



Karolinska
Institutet

En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin

Slutrapport del II

I maj 2009 fick Karolinska Institutet i uppdrag att utvärdera rehabiliteringsgarantin (Regeringsbeslut S2009/4650/SF). I uppdraget ingår att undersöka vilken effekt behandlingar som ges inom ramen för rehabiliteringsgarantin har på enskilda individers arbetsförmåga och i vilken omfattning de återgår i arbete, samt att undersöka rehabiliteringskedjans tidsgränser i relation till detta. I december 2010 utökades Karolinska Institutets uppdrag till att även innefatta en analys av hur rehabiliteringsgarantin och dess intentioner har implementerats i landstingen. Denna processutvärdering syftar till att systematiskt följa rehabiliteringsgarantins genomförande, och att särskilt studera förutsättningarna för uppställda målformuleringar. För uppdraget ansvarar Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet.

I uppdragsgruppen för *En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin* ingår:

Från IMM:

Professor Irene Jensen, uppdragsansvarig
Fil dr Ann-Sofie Bakshi, projektledare
Fil mag Hanna Bonnevier, projektassistent

Från Medical Management Centrum, Institutionen för lärande, information och etik, Karolinska Institutet:

Professor Mats Brommels
Fil dr Johan L Hansson
Fil mag Charlotte Klinga

I uppdragsgruppen för *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa* ingår:

Professor Irene Jensen, uppdragsansvarig
Fil dr Hillevi Busch, projektledare
Fil dr Jan Hagberg
Fil mag Hanna Bonnevier
Usk Eva Nilsson
Fil dr Malin Lohela Karlsson
Professor Lennart Bodin
Docent Anders Norlund (Karolinska Institutet samt SBU)

Externa sakkunniga:

Professor Per Johansson, Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, IFAU
Professor Ulf Johansson, Mälardalens Högskola

Stockholm 15 augusti 2011

Denna rapport refereras till enligt följande: Bakshi, A., Hansson, J.L., Brommels, M., Klinga, C., Bonnevier, H., Jensen, I.B. *En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport del II*. Enheten för implementerings- och interventionsforskning, Institutet för miljömedicin samt Medical Management Centrum, Institutionen för lärande, information och etik, Karolinska Institutet. Stockholm 2011.

Innehåll

Sammanfattning	5
Bakgrund	10
Rehabiliteringsgarantin	10
Evidensbaserade behandlingar	10
Diagnosgrupperna	11
Utvärderingsuppdraget	13
Implementering av rehabiliteringsgarantin:	14
teoretisk bakgrund	14
Utvärderingsstudiens design och genomförande	17
Elektronisk enkät.....	17
Enkätadministration.....	17
Analys av enkätsvar.....	17
Urval av landsting för intervju- och dokumentstudierna.....	18
Intervjuer inom sex landsting	18
Analys av intervjusvar.....	19
Dokument från sex landsting.....	19
Insamling och urval av dokument	19
Analys av dokument.....	20
Enkätstudie	21
Landstingsledning och processledare	21
Klinik- och verksamhetsföreträdare/vårdenheter	23
Sammanfattning enkätresultat	24
Intervjustudie	26
Landsting A: hälso- och sjukvårdsdirektör och processledare	26
Landsting A: klinik- och verksamhetsrepresentanter/vårdenheter	31
Landsting B: hälso- och sjukvårdsdirektör och processledare	36
Landsting B: klinik- och verksamhetsrepresentanter/vårdenheter	41
Landsting C: hälso- och sjukvårdsdirektör och processledare	45
Landsting C: klinik- och verksamhetsrepresentanter/vårdenheter	49
Landsting D: hälso- och sjukvårdsdirektör och processledare	55
Landsting D: klinik- och verksamhetsrepresentanter/vårdenheter	61
Landsting E: hälso- och sjukvårdsdirektör och processledare.....	66
Landsting E: klinik- och verksamhetsrepresentanter/vårdenheter.....	70
Landsting F: hälso- och sjukvårdsdirektör och processledare.....	75
Landsting F: klinik- och verksamhetsrepresentanter/vårdenheter.....	80
Sammanfattning intervjuresultat	85
Dokumentstudie	88
Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)	88
Landsting A: landstinget centralt	93
Landsting A: vårdenheterna	96
Landsting B: landstinget centralt.....	97
Landsting B: vårdenheterna.....	98
Landsting C: landstinget centralt.....	100
Landsting C: vårdenheterna.....	101
Landsting D: landstinget centralt	104

Landsting D: vårdenheterna	106
Landsting E: landstinget centralt	108
Landsting E: vårdenheterna.....	109
Landsting F: landstinget centralt	110
Landsting F: vårdenheterna.....	114
Sammanfattning dokumentanalys	115
Diskussion och slutsatser	117
Referenser	122
Bilagor	

Sammanfattning

I december 2008 undertecknade representanter från Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti gällande åren 2009 och 2010. Syftet med rehabiliteringsgarantin var att öka tillgängligheten till evidensbaserade behandlingsmetoder, vilket skulle ge snabbare och effektivare rehabiliteringsinsatser, något som i sin tur skulle leda till färre och kortare sjukskrivningar.

Denna rapport är en del av den nationella utvärderingen av rehabiliteringsgarantin som genomförts av Karolinska Institutet. Utvärderingen består av två sammanhängande delar, Slutrapport del I och del II. Del I är en effektutvärdering och del II, denna studie, är en utvärdering av garantins genomförande.

Syftet med denna utvärdering har varit att tillföra KI:s nationella utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter ett kompletterande processperspektiv genom att beskriva i vilken utsträckning rehabiliteringsgarantin implementerats enligt regeringens intentioner. Mot bakgrund av detta har en processutvärdering med kompletterande undersökningsmetoder genomförts. Utvärderingens mål har varit att besvara följande frågeställningar:

- Hur har regeringens övergripande målsättning konkretiserats och vilka åtgärder har medverkande landsting vidtagit för att införa och tillämpa rehabiliteringsgarantin?
- Vilka faktorer och omständigheter har underlättat respektive försvårat landstingens förutsättningar att tillämpa garantin?
- Vilka åtgärder har genomförts på klinisknivå i syfte att tillämpa garantin för de aktuella behandlingsformerna och hur har dessa åtgärder organiserats?

Underlaget för denna rapport består av tre olika datamaterial: enkätsvar, intervjuer och dokument. Som ett första steg genomfördes en enkätstudie i syfte att undersöka hur rehabiliteringsgarantin introducerats och införlivats inom samtliga landsting. Enkätstudien bildar även underlag till urval av de landsting som ingår i intervju- och dokumentstudierna. Därefter har intervjuer genomförts inom sex landsting som syftat till att kartlägga de förutsättningar, villkor och restriktioner som gällt för respektive landsting. En begränsning i intervjustudien utgörs av ett mer omfattande bortfall av informanter som representerar privata specialistenheter samt i viss mån även privat primärvård. Detta innebär att deras perspektiv inte kommer till uttryck i samma omfattning som övriga informanternas. Avslutningsvis har en dokumentanalys genomförts baserad på informationsmaterial, avtal, projektplaner, verksamhetsberättelser, manualer och andra dokument som bedömts relevanta för implementeringsprocessen, insamlade från de landsting och vårdenheter som ingår i urvalet till intervjustudien. Dokumentanalysen har syftat till att studera hur man genom dessa texter har informerats, reglerats, stött och följt upp den verksamhet som utförts inom garantin.

Utvärderingens *enkätresultat* visar att de ekonomiska incitamenten, stöd och ledning samt landstingens tidigare erfarenheter av liknande satsningar, främst från den s.k. sjukskrivningsmiljarden, utgjort viktiga underlättande faktorer i arbetet med införandet av rehabiliteringsgarantin. Utveckling av rehabiliteringsinsatser i team och samverkan mellan olika aktörer har utgjort centrala inslag i arbetet. Otydlighet avseende information om rehabiliteringsgarantin

och komplicerade registreringar av genomförda behandlingar för att få ersättning framstår som försvårande omständigheter. Bristande tillgång på läkare inom primärvård, processledare och KBT-kompetent personal identifieras som ett annat återkommande problem.

Intervjustudien visar att syftet med rehabiliteringsgarantin överlag uppfattats som viktigt och prioriterat men i lägre utsträckning som tydligt och realistiskt. Att satsningen utgår från evidensbaserade metoder för arbetsåtergång och enbart omfattar de två behandlingsformerna MMR och KBT ifrågasattes i viss utsträckning på såväl landstings- som verksamhetsnivå på vårdenheter. Dock ansåg majoriteten av informanterna att garantins fokus på evidensbaserade metoder har varit värdefullt och gett ökad kvalitetssäkring av verksamheten. I viss mån ifrågasattes och problematiserades även garantins syfte på arbetsåtergång och ställdes mot vårdens uppdrag att främja livskvalitet och hälsa, samt att vården inte i någon större utsträckning har gemensamma kontaktytor och samverkan med arbetslivets aktörer och institutioner.

