vård, identifiering av alternativ till återgång i arbete samt underlättandet för anställda att återgå till arbetet i tid. Som författaren uppfattar det så har "Gotlands modell" flera delar av dessa komponenter i mer eller mindre omfattning. Bland annat screenar REKO patienters behov för att kunna återgå i arbete, hänvisar till andra aktörer, innehar kontakt med läkare samt samordnar vården. Däremot saknas idag kontakt med arbetsgivare och kanske identifiering av alternativ till arbete. Vidare saknas konsekvent analys av arbetsplatsen i syfte att underlätta för personer att återgå till arbete i tid, vilket kan vändas till en framgångsfaktor genom att REKO har dialog och samarbete med arbetsgivare och FHV.

Enligt Gardner et al. (2010) är samordnare som arbetar med återgång i arbete, en mycket viktig faktor och utgör en nyckelfunktion till aktivitetens framgång. Därför krävs många nödvändiga kompetenser hos samordnaren. Resultatet

utvisar att REKOs arbete kräver olika egenskaper och roller, såsom personliga och olika specifika kompetenser. Enligt REKO själva är de någon som innehar förmågan att lyssna och bry sig, fungera som en ”coach” och diskussionspartner, bidra med stöd och trygghet i sjukskrivningsprocessen, vilket också uttrycktes och uppfattades som en styrka även av patienterna. Enligt studien framgår att REKO också bistår med övergripande kunskaper om vilka bedömningar och interventioner som finns och de bistår läkaren vid intygskrivande till FK mm. Resultatet visar att REKO befinner sig i en slags skärningspunkt mellan olika intressenters viljor och behov och försöker medla mellan samtliga parter. En reflektion och möjlighet till framtida diskussion är vilken kompetens REKO bör ha, hur REKO ska se på sitt uppdrag och vilka förväntningar de olika aktörerna har på REKO och om de är rimliga. Viktigt är kanske att klargöra aktörernas förväntningar samt ge REKO möjlighet till utbildning och utveckling för att underlätta och förbättra RTW- interventionen fortsättningsvis från sjukvårdens sida. Nödvändiga kompetenser som krävs enligt Gardner et al. (2010) av samordnare, som arbetar med återgång i arbete, är individuella egenskaper och kvaliteter, relevant kunskapsbas, RTW fokus och attityd, organisatoriska samt administrativa kunskaper. Vidare krävs bedömningsförmåga, kommunikationsförmåga, medmänsklig relationsförmåga, förmåga till konfliktlösning, förmåga att lösa problem samt färdigheter som underlättar RTW.

Tid, resurser och tillgänglighet

Flera utav läkarna samt två utav REKO uttrycker att det är för lite tid för rehabiliteringssamverkan i relation till det patientflöde som råder. Det upplevs som för lite tid både kring avstämningsmöten och vid individuella patientbesök. Dokumentationen upplevs eftersatt hos läkarna, REKO hinner inte kontakta patienter inom den tid som bestämts, de hinner inte utföra uppföljningar, läsa in sig i alla ärenden. En REKO upplever, som tidigare nämnts att hon inte fått den tid och legitimitet hon behöver för sitt arbete, vilket hon borde (de Rijk et al., 2007). Både läkare och REKO ser en fördel i att REKO finns med i ordinarie verksamhet och arbetar på mottagningen, då hon blir mer synlig och tillgänglig. En viktig faktor för att uppnå framgång i rehabiliteringssamverkan är att det finns en *stark förankring* av verksamheten i de samverkande organisationerna, samt *engagemang och stöd* på alla nivåer inom organisationerna (Hultberg et al., 2005). Det innebär bland annat att det måste finnas tillräckliga *gemensamma resurser* för verksamheten, *tillräcklig tid* för aktiviteter i samverkan samt möjlighet till samlokalisering eller annan fysisk närhet (Andersson et al., 2010). Sjukskrivning är en problematisk arbetsuppgift för läkare, i en sådan utsträckning att många ser den som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem (Alexandersson et al., 2009). På enkätfrågan (tabell 1) om arbetsmiljön har förbättrats efter inrättandet av REKO på VC uppger 9 läkare utav 12 i varierande grad att den gjort det.

5.2 Resultat – patienter

Flera utav patienterna uttrycker det positivt att någon visade intresse för dem och hörde av sig, kunde lyssna, förstå och bry sig om, vilket REKO själva också ansåg sig bidra med. REKO hade enligt respondenterna flera olika stödjande roller. Det kunde vara att ha någon att bolla tankar med. Det upplevdes som ett stöd och trygghet för patienterna i kontakten med framför allt FK men också med AF. Det ingav stöd och trygghet att REKO var behjälplig med att föra en dialog, förmedla och koordinera gentemot FK och övriga aktörer. Detta på grund av att patienterna kände sig så sjuka och inte riktigt hade orken och förmågan samt kände oron kring den ekonomiska situationen då de inte kunde arbeta. REKO hade enligt patienter en coachande roll och funktion. Det upplevdes positivt att någon brydde sig, peppade och lotsade vidare till relevant aktör. Müssener (2008) har identifierat tre aspekter av människors erfarenheter med deras samspel med hälso- och sjukvård och FK under deras sjukfrånvaro. Att behandlas med kompetens, personlig kännedom, tillit och förtroende är aspekter som tycks vara viktiga för positivt samspel. Detta kan tolkas att intervjuade patienter i denna studie också uppfattar detta som betydelsefullt, framförallt tillit och förtroende till REKO och sjukvården generellt.

En upplevde inte att den hade fått stöd och hjälp ifrån REKO, vilket mycket troligen berodde på att REKO blev initierad i ett sent skede, då många kontakter och bollar redan var i rullning. Denne hade också generellt dålig tillit och förtroende till sjukvården, FK och arbetsgivaren. Detta kan visa på betydelsen av att fånga upp patienter och koppla in REKO i tidigt skede i sjukskrivningsprocessen. Det är av vikt att de som har nära kontakt med patienten, vilket ofta är den sjukskrivande läkaren, är lyhörd för situationen och initierar REKO snabbt då de gör en sjukskrivning. Det skulle också kunna göras i större utsträckning även av andra professioner och aktörer, som bedömer att personen löper risk för sjukskrivning eller skulle vara hjälpt av REKO insatser. Det finns enligt Holm et al. (2010) stöd för att koordinerad vård och coaching för att komma tillbaka till arbetet är positivt i ett relativt tidigt skede i sjukskrivningen (<3 månader) för personer med besvär i rörelseorganen.