I merparten av landstingen har vinster på individ-, verksamhets-, och landstingsnivå identifierats. På individnivå nämndes förbättrad livskvalitet och att patienten genom garantin fick tidigare och bättre vård. På verksamhetsnivå och central landstingsnivå angavs att patientgruppen liksom rehabilitering som behandlingsform fått ökat fokus, att personalen kompetensutvecklats och att arbeta enligt evidensbaserade metoder medförde en kvalitetssäkring av vården. Dessutom menade man att garantin genererat ökad systematik av och bättre överblick över landstingens rehabiliteringsinsatser. På landstingsnivå såg man till vissa delar en tendens till minskade sjukskrivningar. I flera landsting har erfarenheter av liknande satsningar som exempelvis sjukskrivningsmiljarden nyttjats. I likhet med enkätresultaten visar intervjuerna att den ekonomiska ersättningsmodellen, projektorganisationen och rehabiliteringsinsatser i team-samverkan utgjort omständigheter som underlättat genomförandet av rehabiliteringsgarantin.

Avsaknad av långsiktighet, otydlighet från landstingsledning och SKL, sena beslut och ändringar i regelverk identifieras som försvårande faktorer. Dessutom har den ekonomiska ersättningen i vissa fall helt eller delvis stannat på central landstingsnivå och inte tilldelats vårdenheter som ersättning för utförda behandlingar, vilket lett till frustration och tveksamhet inför att fortsätta utföra rehabilitering inom garantin.

Ökat fokus på de aktuella patientgrupperna genom samverkan, kompetensutveckling och ny organisation med processledare eller motsvarande är några exempel på förändringar som etablerats till följd av arbetet med rehabiliteringsgarantin. Gällande det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin framstår behovet av stöd i form av långsiktighet i beslut, tydlighet från ledning, fortsatt finansiering och samverkan med SKL, framtagande av kvalitetssäkrande urvalskriterier för vilka som ska erbjudas rehabilitering samt riktlinjer för vad som ska ingå i en MMR-insats som centrala.

Dokumentstudien visar att garantins intentioner har behållits då den implementerats inom landsting centralt och lokalt på vårdenheter – garantin citeras ordagrant och beskrivningar och direktiv för hur implementeringen ska genomföras lokalt följer garantins direktiv, utan större avvikelser. Det finns dock viss tendens till förskjutning av syftet när garantin implementeras på lokal nivå, då ibland ett mer vårdande individcentrerat fokus läggs till. Detta perspektiv lyfter fram individens livskvalitet och vårdens uppgift att lindra lidande, medan garantins överordnade syfte att garantin ska främja återgång i arbete inte kan sägas hamna i bakgrunden, men väl vid sidan om denna för vården traditionella värdegrund.

Analysen visar också på ett bristande patientunderlag för MMR-behandling, och dokumenten anger att det beror på svårigheter att göra patienturval till rehabilitering med MMR och man uttrycker behov av bedömningsinstrument och kriterier för MMR. Ytterligare problematik när det gäller MMR är att det är en komplex och resurskrävande behandlingsmetod som behöver stabilitet och kontinuitet både vad gäller tilldelning av ekonomiska medel och långa tidsramar för att kunna utvecklas som effektiv behandlingsmetod i den lokala praktiken. Rehabiliteringsgarantins projektmodell har en motverkande effekt på detta, och dokumentanalysen visar bland annat att den kortsiktiga projektformen och den osäkra finansiella framtiden tenderar att göra exempelvis verksamhetsansvariga på vårdenheter tveksamma till om de har utrymme att göra den resurssatsning som MMR kräver.

Ett annat, potentiellt problematiskt inslag vad gäller de behandlingsformer som garantin anger utgörs av överenskommelsens formuleringar kring KBT i de bilagor som beskriver samt anger direktiv för hur MMR och KBT ska genomföras. I dessa beskrivningar finns inga direktiv om att behandlingen ska inriktas mot arbetsåtergång. Evidensläget är också svagare för att KBT-behandling leder till arbetsåtergång. Analysen kan inte påvisa i vilken mån de KBT-behandlingar som utförts inom ramen för garantin har fokuserat på arbetsåtergång, men däremot att behandlingen kan behöva få en tydligare förankring i arbetsåtergång vid en fortsatt utveckling av rehabiliteringsgarantin.

Utifrån de dokument som analyserats tyder resultatet på att garantins genomslag har varit starkt i implementeringsprocessen och i hög grad format verksamhetsorganisation och praktik på de olika implementeringsnivåerna. *I den mån dokumenten korrelerar med de aktiviteter som utförts* har garantins intentioner följts inom såväl landstingen centralt som på vårdenheterna.

Beträffande utvärderingens *första* frågeställning visar de samlade resultaten att samtliga landsting inrättat en projektorganisation med ansvar att organisera arbetet med rehabiliteringsgarantin i befintlig organisation för sjukskrivningsmiljarden. En centralt ansvarig processledare, projektledare alternativt kontaktperson har utsetts att tillsammans med en projektgrupp leda arbetet. Funktionen har sannolikt varit av central betydelse för implementeringsprocessen. Majoriteten av landstingen har därtill utformat en skriftlig handlingsplan för genomförandet av rehabiliteringsgarantin baserad på överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Kompetensutvecklande åtgärder, nyanställningar och utökning av befintliga personalresurser är andra exempel på vanligt förekommande åtgärder som landstingen vidtagit.

Både intervju- och dokumentstudien visar att garantins intentioner behållits intakta då de införlivats i landstingens verksamhet. Garantin har implementerats med fyra av de mest kraftfullt verkande förändringsinstrument som finns att tillgå: politiska beslut, lagar och direktiv, vetenskapligt stöd och ekonomiska incitament, vilka samverkat under implementeringsprocessen. Resultatet av denna samverkan har lett till att garantin förts in i och implementerats i de olika kontexterna utan de mer eller mindre omfattande förskjutningar och förändringar som vanligen sker vid en implementeringsprocess av denna omfattning. En lätt *tendens* till förskjutning är dock värd att notera främst på den verksamhetsnivå som utgörs av vårdenheterna. Ett mer individfokuserat perspektiv inriktat på vård, omsorg och livskvalitet läggs i vissa fall till vid sidan om rehabiliteringsgarantins syfte att verksamheten inom garantin ska inriktas mot arbetsåtergång, och det finns möjligen en potentiell risk för att konkurrerande syften utvecklas. I förlängningen kan konkurrerande syften få konsekvenser för i vilken grad rehabiliteringsinsatserna inriktas mot arbetsåtergång. För att säkra att rehabiliteringsgarantins intent-

ioner följs i den lokala praktiken, och att behandlingarna inom ramen för garantin fokuserar på återgång i arbete, skulle garantins syfte tydligare kunna kopplas till vårdens värdegrund.

Eftersom den *effektutvärdering* som utförs inom ramen för detta utvärderingsuppdrag visar att rehabiliteringsinsatserna inom garantin inte gett signifikanta effekter på arbetsåtergång i form av minskning av sjukskrivning, kan det behövas en uppföljning som fokuserar på hur insatserna inriktats mot arbetsåtergång och med en sådan uppföljning som utgångspunkt utarbeta nationella riktlinjer för utformningen av den delen av rehabiliteringsinsatserna.

Gällande utvärderingens *andra* frågeställning visar resultaten att medarbetarnas engagemang och motivation att driva arbetet med rehabiliteringsgarantin utgjort en central underlättande omständighet. En annan faktor som underlättat arbetet är den ekonomiska ersättningen för de aktuella behandlingsformerna. I fråga om landstingens etablerade stödstrukturer pekar resultaten på att centralt ansvariga kontaktpersoner tillsammans med rehabiliteringskoordinatorer och rehabiliteringssamordnare inverkat som underlättande i arbetet med garantin. Avsaknad av långsiktighet i beslut framstår som en försvårande omständighet inom flera landsting. Sena beslut och tidsbegränsningar för planering och implementering av garantin, parallellt med ordinarie verksamhetsdrift framstår som andra försvårande omständigheter. Resultaten visar också att en försvårande faktor i vissa fall varit personalens motstånd mot förändring och anpassning av arbetet i enlighet med garantin. Den främsta orsaken anges vara en ovana vid att arbeta i team istället för individuellt.

Vad gäller utvärderingens *tredje* frågeställning visar resultaten att verksamheterna inom de olika landstingen genomfört en rad olika åtgärder i syfte att tillämpa rehabiliteringsgarantin. Ett mönster är att färre åtgärder vidtagits inom specialistvården än i primärvården. De privata aktörerna har överlag vidareutvecklat redan etablerade arbetssätt vilka utformats i enlighet med rehabiliteringsgarantins intentioner. Nyanställningar samt utökande av befintliga tjänster, både inom specialist- och primärvården, likaså omstrukturering av återrapporteringsrutiner är några exempel på detta. De flesta åtgärderna återfinns dock inom primärvården där den största förändringen bestått i omställningen från ett individbaserat arbetssätt till ett mer teambaserat arbetssätt med kontinuerlig samverkan och samarbetsmöten. Kompetensutveckling inom MMR och KBT förefaller ha genomförts i stor utsträckning. Vad gäller behandlingarna MMR och KBT visar resultatet att man på verksamhetsnivå, likväl som på landstingsnivå, menar att garantin ökat möjligheten att arbeta evidensbaserat, vilket anses tillföra en kvalitetssäkring av rehabiliteringsinsatsen.

Ett problematiskt mönster som visar sig på såväl landstingens centrala nivå som på vårdenheter är svårigheterna att bedöma vilka patienter som ska remitteras till MMR-behandling, vilket bland annat lett till bristande patientunderlag. I både dokument och i intervjuer uttrycks ett behov av bedömningsinstrument och kriterier för urval av vilka patienter som insatserna avser hjälpa samt tydliga riktlinjer för vad som ingår i MMR. Det är en tydlig brist och ett hinder för garantins genomförande att detta inte fanns vid införandet av garantin 2009 och att det fortfarande vid tidpunkten för denna utvärdering 2011 inte finns. En ytterligare problematisk aspekt av MMR utgörs av att den är en resurskrävande och komplex metod som kräver långsiktighet. Rehabiliteringsgarantins projektform genererar osäkerhet angående kontinuitet, vilket lett till att exempelvis en del vårdenheters verksamhetschefer har varit tveksamma till att införa MMR som behandlingsmetod. Dessa båda problematiska mönster som utvärderingen visar på angående MMR har tillsammans sannolikt lett till att behandlingen inte har kunnat erbjudas patienter i enlighet med rehabiliteringsgarantins intentioner.

Landstingens införande av rehabiliteringsgarantin karaktäriseras av decentralisering och anpassning till rådande lokala förutsättningar i landstingen. Denna utvärdering av rehabiliteringsgarantin har synliggjort en del av de förutsättningar som funnits, men även de som krävs för att få genomslag för en övergripande satsning som syftar till att ge snabbare och mer effektiva rehabiliteringsinsatser, och i förlängningen färre och kortare sjukskrivningar.

Implementeringsprocesser är långsamma, samtidigt som de ofta också är resurskrävande. Det är därför en utmaning och inte oproblematiskt att vidmakthålla komplexa och kostsamma insatser tills implementeringen är fullt ut genomförd. Rehabiliteringsgarantin befinner sig i en vidare samhällskontext som till stor del karaktäriseras av prioriteringar och värderingar av vinst och nytta i relation till andra, ”konkurrerande” insatser som görs för att täcka en rad olika behov i samhället. Frågan om vidmakthållande präglas därför ytterst av en komplex relation mellan de visioner och intentioner garantin bär på, de resultat och effekter som den genererar samt samhällsintressen som i hög grad karaktäriseras av mer eller mindre nödvändiga prioriteringar.

De sammantagna resultaten tillåter följande slutsatser:

- Landstingens projektorganisation med ansvar för att driva arbetet med rehabiliteringsgarantin har haft stor betydelse för verksamheternas förutsättningar att införa och utveckla arbetet med rehabiliteringsgarantin. En försenande faktor för genomförandet har dock i vissa fall varit personalens negativa inställning till de förändrade arbetssätt som det inneburit att gå från individuellt utformade arbetsrutiner till teambaserad samverkan.
- Ersättningsmodellen med tydlig prestationsinriktning har haft stor betydelse för verksamheternas möjligheter att bedriva kompetensutveckling, att nyanställa samt att utöka befintliga tjänster. I vissa fall har dock ersättningen inte tilldelats vårdenheter utan helt eller delvis stannat på central landstingsnivå, vilket haft negativ inverkan på verksamheternas möjligheter och intresse av att fortsätta rehabiliteringsinsatserna inom garantin.
- MMR som rehabiliteringsform är resurskrävande vilket medfört att vårdenheter tvekat att utveckla denna verksamhet, bland annat i relation till den relativa kortsiktighet och osäkerhet som garantins projektform medför.
- Brist på bedömningskriterier för patienturval samt brist på specificering av innehåll och utformning av MMR har varit en försvårade faktor för införandet av garantin. Bristen på specificerade urvalskriterier uppges ha lett till ett bristande patientunderlag, vilket medfört att vårdenheter tvekat inför att utveckla denna verksamhet.
- Rehabiliteringsgarantin har medfört ett ökat fokus inom landstingen på den psykosociala ohälsan som inneburit ökade satsningar på kompetensutveckling och tjänster såväl som på insatser inom detta ohälsområde.

Bakgrund

I december 2008 undertecknade representanter från Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti gällande åren 2009 och 2010. Rehabiliteringsgarantin vänder sig till individer i yrkesverksam ålder (16-67 år) som är – eller riskerar att bli – sjukskrivna till följd av lindrig/medelsvår psykisk ohälsa eller icke-specifika smärttillstånd i rörelseorganen. Syftet med rehabiliteringsgarantin är att öka tillgängligheten på evidensbaserade behandlingsmetoder, vilket ska ge snabbare och mer effektiva rehabiliteringsinsatser, något som i sin tur ska leda till färre och kortare sjukskrivningar.

Rehabiliteringsgarantin

Efter överenskommelsen 2008 mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting påbörjades en gradvis implementering av rehabiliteringsgarantin. Genom rehabiliteringsgarantin ska personer med dessa symptom erbjudas skyndsamt behandling enligt evidensbaserade metoder i syfte att förebygga, alternativt förkorta sjukfrånvaro. För att en behandling ska anses vara evidensbaserad krävs ett omfattande stöd från vetenskapliga studier av hög kvalitet. För att avgöra om det finns evidens för behandlingarnas effektivitet används systematiska sammanställningar av forskningsresultat, exempelvis rapporter från Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) eller motsvarande internationella publikationer. För att en behandling ska omfattas av rehabiliteringsgarantin krävs att det finns evidens för att den har en positiv effekt på individens arbetsförmåga. Effekten av behandling för psykisk ohälsa har dock sällan utvärderats i relation till arbetsförmåga eller sjukfrånvaro och de behandlingsmetoder som ingår i rehabiliteringsgarantin är istället sådana som har visat sig ha positiva effekter på symtom och funktionsförmåga. Dessa metoder är kognitiv psykoterapi (KP), kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT). När det gäller rehabilitering av icke-specifik smärta finns en starkare tradition att inkludera arbetsförmåga och sjukfrånvaro som utfallsmått och den metod som i dagsläget bedömts ha starkast evidens är multimodal rehabilitering (MMR). Att andra behandlingsmetoder inte har evidens behöver inte betyda att de är verkningslösa, utan innebär ofta att det saknas studier av tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet för att avgöra vilken effekt behandlingen har. I takt med att evidensläget ändras kan även andra behandlingsmetoder komma att omfattas av rehabiliteringsgarantin.

Behandlingar som ges inom rehabiliteringsgarantin ersätts av staten. Ersättning ges per behandlingsserie, och enstaka behandlingar ska inte omfattas av garantin. Hur landstingen väljer att fördela medlen och i vilken mån ersättningen kommer de enskilda vårdenheterna till godo varierar. För att få ersättning från Försäkringskassan ska landstingen göra kvartalsvisa redovisningar av de behandlingar som har utförts.

Evidensbaserade behandlingar

MMR baserar sig på ett biopsykosocialt perspektiv, vilket återspeglas i att flera olika professioner - med så väl medicinsk som beteendevetenskaplig kompetens - samarbetar kring patienten och där patienten själv medverkar aktivt. Rehabiliteringen är ofta omfattande och ges vanligen i frekvens om 2-3 dagar i veckan under 6-8 veckor. Behandlingsprogrammet ska innehålla olika samordnade aktiviteter så som fysik aktivitet, pedagogiska inslag som ska öka patientens förståelse för smärtan och dess konsekvenser, liksom patientens egen möjlighet att hantera smärtan på ett konstruktivt sätt. MMR ska därutöver genomsyras av ett välplanerat psykologiskt förhållningssätt där övningar som stärker individens handlingskraft och ansvarstagande ska vara en viktig beståndsdel. Eftersom ett av målen med MMR i rehabilite-

ringsgarantins regi är återgång i arbete bör även regelbunden kontakt med arbetsplatsen vara ett viktigt inslag. Forskning visar att MMR vid smärtproblematik leder till minskad sjukfrånvaro, ökad arbetsförmåga och gynnar den faktiska återgången i arbete, men nya rön tyder inte på att MMR har större smärtlindrande effekt än andra typer av behandling (SBU, 2010).

För behandling av psykisk ohälsa gäller metoder där man arbetar för att påverka tankemönster, känslor och beteenden. Kognitiv beteendeterapi (KBT) har fått ett stort genomslag när det gäller behandling av psykisk ohälsa och har visat på symptomlindrande effekt vid olika typer av ångesttillstånd (Hofmann & Smits, 2008) samt vid depression (SBU, 2004). KBT är egentligen ingen specifik behandlingsform utan kan bättre förstås som ett paraplybegrepp, innehållande olika skolbildningar och angreppssätt. Vissa gemensamma kännetecken finns dock. Insatser inom KTB är strukturerade och både patient och behandlare tar aktiv del i behandlingen för att utforska de kognitiva, emotionella och beteendemässiga inslag som bidrar till att förstärka eller vidmakthålla patientens symptom. En grundpelare är att många psykiska symptom uppstår till följd av kognitiv påverkan (t.ex. tankar och föreställningar). Behandlingen syftar då till att skapa en medvetenhet kring detta och att utmana invanda tankemönster och förhållningssätt. KBT innehåller därför pedagogiska inslag och ofta olika exponeringstekniker. KPT är en likartad behandlingsform, men där beteendeinslag (så som exponering) tar en betydligt mindre plats. Gränsen mellan de olika behandlingsformerna, i synnerhet KPT och KBT, är ofta flytande. Interpersonell psykoterapi är en behandlingsform som än så länge enbart genomförs i begränsad skala i Sverige, men som har visat sig vara effektiv vid depressioner (SBU, 2004). Fokus i behandlingen ligger på mellanmänskliga relationer och hur man förhåller sig i dessa relationer. Den evidens som finns för de psykoterapeutiska behandlingsformer som redovisas här gäller för symptomlindring vid depression och ångesttillstånd. För stressrelaterad psykisk ohälsa finns i dagsläget bristfällig evidens.