Arbetets art, innehåll, organisation och arbetsmiljö är av betydelse för de krav som arbetet ställer. Dessa krav måste matcha individens kapacitet. Vid sjukdom eller annan anledning till lägre arbetsförmåga kan en felaktig balans uppstå mellan krav och kapacitet. Enligt Holm et al. (2010) finns visst stöd för att interventioner, där man aktiverar den sjukskrivne och andra personer på arbetsplatsen, medför att den sjukskrivne återgår snabbare i arbete, men att resultaten inte är entydiga gällande olika besvär i rörelseorganen. Då det gäller arbetsexponering av fysisk karaktär finns enligt Holm et al. (2010) visst stöd för att höga fysiska arbetskrav ökar tiden till återgång i arbete medan möjligheter till

ergonomisk anpassning av arbetet minskade tiden till återgång, vilket stärker anledningen att koppla in FHV och andra sakkunniga inom området.

Med anledningen av att flera av personerna var sjukskrivna på grund av psykiskt dåligt mående på grund av arbetsmiljön, depression och utbrändhet så råder mycket begränsad evidens om vilka arbetsexponeringar som påverkar återgång i arbete efter sjukskrivning för personer med ”lättare” psykisk ohälsa. Man har dock sett att bättre kommunikation mellan chef och medarbetare medverkade till hel återgång i arbete hos personer, förutom hos de som var deprimerade (Holm et al., 2010), vilket kan vara ett observandum för arbetsgivaren.

Anmärkningsvärt är att fyra utav sex patienter menar att deras besvär är arbetsrelaterade och att det bara är en av fem som trivs med sin arbetsledning. Detta kan relateras och vidare diskuteras att tre utav de fem, som har en arbetsgivare, uppger att chefen/arbetsgivaren upplevs ha haft en negativ påverkan under deras sjukskrivningsperiod. Tre utav respondenterna uppger också att FK har haft negativ påverkan på dem under sjukskrivningsperioden, vilket påtalar deras behov av stöd och trygghet samt förmedlande och koordinerande insatser. Detta tyder på att det vore en framgång för samtliga parter om arbetsgivaren är med i processen i ett tidigt stadium, kanske redan innan det blir en sjukskrivning. REKO kan stödja, koordinera och förmedla insatser, som kan gynna tidig återgång i arbete.

5.3 Metod

Den metod och datainsamling, som har använts i studien, har gett en första förståelse för frågeställningarna som studien rört sig inom. Gruppdiskussioner genom gruppintervjuer är positiva genom att de får fram varför människor har en speciell synpunkt och när det gäller att utveckla och få klarhet i individens erfarenheter (Jacobsen, 2002). Styrkan med intervju som empirisk datainsamlingsmetod har också varit de möjligheter metoden gett till flexibilitet i intervjusituationen och ibland de utsvävningar som bidragit till att göra intervjuerna så intressanta. Dessa möjligheter hade inte getts på samma sätt om exempelvis enbart enkät använts som datainsamlingsmetod. Det finns vissa nackdelar med gruppintervjuer enligt Jacobsen (2002) och det är att deltagarna kan vara inställsamma av olika skäl, till exempel genom att de har en relation till den produkt (i detta fall projekt) som diskuteras eller till det företag som beställt studien. Detta är inget som märkts uttalat då många ändå gav uttryck för vissa kvarstående hinder för arbetsmodellen och för samverkan i sin helhet.

Att använda datatriangulering för att motverka svagheter vid respektive metodansats anses som ett adekvat val då slutsatserna sannolikt blir mer

tillförlitliga (reliabla) än om man bara samlat in från en källa (Williamson 2009; Karlton et al., 2009). Om tid funnits hade det givetvis varit intressant att utvärdera även från ytterligare perspektiv, det vill säga genom kontaktpersonerna på AF och socialtjänsten.

Genom de semistrukturerade intervjuerna kunde en mer systematisk analys göras av resultatet och den gav både kvalitativa och kvantitativa svar (Bohgard et al., 2008). Valet av enkät som screening inför gruppintervjun kan uppfattas som ett bra val i ett visst avseende och mindre bra i ett annat, för att inventera samtliga deltagares synpunkter och erfarenheter. Svagheten med enkät i detta fall uppfattas vara att vissa hade svårighet besvara alla frågor och vissa hade svårt att svara över huvud taget på grund av bristande erfarenhet. Under själva gruppintervjun blev det mer tydligt vad författaren hade för avsikt att diskutera och utvärdera. Projektledaren som får ses som uppdragsgivare såg det som positivt, att kvalitativa data även kompletterades med kvantitativa svar, inför hennes slutrapport för projektet.

Svårigheter som uppkommit var att rekrytera så många patienter som tänkt till telefonintervjun, dels på grund av de etiska omständigheter, som var tvungna att vidtas inför kontakten med patienten och dels att bara en tredjedel av urvalet önskade delta. Bortfallet kan givetvis ha viss inverkan på resultatet, dels då personerna var tvungna att svara REKO för godkännande att lämna ut kontaktuppgifter, vilket kan påverka personerna genom rädsla för bristande anonymitet. Spekulationsmässigt antas bortfallet bero på, som tidigare antagits, rådande komplexiteten kring personerna i form av dåligt mående och därmed kanske oförmåga att svara och engagera sig. Det bortfall som är ovisst i läkargruppen medför att samtliga som arbetar tillsammans med REKO inte har kommit till tals inom ramen för denna studie, vilket gör det svårt att uttala sig om det haft någon inverkan på resultatet.

Ett vanligt sätt att validera sina rön är att konfrontera dem, som man undersökt, med de rön som undersökaren har kommit fram till (Jacobsen, 2002). Detta har delvis gjorts genom att citeringar i sitt sammanhang i analysen har skickats via e-post till respondenterna för att undersöka om uppgiftslämnaren känner igen sig i det presenterade resultatet. Det har dock inte skett genom att enskilda personer fått uttala sig om undersökningens innehåll oberoende av varandra (Jacobsen, 2002). Förankring av delar av resultat från studien har skett i form av återkoppling till REKO och till projektledaren Linda Benedicto för hennes slutrapport, vilket är ännu ett sätt att diskutera författarens rön och slutsatser.