Diagnosgrupperna

Icke-specifika smärttillstånd

Symptom från rörelseorganen och lindrig till måttlig psykisk ohälsa är att betrakta som ett stort folkhälsoproblem inte enbart i Sverige utan även i flertalet industrialiserade länder. Uppskattningsvis beräknas mellan 54-80 procent att drabbas av smärta i rygg- eller nackregionen under livets gång. Prognosen är dock vanligen god. En metaanalys visar att merparten av alla som drabbas av akut ryggsmärta återhämtar sig inom loppet av tre månader (Pengel et al, 2003). De som inte förbättras under denna period löper dock stor risk att fastna i långvariga smärttillstånd med tillhörande funktionsinskränkningar och nedsatt arbetsförmåga. Epidemiologiska data tyder på att långvarig icke-specifik smärta är vanligare bland kvinnor än män, och att dess förekomst ökar med tilltagande ålder. Ur ett historiskt perspektiv verkar det dessutom förkomma en generell ökning av långvarig smärta, något som kan ses hos så väl kvinnor som män, unga som gamla samt, bland olika nationaliteter (Manchikanti et al, 2009).

Personer med långvariga icke-specifika smärttillstånd i rygg och nacke står för en stor andel av sjukfrånvaron i Sverige. Icke-specifika smärttillstånd kännetecknas av att de saknar en specifik medicinsk förklaring (så som en tumör eller en fraktur). De anatomiska avvikelser eller degenerativa förändringar som man kan finna hos dessa patienter återfinns ofta hos symptomfria personer, varför dessa inte kan antas vara ett tillräckligt skäl för att förklara varaktigheten eller intensiteten i smärtan. Forskning har länge visat att psykologiska faktorer kan ha en avgörande betydelse för uppkomsten och utvecklingen av icke-specifika smärttillstånd (Linton, 2000).

Psykisk ohälsa

Symptom från rörelseorganen har länge varit den dominerande orsaken till sjukfrånvaro, men under senare tid har psykisk ohälsa blivit en minst lika vanlig källa till sjukfrånvaro. Av Försäkringskassans statistik framgår att det inte är de allvarligare psykiatriska diagnoserna som står för den största ökningen av sjukfrånvaro. Istället kan ökningen nästan helt tillskrivas tillstånd så som lindriga till medelsvåra depressioner, ångesttillstånd och stressrelaterade psykiska besvär. Uppskattningsvis 27 procent av befolkningen i Europa (18-65 år) har eller har haft någon form av psykisk ohälsa under det senaste året (Wittchen & Jacobi, 2005). Enligt denna metaanalytiska studie är ångestsyndrom, depression och stressrelaterade besvär de vanligast förekommande. Det finns även en betydande samsjuklighet, vilket innebär att var tredje person med psykisk ohälsa har fler än en diagnos. Överlappande besvär med både psykisk ohälsa och smärtproblematik är vanligt förekommande.

Utvärderingsuppdraget

I överenskommelsen mellan Socialdepartementet och SKL framgår att rehabiliteringsgarantin ska följas upp. I maj 2009 fick Karolinska Institutet (KI) i uppdrag att utvärdera rehabiliteringsgarantin¹ (Regeringsbeslut S2009/4649/SF). I uppdraget ingår att KI i sin utvärdering ska fokusera på vilken effekt som behandlingar som ges inom ramen för rehabiliteringsgarantin har på enskilda individers arbetsförmåga och i vilken omfattning de återgår i arbete. I utvärderingsuppdraget ingår också att beakta i vilken omfattning rehabiliteringskedjans tidsgränser påverkat att individer återgår i arbete samt andra faktorer som bedöms viktiga för återgång i arbete. I ett tillägg till ovan redovisade utvärdering har Socialdepartementet uppdragit åt KI att följa upp rehabiliteringsgarantins implementeringsprocess (Regeringsbeslut S2009/4650/SF).

Utvärderingens övergripande syfte har varit att tillfoga KI:s nationella studie ett kompletterande processperspektiv och genom detta beskriva i vilken utsträckning rehabiliteringsgarantin implementerats enligt regeringens intentioner och tydliggöra områden som fungerar väl samt behöver vidareutvecklas. Det mer preciserade syftet med utvärderingen är tudelat. Först att kartlägga och beskriva arbetet med rehabiliteringsgarantin utifrån ett övergripande organisationsperspektiv. Därefter att kartlägga och beskriva arbetet med rehabiliteringsgarantin utifrån ett verksamhetsperspektiv och genom detta söka svar på frågorna:

- Hur har regeringens övergripande målsättning konkretiserats och vilka åtgärder har medverkande landsting vidtagit för att införa och tillämpa rehabiliteringsgarantin?
- Vilka lokala faktorer och omständigheter har underlättat respektive försvårat landstingens förutsättningar att tillämpa rehabiliteringsgarantin?
- Vilka åtgärder har genomförts på klinisknivå i syfte att tillämpa rehabiliteringsgarantin för de aktuella behandlingsformerna och hur har dessa åtgärder organiserats?

¹ Regeringen har även uppdragit åt Socialstyrelsen att utvärdera rehabiliteringsgarantin. Uppdraget handlar om att beskriva innehållet i rehabiliteringsgarantin och i vilken mån behandlingarna lever upp till de krav på evidens som efterfrågas.

Implementering av rehabiliteringsgarantin: teoretisk bakgrund

Ökande krav på evidens som underlag för sjukvårdsledning och policy är en fråga som rönt stor internationell uppmärksamhet på sistone (Donaldson et al, 2009). Samtidigt uppmärksammas implementeringsfrågan, det vill säga hur överföringen av kunskap till praktiskt genomförande skall organiseras, som en stor utmaning inom svensk hälso- och sjukvård (Brommels, 2006). I arbetet med att söka svar på vilka omständigheter som kan väntas påverka implementeringen av rehabiliteringsgarantin speglas centrala delar av satsningen mot aktuell och relevant teori. Införandet av rehabiliteringsgarantin beskrivs nedan utifrån ett ramverk som omfattar de övergripande komponenter vars egenskaper i olika avseenden antas påverka landstingens implementeringsprocess: implementeringsobjektet, implementeringsaktiviteter, implementeringsaktörer, användare och kontext. Nedan presenteras ett urval av relevant forskning kring de olika komponenterna.

Implementeringsobjektet refererar här till egenskaper av betydelse och inriktning hos det program eller de riktlinjer som skall införas – i det här fallet rehabiliteringsgarantin. En litteraturöversikt av Matland (1995) framhåller att genomförandet av ett program eller en riktlinje avgörs dels av hur ett program är utformat, dels hur mål och medel uppfattas i den mottagande organisationen. Mot bakgrund av detta kan införandet av rehabiliteringsgarantin ses som en satsning vars slutgiltiga form definieras i mötet med de mottagande landstingen.

Implementeringsaktiviteter omfattar aktiviteter som exempelvis spridning av information till användare i syfte att påverka implementeringsprocessens utfall. En aktuell litteraturöversikt av implementering av kliniska riktlinjer för hälso- och sjukvården (Kardakis, 2011) framhåller att framgångsrik implementering förutsätter en proaktiv strategi som inkluderar evidensbaserade metoder för spridning och implementering. Översikten beskriver en rad mer eller mindre etablerade sätt att sprida och implementera riktlinjer. En generell slutsats är att strategier som ligger nära mottagarna och som är väl integrerade i hälso- och sjukvårdsprocessen förefaller ha bäst effekt (Francke et al, 2008). Landstingens arbete med rehabiliteringsgarantin kan vid tidpunkten för processutvärderingen sägas kännetecknas av att ansvaret för införandet decentraliserats och placerats i landsting med mer eller mindre stora skillnader i förutsättningar såväl inom som mellan berörda verksamheter. Genomförandet överensstämmer i stort med traditionell top-down syn på implementering vilken kännetecknas av krav på följsamhet (Carroll et al, 2007) och kontroll av att genomförandet följer avsedda metoder. Av särskilt vikt i sammanhanget är då ett fungerande kommunikationssystem med kanaler som hålls öppna för landstingsinternt informationsutbyte och dialog rörande garantiarbetet. Därför uppmärksammar utvärderingen landstingens informations- och beslutsstrukturer.