6 SLUTSATSER

Syftet med studien var att utvärdera om sjukskrivningsprocessen har underlättats för de samverkande aktörerna samt för patienter efter inrättandet av REKO. När det gäller hinder och framgångsfaktorer i rehabiliteringssamverkan finns en spegeleffekt, som innebär att det som upplevs som hinder kan vändas till framgångsfaktorer. Det är tydligt i denna studie. Flera positiva resultat men även kvarstående hinder för samverkan har identifierats och mynnat ut i följande slutsatser.

Resultatet visar att processen runt patienten är övervägande positivt genom REKOs funktion och insatser och får anses gynna samarbete och samordning gällande sjukskrivning och rehabilitering. Aktörerna är ense om att REKO i sjukskrivningsprocessen har inneburit förbättringar inom flera områden. Processen, kvalitén, effektiviteten, samordningen och kommunikationen anses ha underlättats runt patienten. Det har effektiviserats genom att REKO kommunicerar, förmedlar och koordinerar insatser och de anses arbeta förebyggande kring personer som löper risk för sjukskrivning. De hjälper och avlastar läkaren genom att fungera som förbindelseorgan mellan parter. REKOs insatser anses medföra att patienter blir sedda, de fångar upp och sköter hela omhändertagandet samt är spindeln i nätet i kontakter, vilket kan vara kvalitetshöjande för patienten. REKO bidrar med information till läkarna kring bedömningar och interventioner. Det medför att läkarna involverar fler aktörer idag och kan ses som en kvalitetsförbättring gentemot patienter och de medicinska underlagen.

Inrättandet av REKO på VC, har fallit väl ut för de samverkande aktörerna, i de flesta fall. Tillgängligheten har ökat och FK och REKO upplever ett ömsesidigt gott samarbete. Kommunikation och återkoppling anses fungera väl emellan och de använder varandras tjänster mycket. Förbättringsutrymme finns av bättre kommunikation och utökat samarbete med AF. Även FHV borde finnas med som samarbetspartner för att ytterligare stärka tidig återgång till arbete. Samarbetet mellan aktörerna har fungerat tillfredsställande i de flesta fall men kan förbättras ytterligare. De flesta REKO och handläggare på FK har funnit fungerande rutiner och ser samverkansvinster i detta. De som inte etablerat fungerande rutiner och samsarbetsformer med och omkring REKO beror framför allt på organisatoriska faktorer. Det tycks till exempel handla om förankring av verksamheten i de samverkande organisationer, kunskap och kommunikation mellan olika professioner och organisationer samt incitament och legitimitet för deltagande i rehabiliteringssamverkan. Läkarna har behov av ytterligare planerad mötestid med REKO för bättre dialog, återkoppling och tillgänglighet. Det finns på vissa VC behov av att information kring rutiner för

att arbetsmodellen sprids och förs vidare till nyanställda och tillfälliga läkare för bättre kontinuitet i samverkan. Det anses vara för lite tid för rehabiliteringssamverkan i relation till rådande patientflöde. Läkarna upplever någon form avlastning i sitt dagliga arbete och den psykosociala arbetsmiljön har förbättrats hos de flesta deltagare i varierande grad efter inrättandet av REKO. Hemsidan används i stort sett bara utav REKO. Utveckling och förbättring kan göras inom framför allt M och O-områdena. Det rör sig exempelvis inom professionella faktorer, som grundar sig kring människors (M) beteende, attityder, värderingar samt utökad kunskap och kommunikation. Organisatoriska faktorer (O) som rutiner, incitament, stöd och resurser för verksamheten kan likaså förbättras och utvecklas.

Patienters upplevelse av den samordnande funktionen gällande sjukskrivning och rehabilitering är överlag goda. Positivt att någon visade intresse för dem, att ha någon att bolla tankar med och att REKO lotsade vidare till relevant aktör. REKO upplevs som ett stöd och trygghet för patienter i kontakten med aktörer genom att vara behjälplig med att föra en dialog, förmedla och koordinera gentemot FK och övriga aktörer. Det är av betydelse att REKO initieras i ett tidigt skede. Utifrån resultatet framgår det att personer, som är sjuka och inte anses ha förmågan att kunna arbeta, upplever sig i underläge i sjukskrivningsprocessen. De upplever i vissa fall negativ påverkan ifrån FK och arbetsgivare/chef under deras sjukskrivningsperiod. Detta ger stöd för patienters behov av REKOs stödjande, förmedlande och koordinerande insatser och kan ses som en framgångsfaktor för patienten. Det går dock inte att dra några generella slutsatser då det är ett litet underlag. I vilken utsträckning som sjukskrivningsprocessen har underlättats är svårt att dra några långtgående slutsatser kring eftersom arbetsmodellen ännu är i ett tidigt skede efter implementeringen samt att det inte finns någon referensgrupp.

7 KÄLLFÖRTECKNING

Alexandersson K., Brommels M., Ekenvall., Karlsryd E., Löfgren A., Sundberg., Österberg. (2005). Problem inom hälso- och sjukvårdens handläggningar av patienters sjukskrivning. Karolinska Institutet, Stockholm.

Alexanderson K., Arrelöv B., Ekmer A., Hagberg J., Lindholm C., Löfgren A., Nilsson G., Skånér Y., Söderberg E., Södersten E. (2009). Läkares arbete med sjukskrivning. Karolinska Institutet, Stockholm.

Ammendolia C., Cassidy D., Steensta I., Soklaridis S., Boyle E., Eng S., Howard H., Bhupinder B. & Cote P. (2009). Designing a workplace return-to-work program for occupational low back pain: an intervention mapping approach, *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 10.

Andersson J., Axelsson R., Axelsson S.B., Eriksson A & Åhgren B. (2010). Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering – En sammanställning av kunskap och erfarenheter inom området. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV). Rapport till Samordningsförbundet Göteborg Hisingen (Delta).

Augutis M. (2010). Koordinatorer i sjukskrivningsprocessen inom Primärvården, Västernorrland – en utvärdering från olika perspektiv. Forskning och Utveckling, På uppdrag av sjukskrivningsprojektet, Landstinget Västernorrland.

Axelsson S.B. & Axelsson R. (2009). From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership, *Journal of Interprofessional Care*, vol. 23, no. 4, pp. 320-330.

Bohgard M., Karlsson S., Lovén E., Mikaelsson L-Å., Mårtensson L., Osvalder A-L., Rose L., Ulfvengren P. (2008). Arbete och teknik på människans villkor. Prevent, Stockholm.

Brain GF, Conlon MF. (1996). The case management approach to work-related injuries, *The Orthopedic clinics of North America*, vol. 27, no. 4, pp. 831-840.

Bülow P & Sjökvist M. (2010). Rehabsamordnaren som länk i den samordnade rehabiliteringen – Uppföljning av arbetsmodell för vårdcentralerna i Jönköpings län, Arbetsrapport. Avdelningen för beteendevetenskap och socialt arbete, Hälsohögskolan i Jönköping.

Bültmann U., Sherson D., Olsen J., Hansen C.L., Lund T., Kilsgaard J. (2009). Coordinated and Tailored Work Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial with Economic Evaluation Undertaken with Workers on Sick Leave Due to Musculoskeletal Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 19 no. 1, pp. 81-93.

Franché R.L., Baril R., Shaw W., Nicholas M. & Loisel P. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. no. 4, pp. 525-542.

Friesen M.N., Yassi A. & Cooper J. (2001). Return-to-work: the importance of human interactions and organizational structures, *Work*, vol. 17, no. 1, pp. 11-22.

Gardner B. T., Pransky G., Shaw W. S., Hong Q.N., Loisel P. (2010). Researcher perspectives on competencies of return-to-work Coordinators. *Disability and Rehabilitation*, vol. 32, no 1, pp. 72-78.

Holm L., Torgén M., Hansson A.S., Runeson R., Josephson M., Helgesson M & Vingård E. (2010). Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa – en systematisk kunskapssammanställning om effekterna av interventioner, rehabilitering och exponering på arbetet. *Arbete och Hälsa*, vol. 44, no 3.

Hultberg E. L., Lönnroth K. & Allebec, P. (2003). Co-financing as a means to improve collaboration between primary health care, social insurance and social service in Sweden: a qualitative study of collaboration experiences among rehabilitation partners. *Health Policy*, vol. 64, no. 2, pp. 143-152.

Hultberg E. L., Lönnroth K. & Allebeck P. (2005). Interdisciplinary collaboration between primary care, social insurance and social services in the rehabilitation of people with musculoskeletal disorder: effects on self-rated health and physical performance, *Journal of Interprofessional Care*, vol. 19, no. 2, pp. 115-124.

Inspektionen för socialförsäkringen, ISF. (2010). Samverkan inom socialförsäkringen - En sammanställning av uppföljnings- och utvärderingsrapporter inom verksamheter finansierade med samverkansmedel.

Jacobsen D.I. (2002). *Vad, hur och varför?* Studentlitteratur, Lund.

Jakobsson B., Bergroth A., Schüldt K. & Ekholm J. (2005). Do systematic multiprofessional rehabilitation group meetings improve efficiency in vocational rehabilitation? *Work*, vol. 24, no. 3, pp. 279-290.

Kärrholm J. (2007). Co-operation among rehabilitation actors for returning to working life. Doktorsavhandling. Department of Public Health Sciences, Division of rehabilitation Medicine, Karolinska Institutet.

Kärrholm J., Ekholm K., Ekholm J., Bergroth A & Schuldt Ekholm K. (2008). Systematic co-operation between employer, occupational health service and social insurance office: A 6-year follow-up of vocational rehabilitation for people on sick-leave, including economic benefits. *Journal of Occupational Medicine*, vol. 40, no. 8, pp. 628-636.

Loisel P., Falardeau M., Baril R., José-Durand M., Langley A., Sauv S. & Gervais J. (2005). The values underlying team decision-making in work rehabilitation for muscu-loskeletal disorders. *Disability and Rehabilitation*, vol. 27, no. 10, pp. 561-569.

Metzel D. S., Foley S. M. & Butterworth J. (2005). State-level interagency agreements for supported employment of people with disabilities. *Journal of Disability Policy Studies*, vol. 16, no. 2, pp. 102-114.

Müssener U., Festin K., Upmark M & Alexanderson K. (2008). Positive experience of encounters with healthcare and social insurance professionals among people on long-term sick leave. *Journal Rehabilitation Medicine*, vol. 40, no. 10, pp. 805-811.

Norman C. & Axelsson R. (2007). Co-operation as a strategy for provision of welfare services: A study of a rehabilitation project in Sweden. *European Journal of Public Health*, vol. 17, no. 5, pp. 532-536.

de Rijk A., van Raak A. & van der Made J. (2007). A new theoretical model for cooperation in public health settings: the RDIC model. *Qualitative Health Research*, vol. 17, no. 8, pp. 1103-1116.

Sandström U., Lundborg C.S., Axelsson R. & Holmström I. (2007). Variation in views on clients in interprofessional work for vocational rehabilitation in Sweden", *Journal of Interprofessional Care*, vol. 21, no. 5, pp. 479-489.

Selander J & Marnetoft S.U. (2005). Case management in vocational rehabilitation: A case study with promising results. *Work*, vol. 24, no. 3, pp. 297-307.

SFS 1962:381, Lag om allmän försäkring (AFL).

Socialstyrelsen (2011). Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Aktuell från 1 januari 2011.

SOU 2009:49. Bättre samverkan – Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring.

Steenstra I.A., Anema J.R., van Tulder M.W., Bongers P.M., de Vet HC., van Mechelen W. (2006). Economic Evaluation of a Multi-Stage Return to Work Programme for Workers on Sick-Leave Due to Low Back Pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 16, no. 4, pp. 557-578.

Ståhl C., Svensson T., Petersson G & Ekberg K. (2009a). The work ability divide: holistic and reductionistic approaches in Swedish interdisciplinary rehabilitation teams. *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 19, no. 3, pp. 264-273.

Ståhl C., Svensson T., Petersson G. & Ekberg K. (2009b). A matter of trust? A study of coordination of Swedish stakeholders in return-to-work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 19, no.4, pp. 409-418.