Implementeringsaktörer refererar här till aktörer av central betydelse för implementeringsprocessen och dess utfall. Rogers (2003) framhåller tre viktiga implementeringsaktörer/roller som påverkar i vilken utsträckning en innovation sprids och anammas av mottagarorganisationen: ”förändringsagenter”, ”opinionsledare” och ”portvakter”. Enligt Nilsen m.fl. (2010) kan förändringsagenter verka politiskt via media, organisationer och intressegrupper, opinionsledare via en ansedd position i den aktuella organisationen och portvakter genom att hålla sig á jour med utvecklingen och förmedla valda delar till kollegor och medarbetare. Dessa typer av implementeringsaktörer kan identifieras i landstingens arbete med rehabiliteringsgarantin i form av hälso- och sjukvårdsdirektör, processledare och klinik- och verksamhetsansvariga. Som extern nyckelaktör i sammanhanget identifierar utvärderingen SKL. Utvärde-

ringen uppmärksammar därför relationerna mellan implementeringsaktörerna samt det system i vilket aktörerna förväntas verka.

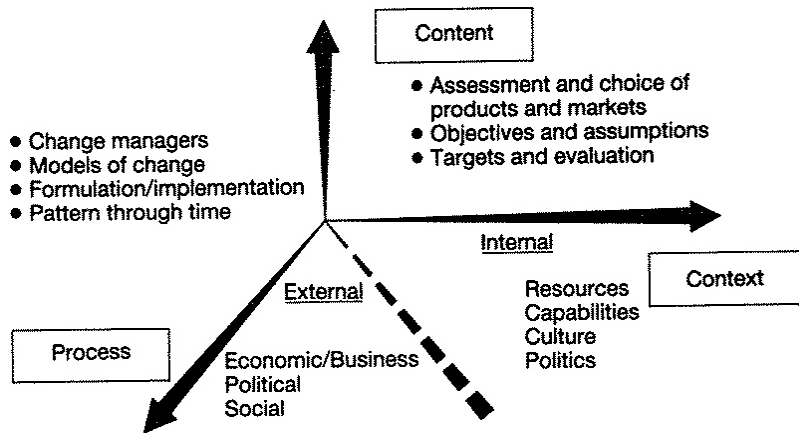
Med *användare* avses implementeringsobjektets potentiella och faktiska användare, såväl individer som grupper av användare av implementeringsobjektet, här medarbetare i de landsting som utför större eller mindre praxisförändringar i och med införandet av rehabiliteringsgarantin. Flera studier (Livesey & Noon, 2007; Greenhalgh et al, 2004; Francke et al, 2008) demonstrerar vikten av att på ett tidigt stadium i processen involvera användare på alla nivåer och på så sätt få dem att uppfatta att processen är ”deras egen”. I de fall där användarnas kunskaper och attityder till implementeringsobjektet kan beskrivas som gynnsamma och innehållet känns igen stärkts förutsättningarna för framgångsrik implementering. Omvänt kan bristande kunskaper och attityder (jfr motstånd till förändring) utgöra ett hinder om centrala användare inte samtycker till innehållet eller anser att dessa bygger på vag evidens eller är subjektiva (Francke et al, 2008). Grol och Grimshaw (2003) identifierar tre övergripande kategorier av hinder för praxisförändring: klinikomgivningen (organisatorisk kontext), rådande åsiktsklimat (social kontext) och kunskap och attityder (professionell kontext).

Omfattande implementeringsforskning understryker betydelsen av att inkludera omständigheter i mottagarorganisationen omgivning eller *kontext*. I kontextbegreppet placeras vanligtvis omständigheter som lokala förhållanden och omständigheter i den organisation där implementeringen sker. Externa kontextbetingelser anger yttre omgivningsfaktorer som exempelvis regler, lagar och normer. Enligt aktuell implementeringsforskning bör varje försök till verksamhetsutvecklande insatser beakta de verksamhetsförutsättningar, som definierar miljön där aktörerna ska tillämpa avsedd kunskap (Fixsen, 2005; McDonald, 1991). Mot bakgrund av de medverkande landstingens olikartade förutsättningar och erfarenhet av bland annat tidigare förbättringsarbeten (jfr förändringsberedskap), är det rimligt att anta att några landsting lättare kommer att kunna inordna de avsedda rehabiliteringsrutinerna i befintliga verksamheter. Resonemanget uppmärksammar att överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin kommer att ha olika förutsättningar att ”träffa rätt” i förhållande till de mottagande landstingens krav och behov – omständigheter som är viktigt att beakta i en processutvärdering.

En aktuell kartläggning av förbättringsarbete i hälso- och sjukvårdens praktik visar att förändringsförsök som initierats högt upp i organisationen eller från regional eller nationell nivå, riskerar att inte få så stort genomslag i den faktiska vårdpraktiken (Stenberg & Olsson, 2005). Ett skäl till detta anges vara att synen på förändringsarbetet präglas av linjärt rationellt tänkande, där ett problem först identifieras, en optimal lösning formuleras för att slutligen implementeras. Vid implementering i kunskapsintensiva och komplexa organisationer likt landstingen har den linjära logiken tydliga brister när det gäller att skapa nya förhållningssätt och beteenden hos avsedda aktörer. Parallellt med detta framhåller Greenhalgh et al (2004) att innovationer anpassade till lokala förhållanden har större chans att bli framgångsrikt implementerade.

Mot bakgrund av den teoretiska genomgången konstateras att faktisk verksamhets- och organisationsförändring kan ses som ett resultat av ett komplext samspel mellan yttre verksamhetsmiljö, implementeringsobjektets (förändringens) egenskaper, genomförandestrategin och förändringsprocesserna, de involverade aktörernas motiv, insatser och inbördes relationer och den inre verksamhetsmiljön (struktur, resurser, ledarskap och kommunikation). För att hantera denna komplexitet använder utvärderingsstudien en beprövad strategi för datainsamling och analys – Pettigrew och Whipp (1991) föreslog i sin strategiska förändringsledningsmodell att fyra dimensioner av förändring studeras och analyseras i ett sammanhang och över tid: den

lokala omgivningen (kontext), förändringsåtgärden och dess kunskapsbas (innehåll), förändringsprocessen (process) samt mål och resultat (effekter). Utvärderingsmodellen sammanfattas i figur 1.



Figur 1. Modell för utvärdering av rehabiliteringsgarantin (Pettigrew & Whipp, 1993).

Utvärderingsstudiens design och genomförande

Utvärderingen organiseras som en utvärdering av införandeprocessen, vilket här innebär att systematiskt följa och kartlägga genomförandet av rehabiliteringsgarantin. Genom processperspektivet inkluderar utvärderingen en analys av de organisatoriska mekanismer som styr och kan förklara hur resultat uppstår. Mot bakgrund av detta söker denna studie kunskap om på vilket sätt rehabiliteringsgarantin implementerats och tydliggör områden som fungerar väl samt behöver vidareutvecklas. Som ett led i detta har intervju- och dokumentstudier genomförts inom sex landsting där varje landsting har analyserats utifrån ett verksamhets- och ledningsperspektiv. Intervju- och dokumentstudierna har syftat till att i kartlägga de förutsättningar som gäller för respektive landsting i arbetet med att införa rehabiliteringsgarantin. Landstingens arbete har alltså analyserats med hjälp av kompletterande undersökningsmetoder vilket bidragit till möjligheter att säkerställa och validera insamlade data. Användningen av flera datamaterial har även haft som syfte att tillföra ett bredare perspektiv på implementeringsprocessen. Nedan sammanfattas hur varje delmoment i utvärderingen arrangerats och genomförts.

Elektronisk enkät

En elektronisk enkät har utarbetats för att kartlägga och undersöka hur rehabiliteringsgarantin introducerats och införlivats inom representerade landsting. Enkäten utformades för att kartlägga hälso- och sjukvårdsdirektörers eller motsvarande, processledares eller motsvarande samt klinik- och verksamhetschefers (verksamhetsföreträdare på vårdenheter) insikter om och erfarenheter av arbetet med att införa garantin. Bilaga 1 presenterar enkäten i sin helhet.

Enkätadministration

I februari 2011 skickades ett e-postmeddelande till de aktörer som registrerats av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i respektive landstingsledning med särskilt ansvar för rehabiliteringsgarantin samt landstingens processledare och verksamhets- och klinikansvariga. Förteckningen innehöll sammanlagt 44 e-postadresser, 23 till hälso- och sjukvårdsdirektör eller motsvarande, 21 till processledare och 74 e-postadresser till klinik- och verksamhetschefer. I utskicket sammanfattades utvärderingens syfte och genomförande. I utskicket underrättades informanterna om utvärderingens anonymitetsskydd i samband med svarsinlämningen. Bilaga 2 redovisar det aktuella följbrevet. Efter en vecka skickades en första påminnelse, och efter ytterligare en vecka påmindes informanterna en andra gång. En tredje påminnelse skickades tre dagar innan enkäten stängdes.

Då enkäten varit öppen i sammanlagt 17 dagar sammanställdes svaren. Sammanlagt hade då 45 verksamhetsföreträdare besvarat enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 61 procent. 26 processledare eller personer i landstingsledningarna hade besvarat enkäten vilket motsvarar en svarsfrekvens på 59 procent. Enkätens totala svarsfrekvens var 60 procent och svarsfrekvensen på de enskilda frågorna varierade något. En bortfallsanalys visar att förteckningen över e-postadresser innehållit enstaka felaktiga adresser och några som inte var i bruk.