Thorstensson C. A., Mathiasson J., Arvidsson B., Heide A. & Petersson I. F. (2008). Cooperation between gatekeepers in sickness insurance - the perspective of social insurance officers; a qualitative study. *BMC Health Services Research*, vol. 8

Wibeck V. (2010). Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. Studentlitteratur.

Wihlman U., Lundborg C.S., Axelsson R. & Holmström I. (2008), Barriers of interorganisational integration in vocational rehabilitation. *International Journal of Integrated Care*, vol. 8

Williamson K. (2002). Research methods for students, academics and professionals. Wagga Wagga NSW: Center for Information Studies.

Elektroniska hemsidor

Försäkringskassan http://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/om_rehabilitering
Besökt den 2011-05-20.

www.gotland.se/rehabkoordinator Besökt den 2011-05-06.

SKL

http://www.skl.se/web/Lakares_arbete_med_sjukskr.aspx

Besökt den 2010-11-23

www.Socialstyrelsen.se, nationella riktlinjer för depression och ångest.

Besökt den 2011-03-07

Muntliga referenser

Karlton A. & Berglund M. (2009). Föreläsning i kursen Forskningsmetodik och undersökningsmetoder. *Kvalitativ och kvantitativ metod*. Jönköpings Tekniska Högskola.

Bilaga 1

Tabell 2 Patienters upplevelse gällande dennes kontakt med Rehabkoordinatorm utifrån frågeguide. Svarsskala 1-7. (Stämmer inte alls = 1-2. Stämmer bra = 3-5. Stämmer mycket bra = 6-7). Vissa har ej svarat på alla frågor.

Jag blev bemött på ett sätt som gjorde att jag kände mig <u>respekterad</u> .	
<i>Stämmer inte alls</i>	0
<i>Stämmer bra</i>	0
<i>Stämmer mycket bra</i>	6
Jag kände mig <u>delaktig</u> i min behandling och rehabilitering.	
<i>Stämmer inte alls</i>	1
<i>Stämmer bra</i>	0
<i>Stämmer mycket bra</i>	5
Jag upplevde att jag fått det <u>stöd</u> från REKO som jag behövde.	
<i>Stämmer inte alls</i>	1
<i>Stämmer bra</i>	0
<i>Stämmer mycket bra</i>	5
Jag upplever att jag har/har haft <u>nytta av den hjälp</u> jag fått från REKO.	
<i>Stämmer inte alls</i>	1
<i>Stämmer bra</i>	1
<i>Stämmer mycket bra</i>	4
Jag upplever att jag fick den <u>information och vägledning</u> som jag behövde.	
<i>Stämmer inte alls</i>	1
<i>Stämmer bra</i>	2
<i>Stämmer mycket bra</i>	3
Jag känner <u>tilltro</u> till de insatser och rehabilitering jag erbjudits.	
<i>Stämmer inte alls</i>	1
<i>Stämmer bra</i>	0
<i>Stämmer mycket bra</i>	5
Den hjälp som jag erhållit genom REKO, har lett till förbättrad fysisk och psykisk hälsa.	
<i>Stämmer inte alls</i>	0
<i>Stämmer bra</i>	4
<i>Stämmer mycket bra</i>	1
Jag har själv varit aktiv i min rehabilitering.	
<i>Stämmer inte alls</i>	0
<i>Stämmer bra</i>	1
<i>Stämmer mycket bra</i>	5
Kontakten med VC har underlättats med hjälp av REKO.	
<i>Stämmer inte alls</i>	2
<i>Stämmer bra</i>	1
<i>Stämmer mycket bra</i>	3
Kontakten med FK har underlättats med hjälp av REKO.	
<i>Stämmer inte alls</i>	2
<i>Stämmer bra</i>	1
<i>Stämmer mycket bra</i>	2
Kontakten med AF har underlättats med hjälp av REKO.	
<i>Stämmer inte alls</i>	1
<i>Stämmer bra</i>	1
<i>Stämmer mycket bra</i>	0

Bilaga 2



Namn _____ Arbetsplats _____

Telefonnummer _____ E-mail _____

Här nedan finns några påståenden gällande Rehabkoordinatorns funktion på vårdcentralen som går från ena ytterligheten till den andra. **Markera det alternativ som stämmer bäst för Dig på den 7- gradiga skalan.**

1. Processen runt den sjukskrivne har underlättats.

Stämmer

inte 1 2 3 4 5 6 7

alls

Stämmer
mycket
bra

Eventuella kommentarer _____

2. Kvalitén kring patientarbetet har förbättrats.

Stämmer

inte 1 2 3 4 5 6 7

alls

Stämmer
mycket
bra

Eventuella kommentarer _____

3. Effektiviteten i sjukskrivningsprocessen har förbättrats.

Stämmer

inte 1 2 3 4 5 6 7

alls

Stämmer
mycket
bra

Eventuella kommentarer _____

4. Samordningen mellan berörda aktörer har underlättats.

Stämmer

inte 1 2 3 4 5 6 7

alls

Stämmer
mycket
bra

Eventuella kommentarer _____

5. Kommunikationen mellan berörda aktörer har underlättats.

Stämmer

inte 1 2 3 4 5 6 7

alls

Stämmer
mycket
bra

Eventuella kommentarer _____

6. Den (psykosociala) arbetsmiljön har förbättrats.

Stämmer

inte 1 2 3 4 5 6 7

alls

Stämmer
mycket
bra

Eventuella kommentarer _____

7. De nya rutiner och arbetssätt efter inrättandet av Rehabkoordinatorn fungerar bra.

Stämmer

inte 1 2 3 4 5 6 7

alls

Stämmer
mycket
bra

Eventuella kommentarer _____

8. Rehabkoordinatorernas hemsida används.

Stämmer

inte 1 2 3 4 5 6 7

alls

Stämmer
mycket
bra

Eventuella kommentarer _____

Bilaga 3

Intervjuguide - aktörerna

Incitament för de samverkande aktörerna

1) Ett av syftet med införandet av rehabkoordinator var att det ska underlätta återgång i arbete genom att bättre tillgodose människors behov av rehabilitering. Ett annat syfte är att förebygga och minska behov av sjukskrivning samt förkorta sjukskrivningsperioderna.

- Vilka erfarenheter har ni kring det?
- Exempel utifrån verksamheten?

2) Hur tycker ni att processen runt den sjukskrivne fungerar efter inrättandet av rehabkoordinator på vårdcentralen?

3) Hur ser ni på kvalitén kring patientarbetet gällande rehabilitering och sjukskrivning efter inrättande av Rehabkoordinator?

- Bättre kvalitét i verksamheten?

4) Hur upplever ni effektiviteten i sjukskrivningsprocessen runt den sjukskrivne efter inrättande av Rehabkoordinator?

- Effektivare resursutnyttjande? Effektivare process?

Kommunikation, samarbete och samordning

5) Hur upplever/ser ni på kommunikationen, samordningen och informationsutbytet mellan inblandad aktörer efter inrättandet av Rehabkoordinator när det gäller sjukskrivningsprocessen och rehabilitering?

6) Råder några målkonflikter eller samverkansproblem med anledning av att myndigheter/aktörer råder under olika lagar och regelverk samt olika ansvar och ansvarsområden?

Arbetsmiljö, teknik/rutiner, organisation

8) Hur fungerar de nya rutiner/arbetssätt efter inrättande av Rehabkoordinator?

9) Hur har projektets implementering fungerat?

10) I vilken utsträckning och på vilket sätt utnyttjas hemsidan?

11) Har arbetssituationen/arbetsmiljön påverkats efter inrättandet av rehabkoordinator dvs. i samband med förändrad arbetsmetod?

Förankring av ny arbetsmetod för de samverkande aktörerna

12) Finns tillräckligt med tid och resurser för aktiviteten/projektet?

13) Hur har förutsättningar i verksamheten och i projektet i sig fungerat?

14) Hur upplevs stödet från projektet i sig och från övriga verksamheten?

- Övriga kollegor? - Ledning med flera?

Bilaga 3 (forts.)

15) Vad har fungerat bra och vad har fungerat mindre bra med inrättande av Rehabkoordinator i sjukskrivningsprocessen?

16) Är det något som jag avslutningsvis glömt att fråga om? Är det något ni vill tillägga?

Rehabkoordinatorer

17) Hur ser ni på er roll som Rehabkoordinator? Vad tror ni att ni bidrar med? Konkret ärende som lett till återgång i arbete eller att det inte blev någon sjukskrivning?

Bilaga 4



Datum _____ Nuvarande sjukskrivningsgrad _____

Namn _____ Telefonnummer _____

Ålder

18 - 29 30 - 39 40 - 49 50 - 59 60 <

1. Arbetsituation eller daglig sysselsättning, ange där det går i procent, Du kan ange flera svarsalternativ:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tillsvidareanställd | <input type="checkbox"/> Arbetssökande | <input type="checkbox"/> Sjukersättning/aktivitetsstöd |
| <input type="checkbox"/> Visstidsanställning | <input type="checkbox"/> Sjukpenning | <input type="checkbox"/> Föräldraledig |
| <input type="checkbox"/> Egen företagare | <input type="checkbox"/> Studerande | <input type="checkbox"/> Annat _____ |

2. Vilka besvär/diagnos har Du varit sjukskriven senast för? _____

3. Har besvären förändrats sedan första kontakten med Din rehabkoordinator? Ja Nej

Beskriv: _____

4 a. Besvaras om Du är i arbete: Hur är din arbetsituation?

- Jag har återgått till/fortsatt mitt arbete, och arbetar i samma utsträckning som tidigare.
- Jag har återgått i arbete/fortsatt arbeta men inte i samma utsträckning som tidigare.
- Jag har återgått/fortsatt arbeta efter en förändring (anpassning, utbildning, annat arbete, annan arbetsplats).

4 b. Vilka är Dina arbetsuppgifter? _____

4 c. Trivs du med Dina arbetsuppgifter? Ja Nej

4 d. Trivs du med Dina arbetskamrater? Ja Nej

4 e. Trivs du med Din arbetsledning? Ja Nej

5. Besvaras av Dig som har anställning men inte är i arbete: Hur ser Du på din framtida arbetsituation?

- Jag räknar med att kunna återgå till/fortsätta mitt nuvarande arbete, och arbeta i samma utsträckning som tidigare.
- Jag räknar med att kunna återgå i arbete/fortsätta arbeta, men tror inte att jag kan arbeta i samma utsträckning som tidigare.
- Jag skulle kunna återgå i arbete/fortsätta arbeta, men för det krävs det någon form av förändring (anpassning, utbildning, annat arbete, annan arbetsplats).
- Jag vill återgå i arbete/fortsätta arbeta men tror inte att jag klarar det pga min sjukdom eller skada/ mina besvär.
- Annat nämligen: _____

6. Besvaras av Dig som är arbetssökande:

- Jag söker arbete och står till arbetsmarknadens förfogande.
 Jag söker arbete men är förhindrad att söka vissa arbeten på grund av sjukdom eller skada.

Här nedan finns några påståenden om Din kontakt med Din rehabkoordinator som går från ena ytterligheten till den andra. **Markera det alternativ som stämmer bäst för Dig på den 6-gradiga skalan.**

7. Jag blev bemött på ett sätt som gjorde att jag kände mig respekterad.

Stämmer
inte 1 2 3 4 5 6 Stämmer
alls mycket
bra
Eventuella kommentarer _____

8. Jag kände mig delaktig i min behandling och rehabilitering.

Stämmer
inte 1 2 3 4 5 6 Stämmer
alls mycket
bra
Eventuella kommentarer _____

9. Jag upplever att Jag fått det stöd från rehabkoordinatorn som jag behövde.

Stämmer
inte 1 2 3 4 5 6 Stämmer
alls mycket
bra
Eventuella kommentarer _____

10. Jag upplever att Jag har/har haft nytta av den hjälp jag fått från rehabkoordinatorn.

Stämmer
inte 1 2 3 4 5 6 Stämmer
alls mycket
bra
Eventuella kommentarer _____

11. Jag upplever att Jag fick den information och vägledning som Jag behövde.

Stämmer
inte 1 2 3 4 5 6 Stämmer
alls mycket
bra
Eventuella kommentarer _____

12. Jag känner tilltro till de insatser och rehabilitering Jag erbjudits.

Stämmer
inte 1 2 3 4 5 6 Stämmer
alls mycket
bra
Eventuella kommentarer _____

13. Den hjälp/de insatser som Jag erhållit genom rehabkoordinator, har lett till förbättrad fysisk och psykisk hälsa.

Stämmer
inte 1 2 3 4 5 6 Stämmer
alls mycket
bra
Eventuella kommentarer _____

14. Jag har själv varit aktiv i min rehabilitering.

Stämmer

inte 1 2 3 4 5 6

alls

Stämmer

*mycket
bra*

Eventuella kommentarer _____

Vänligen svara på det som varit aktuellt för dig utav frågorna 15 – 19.