Analys av enkätsvar

I flertalet enkätfrågor instruerades informanterna att värdera olika aspekter av införandet av rehabiliteringsgarantin enligt en 4-gradig skala där 1 motsvarade ett *mycket lågt betyg* och 4 ett *mycket högt betyg*. Till samtliga svar fanns möjligheten av ange svarsalternativet *vet ej*. I anslutning till vissa frågor gavs informanterna utrymme att i fritext kommentera sina svar. I resultatavsnittet redovisas utsagor kopplade till det innehåll som merparten av informanterna lyft fram i sina kommentarer. Då enkäten bland annat syftat till att utvärdera garantins gene-

rella genomslag har resultatet tolkats i form av mönster och tendenser.

Urval av landsting för intervju- och dokumentstudierna

I syfte att identifiera landsting för intervju- och dokumentstudierna tillämpades kompletterande urvalskriterier. För respektive informantgrupp, det vill säga hälso- och sjukvårdsdirektör eller motsvarande, processledare eller motsvarande samt klinik- och verksamhetschefer (verksamhetsföreträdare) identifierades ett antal enkätfrågor som utslagsgivande för urvalet (Bilaga 3) och utifrån svaren på dessa frågor identifierades ett antal landsting med övervägande positiva svar (Landsting D, Landsting B, Landsting F) och en grupp av landsting vars svar på samma frågor var relativt negativa (Landsting A, Landsting C, Landsting E). Sedan användes kompletterande urvalskriterier och enkätfrågor med fasta svarsalternativ relaterades till informanternas fritextsvar och en samlad bedömning genomfördes med hänsyn till de resultat som KI:s effektutvärdering visat. I efterföljande steg tillämpades nedanstående modell för urval av informanter inom respektive landsting.

Tabell 1. Modell för urval av informanter inom respektive landsting. Bokstavsbenämningarna på landstingen har ingen relation till traditionell länsbeteckning, utan är specifikt utvecklade för denna studie för att avidentifiera de landsting som ingår i studien.

Implementeringsaktör	Landsting					
	Landsting A	Landsting B	Landsting C	Landsting D	Landsting E	Landsting F
Hälso- och sjukvårdsdirektör	1	1	1	1	1	1
Processledare/motsvarande	1	1	1	1	1	1
Verksamhetschef Lt*	1	1	1	1	1	1
Verksamhetschef P**	1	1	1	1	1	1
Verksamhetschef Lt***	1	1	1	1	1	1
Verksamhetschef P****	1	1	1	1	1	1
						Σ 36

* Landsting – primärvård, ** Privat – Primärvård, *** Landsting – specialistvård, **** Privat – Specialistvård

Som framgår av tabell 1 identifierades sex informanter inom respektive landsting fördelade på tre organisationsnivåer: hälso- och sjukvårdsdirektör eller motsvarande, processledare eller motsvarande samt klinik- och verksamhetschefer (verksamhetsföreträdare). Inom varje landsting har verksamhetsföreträdare med särskild inriktning mot behandlingsformerna kognitiv beteendeterapi (KBT) och multimodal rehabilitering (MMR) identifierats. I efterföljande led har verksamheter i landstingsregi och i privat regi samt primärvård och specialistvård utgjort ramen för urvalet av informanter.

Intervjuer inom sex landsting

Semistrukturerade intervjuer med hälso- och sjukvårdsdirektörer (eller motsvarande), processledare samt klinik- och verksamhetschefer på de utvalda vårdenheterna inom varje landsting genomfördes i syfte att kartlägga och beskriva i vilken utsträckning rehabiliteringsgarantin implementerats i enlighet med regeringens intentioner. Vid sidan av genomförda och planerade insatser kopplade till garantin och de aktuella behandlingsformerna uppmärksammade intervjuerna lokala omgivningsfaktorer och på vilket sätt dessa påverkat landstingets förutsättningar att införa rehabiliteringsgarantin. Klinikernas möjligheter att erbjuda behandling inom ramen för garantin uppmärksammades särskilt. Intervjuerna genomfördes under perioden mellan 4 och 20 maj 2011 och som förberedelse genomfördes en intervju med en representant från SKL. Intervjun kretsade kring det aktuella uppdraget och övriga insatser i SKL:s arbete med rehabiliteringsgarantin och svaren låg till grund för senare landstingsintervjuer.

Vid samtliga landstingsintervjuer underrättades informanterna om syftet med intervjun och utvärderarnas sekretessåtaganden. Efter godkännande från informanterna spelades intervjuerna in. Tidsåtgången för intervjuerna varierade mellan 50 och 70 minuter per person. Bilaga 4 redovisar intervjumanualerna i sin helhet.

Analys av intervjusvar

Som ett led i analysarbetet transkriberades varje intervju ordagrant för att kategoriseras av två bedömare som också och analyserat och sammanställt materialet. Analysen av de transkriberade intervjuerna har genomförts med tematisk innehållsanalys (Braun & Clarke, 2006) vilket möjliggjort systematiska jämförelser och sökande efter mönster när det gäller landstingens förutsättningar att implementera och följa garantin. Inom ramen för intervjustudier är det ibland nödvändigt att begreppsligt hålla isär vad informanterna faktiskt uppfattat, vad de svarat vid intervjuerna och hur svaren kategoriserats. Vid tolkningen av intervjuresultaten har utvärderingen tillämpat en ”försiktighetsprincip” vilket innebär att intervjuutsagor enbart betraktas som indikationer på erfarenheter och värderingar. I fall där flertalet utsagor pekat i en viss riktning har detta använts som bedömningsgrund för rehabiliteringsgarantins genomslag inom landstingen.

Dokument från sex landsting

Dokumentanalysen innefattar dokument insamlade från de sex landsting och de vårdenheter som valdes ut för intervjuer. Materialet består av handlingsplaner, projektplaner, verksamhetsplaner, manualer, rehabiliteringsprogram, utbildningsmaterial, informationsmaterial, avtal, rapporter, uppföljningar, PM med flera typer av dokument som producerats inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Den typ av dokument som använts kan generellt beskrivas omfatta grupperna information, reglering/direktiv, stöd samt uppföljning, och utgör därför viktiga element i implementeringsprocessen.

Insamling och urval av dokument

Dokumenterna samlades in genom att en förfrågan via e-mail sändes till samtliga de processledare landstingen centralt samt till verksamhetsansvariga vid de vårdenheter som ingår i studien. I förfrågan informerades om utvärderingsstudien och processledare och verksamhetsansvariga ombads att sända in de dokument de använder inom ramen för rehabiliteringsgarantin. En påminnelse till dem som inte skickat in material sändes via e-mail cirka två veckor senare. Insamlingen resulterade i att dokument inkom från i princip samtliga processledare och vårdenheter, med ett fåtal undantag. Landstingen centralt inkom genom processledare med mer eller mindre riklig dokumentation av rehabiliteringsgarantin. Från vårdenheterna inkom generellt dokument i något mindre omfattning. Några av de enskilda verksamheterna har angett att de använder samma dokument för att styra och planera arbetet med rehabiliteringsgarantin som landstinget centralt.

Större delen av de dokument som inkom har använts i analysen, men ett strategiskt urval har genomförts där vissa typer av dokument fallit bort. Detta gäller dokument av ren administrativ typ, exempelvis manualer för hur vårdgivare ska använda olika datorprogram vid redovisning av patientbehandlingar. Även formulär och blanketter som ska fyllas i av patient och/eller vårdgivare har valts bort ur analysen. I vissa fall har det varit svårt att förstå hur dokumenten används och i vilka sammanhang de förekommer, eller varit så knapphändig utformade att de valts bort. Från SKL har en större mängd dokument samlats in, och det strategiska urval som där gjordes beskrivs närmare i avsnittet *Sveriges Kommuner och Landsting/SKL* på sid 88-89.

Analys av dokument

Dokumentanalysen, liksom intervjustudien, har använt tematisk innehållsanalys för att analysera materialet (Braun & Clarke, 2006). Metoden ger möjlighet att kategorisera innehållet i breda teman, där sammanhanget för den kategoriserade analysenheten kan behållas. Detta kan jämföras med andra traditionella metoder för kvalitativ analys, där det är vanligt att materialet analyseras i mindre enheter som exempelvis ord eller enstaka meningar, och att analysprocessen därvid genererar ett delvis nytt meningssammanhang. Om analysen syftar till att följa en process, som i denna studie, kan det vara en fördel att ligga den ursprungliga kontexten så nära som möjligt i analysen. Härvidlag utgör tematisk analys en användbar kategoriseringsmetod, eftersom metoden tillåter att kategoriseringen sker i exempelvis längre textstycken vilket innebär att större delar av det ursprungliga meningssammanhanget bevaras. En tematisk analys syftar även till att söka efter företeelser som återkommer i materialet - d.v.s. teman. Dessa teman visar på mönster och ger analysen dess struktur. Tematisk innehållsanalys är särskilt användbar för omfångsrika material, såsom underlaget till denna dokumentstudie, vilket omfattar cirka tusen sidor text.