15. Kontakten med Vårdcentralen har underlättats med hjälp av rehabkoordinator.

Stämmer

inte 1 2 3 4 5 6

alls

Stämmer

*mycket
bra*

Eventuella kommentarer _____

16. Kontakten med Försäkringskassan har underlättats med hjälp av rehabkoordinator.

Stämmer

inte 1 2 3 4 5 6

alls

Stämmer

*mycket
bra*

Eventuella kommentarer _____

17. Kontakten med Arbetsförmedlingen har underlättats med hjälp av rehabkoordinator.

Stämmer

inte 1 2 3 4 5 6

alls

Stämmer

*mycket
bra*

Eventuella kommentarer _____

18. Kontakten med Socialtjänsten har underlättats med hjälp av rehabkoordinator.

Stämmer

inte 1 2 3 4 5 6

alls

Stämmer

*mycket
bra*

Eventuella kommentarer _____

19. Genom din sjukskrivning och kontakt med din vårdcentral har en "rehabkoordinator" använts. Vad har det haft för betydelse för dig i din sjukskrivning och rehabilitering?

20. Vad har påverkat din rehabilitering under sjukskrivningsperioden (både positivt och negativt)?

21. Andra synpunkter du vill framföra?

Tack för din medverkan

Bilaga 5

Databas	Sökord	Antal träffar	Kommentarer
PubMed/Medline	Case management, return to work	79	
PubMed/Medline	Case manager, return to work	15	
PubMed/Medline	Rehab coordinator, return to work	8	Flera intressanta
PubMed/Medline	Case management, return to work, sick leave	18	Några intressanta
PubMed/Medline	Case management, return to work, sick leave, primary care	0	
PubMed/Medline	Case management, return to work, sick leave, cooperation	0	
PubMed/Medline	Case management, return to work, sick leave, vocational rehabilitation	7	Återkommande
PubMed/Medline	Case management, return to work, sweden	3	Återkommande
PubMed/Medline	RTW programme	8	Återkommande
PubMed/Medline	Return to work programme	33	
PubMed/Medline	Return to work programme, case management	4	Återkommande
PubMed/Medline	Return to work coordination, case management	5	Återkommande
PubMed/Medline	Case manager, vocational rehabilitation	36	Fåtal intressanta
Scopus	Case management, return to work	103	
Scopus	Case manager, return to work	36	Fåtal intressanta
Scopus	Case management, return to work, sick leave	21	Flera intressanta
Scopus	Case management, return to work, primary care	1	
Scopus	Case management, return to work, cooperation	6	1 intressant
Scopus	Case management, vocational rehabilitation, primary care	2	0 intressanta
Scopus	RTW programme	12	
Scopus	Rehab coordinator	0	
Scopus	Case manager, return to work, sick leave	3	
Scopus	Case management, return to work, sick leave	0	
Scopus	Case management, return to work, coordination	7	2 intressanta

Bilaga 5 (forts.)

Databas	Sökord	Antal träffar	Kommentarer
Ergonomic Abstracts	Case management, return to work	716	
Ergonomic Abstracts	Case management, return to work, primary care	14	Berör ej ämnet
Ergonomic Abstracts	Case management, vocational rehabilitation	10	Ej intressanta
Ergonomic Abstracts	Case management, return to work, sick leave	1	

Tidskrift	Sökord	Antal träffar	Kommentarer
Journal of occupational Rehabilitation	Case management, RTW	53	
Journal of occupational Rehabilitation	Case management, RTW, sick leave	27	Flera intressant, vissa återkommande
Journal of occupational Rehabilitation	Case management, RTW, sick leave, primary care	15	Några intressanta, visa återkommande
Journal of occupational Rehabilitation	Case management, RTW, coordination	10	Flera intressanta
Journal of occupational Rehabilitation	RTW coordination, case management	40	
Journal of occupational Rehabilitation	Case management, RTW, coordination	55	Berör ej ämnet
Journal of occupational Rehabilitation	Return to work programme	11	Flera intressanta, visa återkommande
Journal of occupational Rehabilitation	Return to work programme, case management	8	Flera intressanta, visa återkommande

Bilaga 6



Visby xxxx-xx-xx

Information till Rehabkoordinator inför kontakt med utvald patient

Bakgrund

Gotlands Kommun har beslutat att inrätta Rehabkoordinatorer (REKO) vid vårdcentraler som stöd till patienten och familjeläkaren i sjukskrivningsprocessen. Detta är ett projekt och en utvärdering ska göras. Jag studerar på en magisterutbildning och har inom ramen för mitt examensarbete fått i uppdrag att utföra denna utvärdering.

Syfte

Att undersöka om, och i så fall i vilka avseende, inrättandet av Rehabkoordinatorer vid olika vårdcentraler inom Primärvården på Gotland, underlättar sjukskrivningsprocessen för; Rehabkoordinatorerna själva, Försäkringskassehandläggare, familjeläkare och patienter.

Urval

Utvärderingen kommer endast att innefatta de berörda REKO, aktörer och patienter som var med vid projektstarten 090901. Det innefattar vårdcentralerna Klinte, Hemse, Wisby Söder samt Hansa Hälsan. Detta med anledning av att dessa REKO har varit med från början och deltagit i projektgruppen och utvecklat rutiner, dokumentation, samverkan mm.

Stratifierat urval bland patienter kommer att göras. Dvs att ett slumpmässigt urval görs ur avidentifierade uppgifter med patienter som är inskrivna i projektet. Ansvarig REKO för utvald patient, kommer att erhålla instruktioner om att kontakta patienten och göra en förfrågan om utlämnande av adressuppgifter och medverkan till en telefonintervju.

Kriterier för urvalet av patienter är också att ärendet haft minst tre initierade kontakter, för att det ska finnas lite mer att uttala sig kring för patienten. Avgränsning kommer att göras till tio patienter. Många inskrivna patienter lider av komplexa problem vilket kan medföra att vissa inte kan eller orkar delta vilket blir ett bortfall från primärt urval. Om det skulle ske kommer vidare slumpmässigt urval göras till att tio patienter önskar medverka.

Tillvägagångssätt

Skicka brev (Förfrågan om dina kontaktuppgifter) till utvald patient med ett bifogat frankerat kuvert med dina adressuppgifter. Det planeras att ske v. X. Jag tar kontakt innan för urvalet jag gjort. Dokumenterar i journalen att du skickat en förfrågan om tillåtelse till att jag skickar informationsbrev till patienten samt vidare patientens svar, ja eller nej.

Om du som Rehabkoordinator har ytterligare frågor får Du gärna kontakta mig.

Hälsningar

Marie Löfstedt, Leg. arbetsterapeut, Rehab Mottagning, Habrehab
Brömsebroväg 8, 621 42 Visby
0498-26 87 60 / 070-719 06 15
marie.lofstedt@gotland.se



Förfrågan om dina kontaktuppgifter

Jag kontakter dig med anledning av att du har blivit utvald gällande en förfrågan till att medverka vid en telefonintervju för utvärdering av ditt sjukskrivningsärende med särskilt fokus på hur du tycker mitt arbete som Rehabkoordinator har fungerat. Då inrättandet av Rehabkoordinatorer vid olika vårdcentraler är i projektform så vill Region Gotlands göra en utvärdering inför framtida beslut.

En arbetsterapeut vid namn Marie Löfstedt som studerar på en magisterutbildning har fått i uppdrag att utföra denna utvärdering.

Ett slumpmässigt urval är gjort av Marie från avidentifierade uppgifter. Du är en av dem som blivit utvalda att bli tillfrågad. Eftersom jag är den enda som har kännedom om dina person- och adressuppgifter är det jag som tar den här kontakten för Maries räkning.

Min fråga till dig är om du tillåter att Marie får dina kontaktuppgifter, så att hon kan skicka ett informationsbrev. Brevet är i sin tur en förfrågan om telefonintervju. Ett ja till mig innebär endast att du kommer att få informationsbrevet. Du kan efter att ha tagit del av det, tacka ja eller nej till medverkan i telefonintervju. Ett nej innebär att du inte får något brev.

Jag dokumenterar i journalen att du fått en förfrågan om informationsbrev samt ditt svar, ja eller nej.

- JA jag tillåter att Marie Löfstedt får ta del av mina kontaktuppgifter.
- NEJ jag tillåter inte att mina kontaktuppgifter lämnas ut.

Vänligen skicka denna förfrågan snarast möjligt i retur i bifogat svarskuvert.

Namn: _____

Namnunderskrift: _____

Med Vänliga Hälsningar

Bilaga 8

Visby xxxx-xx-xx



Mitt namn är Marie Löfstedt och jag studerar på en magisterutbildning, Ergonomi - människa, teknik och organisation. Jag ska i mitt examensarbete utvärdera "Projektet Rehabkoordinator i primärvården". Som ett led i att förbättra hälso- och sjukvårdens hantering gällande sjukskrivningar har Region Gotlands beslutat att inrätta Rehabkoordinatorer vid vissa vårdcentraler som stöd till den sjukskrivne och familjeläkaren i sjukskrivningsprocessen. Syftet med denna utvärdering är att undersöka om, och i så fall i vilka avseende, inrättandet av Rehabkoordinatorer vid olika vårdcentraler inom Primärvården på Gotland, underlättar sjukskrivningsprocessen för; Rehabkoordinatorerna själva, Försäkringskassehandläggare, familjeläkare och patienter.

Jag skulle nu vilja fråga Dig som patient hur Du har upplevt handläggningen av Ditt sjukskrivningsärende med särskilt fokus på Rehabkoordinatorns arbete. Dina svar och Dina resultat kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av dem och du kommer att vara helt anonym när studiens resultat presenteras. Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta medverkan när som helst i studien utan att uppge anledning.

Så här kommer det att gå till om Du svarar ja till medverkan:

Under veckorna x och x kommer jag att utföra telefonintervjuer. Jag kommer att skicka frågorna per post några dagar innan intervjun så att Du i lugn och ro kan fundera på dina svar. Du får samtidigt information om när jag kommer att kontakta Dig. Telefonintervjun kommer att ta 20 - 30 minuter.

Jag är tacksam om du fyller i denna svarstalong där du uppger om du vill delta i intervjun eller inte samt skickar den i bifogat svarskuvert senast den xx 2011.

Jag vill inte medverka

Jag vill medverka

Namnunderskrift

Jag önskar bli kontaktad på telefon: _____ / _____ alternativt _____ / _____

Jag önskar bli kontaktad på förmiddagar Eftermiddagar Kvällstid (före 21.00)

Annat önskemål _____

Namn: _____

Vid ytterligare frågor får Du gärna kontakta mig:

Marie Löfstedt, Leg. arbetsterapeut

Brömsebroväg 8, 621 42 Visby

268760, 070-719 06 15

Marie.lofstedt@gotland.se

Information om Magisterutbildningen Ergonomi och MTO

Magisterutbildningen i ergonomi och MTO, 60 hp, genomförs i samarbete mellan Kungliga Tekniska Högskolan och de tekniska högskolorna i Jönköping, Linköping och Lund. Den primära målgruppen är yrkesverksamma och universitets- eller högskolestuderande med akademisk utbildning inom endera områdena hälsovetenskap, teknik eller samhälls- och beteendevetenskap. Utbildningen är fördelad på fem kurser á 6 högskolepoäng vardera samt en projektkurs och ett examensarbete på 15 högskolepoäng vardera. Temat för de 5 kurserna omfattar organisation, människa-teknik-organisation, metodkunskap, kognitiv ergonomi och belastningsergonomi. Examensarbetet genomförs ofta i nära anknytning till en arbetsplats eller i anknytning till något större projekt eller forskningsprogram vid någon av de nämnda institutionerna. Utbildningen är tvärdisciplinär för att få en bred belysning av dagens såväl som morgondagens ergonomiska frågeställningar i arbetslivet. Magisterutbildningen kan också leda vidare till forskarutbildning.