Temana i dokumentstudien framträder inte på samma sätt som i intervjuerna, då det rör sig om två olika datamaterial som har genererats på olika sätt. Intervjuernas innehåll är i hög grad styrda av de frågeställningar och teman som konstruerats genom den forskningsprocess som denna studie är resultat av. Dokumenten å andra sidan har tillkommit utanför forskningskontexten och har därför ett innehåll som producerats oberoende av forskaren. Detta medför för analysens del att delvis andra teman utgör resultatet för dokumentanalysen. De dokument som ingår i analysen har använts i implementeringsprocessen och är i hög grad deskriptiva, d.v.s. de beskriver och ger direktiv för hur rehabiliteringsgarantin ska integreras i verksamheten. Det är verksamheterna, och där vårdgivaren och patienten, som utgör den sista anhalten för garantin då den implementeras i samhällets olika nivåer och i olika kontexter. Dessa verksamheter är i hög utsträckning inriktade på praktik, d.v.s. genomförande, vilket också avspeglas i analysen som visar fram just *Genomförande* som centralt tema.

Texterna i dokumenten är i mer eller mindre grad att betrakta som formaliserade utsagor, som i sig inte indikerar att en handling har utförts, eller att ett skeende gått till på det sättet som beskrivs eller regleras genom texten. Däremot kan indikationen stärkas genom att flera texter karaktäriseras av liknande innehåll, och den tematiska innehållsanalysens uppgift är att finna dessa mönster och på så vis visa fram indikationer på hur rehabiliteringsgarantins implementeringsprocess har sett ut.

Enkätstudie

Tabell 2 sammanfattar utvärderingens svarsunderlag.

Tabell 2. Landsting representerade i enkätstudien

Landsting	Enkätsvar	
	Landstingsled och processledare	Klinik- och verksamhetsföreträdare
Landstinget Blekinge	1	1
Landstinget Dalarna	1	1
Region Gotland	1	0
Landstinget Gävleborg	1	1
Region Halland	1	1
Jämtlands läns landsting	0	1
Landstinget i Jönköpings län	1	1
Landstinget i Kalmar län	1	0
Landstinget Kronoberg*	0	0
Norrbottnens läns landsting	1	1
Region Skåne	1	1
Stockholms läns landsting	1	1
Landstinget Sörmland*	0	0
Landstinget i Uppsala län	0	1
Landstinget i Värmland	1	0
Västerbottens läns landsting	1	1
Landstinget Västernorrland	1	0
Landstinget Västmanland	1	0
Västra Götalandsregionen	1	1
Örebro läns landsting	1	1
Landstinget i Östergötland	1	1
Σ	17	14

* Enkätsvar saknas från såväl landstingsledning och processledare som klinik- och verksamhetsföreträdare.

Som framgår av tabell 2 täcker enkätsvaren merparten av landstingen. Från fyra landsting (Jämtland, Kronoberg, Södermanland och Uppsala) saknas svar från landstingsledning och processledare. Från sju av landstingen (Gotland, Kalmar, Kronoberg, Södermanland, Värmland, Västernorrland och Västmanland) saknas svar från klinik- och verksamhetsföreträdare. Från landstingen Kronoberg och Södermanland saknas enkätsvar från såväl landstingsledning och processledare som klinik- och verksamhetsföreträdare.

Resultatredovisningen nedan följer enkäternas frågestruktur vilka består av delarna: 1) rehabiliteringsgarantin, 2) genomförandet av rehabiliteringsgarantin, 3) förändringar till följd av arbetet med rehabiliteringsgarantin samt 4) underlättande och försvårande faktorer för genomförandet. Nedan sammanfattas enkätresultaten för respektive informantgrupp (landstingsledning och processledare samt verksamhetsföreträdare).

Landstingsledning och processledare

Om rehabiliteringsgarantin

Inledande frågor syftade till att kartlägga informanternas uppfattning om i vilken utsträckning överenskommelsen kring införandet av rehabiliteringsgarantin varit tydligt utformad. I gruppen landstingsledning och processledare uppgav drygt hälften att man i hög eller mycket hög utsträckning uppfattade överenskommelsen som tydlig.

Genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Nästintill samtliga rapporterade att landstinget helt eller till viss del utformat en skriftlig strategi för införandet av rehabiliteringsgarantin. En övervägande andel beskrev i fritext att införandet organiserats av ansvarig processledare, projektledare alternativt koordinator tillsammans med en projektgrupp, styrgrupp eller ett nätverk. Några beskrev att landstinget valt att driva arbetet i projektform för att säkra arbetsprocess och kvalitetskrav enligt garantin. Flerparten angav att information om rehabiliteringsgarantin till ledningsgrupper spridits via sammanträden, nätverksmöten och nyhetsbrev. Merparten av landstingen uppgav att man skapat rehabiliteringsteam inom vårdenheter eller byggt på fungerande rehabiliteringsteam i de egna verksamheterna.

Förändringar till följd av arbetet med rehabiliteringsgarantin

En klar majoritet rapporterade att införandet av rehabiliteringsgarantin lett till nyrekryteringar och att merparten av dessa rekryteringar gällt administrativa tjänster. Vidare uppgav en lika stor andel att arbetet med rehabiliteringsgarantin medfört vidareutbildning av befintlig personal och främst inom området KBT. Större variation kan noteras ifråga om i vilken utsträckning landstingens arbete med rehabiliteringsgarantin medfört omorganiseringar. Drygt hälften uppgav att inga omorganiseringar genomförts till följd av införandet av rehabiliteringsgarantin.

Underlättande och försvårande faktorer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Landstingsledningarnas och processledarnas fritextsvar om vilka omständigheter som *underlättat* genomförandet av rehabiliteringsgarantin summeras i tre kategorier: 1) beslut och styrning, 2) organisation och 3) riktade ekonomiska medel. Inom den första kategorin beskrevs högsta ledningens stöd, kompetent processledning och mandat från landstingsledning till projektgrupp som underlättande faktorer. Andra omständigheter som kommenterades var en engagerad och aktivt arbetande försäkringsmedicinsk kommitté samt klara nationella och lokala riktlinjer. Inom den andra kategorin beskrev merparten att tidigare erfarenheter av MMR, tvärfackliga och organisationsöverskridande behandlingsteam på vårdenheterna, befintlig KBT-kompetens samt projektorganisation med processledare och processtöd har varit underlättande. Inom den tredje kategorin återfinns en övervägande samstämmighet i den faktor som enligt processledare och landstingsledning haft störst underlättande vikt vid införandet av rehabiliteringsgarantin, nämligen de riktade statliga ekonomiska medlen. Kopplat till det sistnämnda uppgav merparten att man valt att skapa egna lösningar för ersättning till verksamheter och enheter. En vanligt förekommande fördelning är 30 000 kr till producenter av MMR och 10 000 kr till producenter av KBT.

Fritextsvaren om vilka omständigheter som *försvårat* genomförandet av rehabiliteringsgarantin summeras i tre kategorier: 1) beslut och styrning, 2) organisation och 3) resurser. I den första svars-kategorin rapporterades sena statliga beslut, kort framförhållning och snabbt införande som försvårande faktorer. Även otydlighet i de ekonomiska förutsättningarna på längre sikt nämndes tillsammans med otydlighet i centrala riktlinjer, definition och tolkningen av begreppet ”garanti”. En annan otydlighetsfaktor som framhölls av flera var innehållet och utformningen av MMR. I den andra svars-kategorin, organisation, kommenterades svårigheter i omställnings- och utvecklingsarbete i stora landsting och organisationer samt svårigheter att forma behandlingsteam med fungerande teamarbete, framförallt avseende MMR. Även Vårdvalet och komplicerad registrering och rapportering för ersättning inom garantin framhölls som försvårande omständigheter. I den tredje svars-kategorin; resurser kommenterade merparten den begränsade tillgången till psykosocial kompetens och KBT-kompetens för bedömning och behandling som en försvårande omständighet.

Klinik- och verksamhetsföreträdare/vårdenheter

Om rehabiliteringsgarantin

Merparten kommenterade att den egna kännedomen om rehabiliteringsgarantins innehåll var god med viss detaljkunskap och en nästan lika stor andel kommenterade den egna kännedomen som mycket god. I fråga om de behandlings- och rehabiliteringsåtgärder som verksamheterna erbjuder angav de flesta KBT och MMR. Endast tre av de tillfrågade angav att interpersonell psykoterapi fanns med i verksamhetens behandlingsutbud. I fråga om kollegors och medarbetares inställning till rehabiliteringsgarantin rapporterade en klar majoritet att inställningen var ganska eller mycket positiv. Samma svarsmönster kan observeras för efterföljande fråga där merparten svarade att verksamhetens arbete med rehabiliteringsgarantin getts hög eller mycket hög prioritet. I undantagsfall kommenterades att verksamhetens arbete med rehabiliteringsgarantin hade ganska låg prioritet. En majoritet rapporterade att enheten själva valt att vara leverantör inom rehabiliteringsgarantin och i sju fall uppgavs att enheten inte själv fattat beslutet. Bland dessa enheter beskrev merparten anledningen i termer av direktiv från landstingsledningen.

Genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Merparten rapporterade att direktiven kring införandet av rehabiliteringsgarantin i ganska hög eller i mycket hög utsträckning uppfattats som tydligt utformade. En något mindre andel uppgav att samma direktiv, i ganska låg eller mycket låg utsträckning uppfattats som tydligt utformade för den egna verksamheten. Merparten uppgav uppbygganden av team samt förstärkningen av befintliga team varit en viktig del i införandet av rehabiliteringsgarantin. Kontinuerlig samverkan genom samarbetsmöten och multiprofessionella teamträffar återkom i flera fritextsvar som exempel på hur verksamheterna organiserat arbetet med att införa rehabiliteringsgarantin. Resursförstärkningar beskrevs framförallt med kopplingar till KBT-kompetens i verksamheterna samt genom nyanställningar av så kallade rehabiliteringskoordinatorer.

Förändringar till följd av arbetet med rehabiliteringsgarantin

En klar majoritet rapporterade att verksamheten helt eller delvis förfogade över lokalmässiga förutsättningar att uppfylla rehabiliteringsgarantins intentioner. Samma svarsmönster kan observeras i fråga om personaltillgång, nödvändig kompetens, remissunderlag samt ekonomiska förutsättningar. En klar majoritet rapporterade att införandet av rehabiliteringsgarantin endast i begränsad utsträckning lett till nyrekryteringar och då framförallt av administrativ personal. I linje med detta kommenterade merparten att kompetensfrågan hanterats genom vidareutbildning av befintlig klinisk personal. Omorganiseringar till följd av arbetet med rehabiliteringsgarantin kommenterades endast i undantagsfall.

Underlättande och försvårande faktorer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Verksamhetsrepresentanternas fritextsvar om vilka omständigheter som *underlättat* genomförandet av rehabiliteringsgarantin summeras i tre kategorier: 1) beslut och styrning, 2) organisation och 3) riktade ekonomiska medel. Inom den första kategorin framhölls stöd och information från ledning samt frihet att strukturera verksamhetens arbete som underlättande faktorer. Inom den andra kategorin underströk merparten samarbete, samordning och teamarbete som centrala faktorer som underlättat arbetet med rehabiliteringsgarantin. Även tidigare goda erfarenheter och kompetens inom rehabiliteringsverksamhet samt rehabiliteringskoordinatorernas funktion kommenterades som underlättande faktorer. Inom den tredje kategorin uppmärksammades verksamheternas ekonomiska kompensation, möjligheten till kompetensutveckling samt personalens samlade kompetens som underlättande element. Medarbetarnas

vilja, engagemang och intresse kommenterades avslutningsvis som underlättande omständigheter.

Fritextsvaren om vilka omständigheter som *försvårat* genomförandet av rehabiliteringsgarantin summeras i tre kategorier: 1) beslut och styrning, 2) organisation och 3) resurser. I den första svars-kategorin rapporterade en övervägande del att informationen om rehabiliteringsgarantin har varit svårtillgänglig, bristfällig och otydlig. Konkurrens från andra aktiviteter, sjukförsäkringsändringar, landstingets kärva ekonomi samt låg och sent utbetald ersättning till enheterna är andra faktorer som beskrevs som försvårande. I den andra svars-kategorin angav en bred majoritet att en administrativ överbyggnad och komplicerade registreringar och rapporteringar som försvårande för införandet. I den tredje svars-kategorin framhöll en övervägande del antalet obesatta tjänster, framförallt på läkarsidan, som det största hindret för införandet tätt följt av tidsbrist och överbelastning. Därtill beskrev några verksamhetens känslighet för frånvaro genom att patienter väljer att avsluta mitt i behandling eller uteblir från besök.

Sammanfattning enkätresultat

Sammantaget visar enkätresultatet från *landstingsledning och processledare* att det egna arbetet med rehabiliteringsgarantin över lag värderats som positivt – en majoritet rapporterade att man uppfattat överenskommelsen som tydlig och flertalet uppgav att landstinget utformat en skriftlig strategi för införandet av rehabiliteringsgarantin. I fråga om verksamhetsförändringar kommenterade de flesta att nyrekryteringar genomförts, främst administrativa tjänster, samt att arbetet med rehabiliteringsgaranti medfört vidareutbildning av befintlig personal främst inom området KBT. Större variation kan noteras vad gäller omorganiseringar till följd av arbetet med rehabiliteringsgarantin, där man i drygt hälften av landstingen rapporterat att inga omorganiseringar genomförts. Bland omständigheter som *underlättat* genomförandet framhölls bland annat en engagerad och aktivt arbetande försäkringsmedicinsk kommitté samt klara nationella och lokala riktlinjer. Tidigare erfarenheter av MMR, befintlig KBT-kompetens, projektorganisation med processledare och processtöd samt riktade statliga ekonomiska medel är andra exempel på underlättande omständigheter. Sena statliga beslut, med ett snabbt införande som konsekvens, framhölls som en *försvårande* omständighet. Otydlighet gällande ekonomiska förutsättningarna och centrala riktlinjer samt svårigheter att genomföra omställnings- och utvecklingsarbete i stora landsting framhölls som andra försvårande omständigheter.

Enkätresultatet från *verksamhetsrepresentanter* ger en bild av att kännedomen om och inställningen till rehabiliteringsgarantin varit god eller mycket god. I linje med detta antyder resultaten att verksamheternas arbete med rehabiliteringsgarantin getts relativ hög prioritet. Verksamheternas behandlings- och rehabiliteringsåtgärder kännetecknas av KBT och MMR med begränsad förekomst av interpersonell psykoterapi. En majoritet rapporterade att enheten själva valt att vara leverantör inom rehabiliteringsgarantin. Inom övriga verksamheter har rehabiliteringsgarantin införts efter direktiv från landstingsledningen. Direktiven kring införandet har av merparten uppfattats som tydligt utformade. I fråga om verksamhetsförändringar framhölls bland annat att införandet av rehabiliteringsgarantin endast i begränsad utsträckning lett till nyrekryteringar och att kompetensfrågan istället hanterats genom vidareutbildning av befintlig personal. Bland omständigheter som underlättat genomförandet av arbetet med rehabiliteringsgarantin framhölls stöd och information från ledning samt frihet att strukturera verksamhetens arbete tillsammans med möjligheter till samordning och rehabiliteringsarbete i team samt verksamheternas ekonomiska kompensation. Försvårande omständigheter beskrevs

vara bland annat svårtillgänglig och bristfällig information, konkurrens från andra aktiviteter, som exempelvis sjukförsäkringsändringar, samt komplicerade registreringar av genomförda behandlingar för att få ersättning.

Sett till de *båda informantgrupperna* framstår teamarbete och samverkan som centrala inslag i arbetet med rehabiliteringsgarantin. Otydlighet avseende information om rehabiliteringsgarantin och i samband med registrering framstår som försvårande omständigheter. I fråga om bemanning identifieras personalbrist som ett återkommande problem dock med avseende olika yrkesgrupper. I gruppen verksamhetsrepresentanter framhålls bristen på läkare och processansvariga och bland hälso- och sjukvårdsdirektörer samt processledare bristen på KBT-kompetent personal. Båda grupperna uppmärksammar de ekonomiska incitamenten, stöd och ledning som viktiga faktorer som underlättat arbetet med införandet av rehabiliteringsgarantin. Landstingens tidigare erfarenheter och goda samarbete kommenterades av båda grupper som underlättande omständigheter. Även vad gäller resurser kan stor samstämmighet noteras vad gäller landstingens ekonomiska kompensation. Avslutningsvis framhölls verksamheternas och medarbetarnas vilja, intresse och engagemang i arbetet med rehabiliteringsgarantin som en viktig förutsättning.

Intervjustudie

Tabell 3 redovisar antalet informanter som intervjuats inom respektive landsting.

Tabell 3. Utfall intervjuade representanter inom respektive landsting

Implementeringsaktör	Landsting					
	Landsting A	Landsting B	Landsting C	Landsting D	Landsting E	Landsting F
	Hälso- och sjukvårdsdirektör	1	1	1	1	-
Processledare/motsvarande	1	1	1	1	1	1
Verksamhetschef Lt*	3	3	3	1	2	-
Verksamhetschef P**	-	-	1	-	-	1
Verksamhetschef Lt***	1	1	-	3	2	-
Verksamhetschef P****	-	-	-	-	-	2
						Σ 34

* Landsting – primärvård, ** Privat – Primärvård, *** Landsting – specialistvård, **** Privat – Specialistvård

Som framgår av tabell 3 har sammanlagt 34 intervjuer genomförts inom ramen för studien. Inom varje landsting söktes verksamhetsföreträdare med särskild inriktning mot behandlingsformerna KBT och MMR. I efterföljande led har verksamheter i landstingsregi och i privat regi samt primärvård och specialistvård utgjort ramen för urvalet. Intervjuerna bokades i respektive landsting genom processledarna, som sedan förmedlade bokningstiderna till studiens intervjuare. De tillfrågade landstingsrepresentanterna erbjöds flera olika tider för intervju samt alternativet telefonintervju. Studiens principer för urval av informanter till intervjustudien har medfört att antalet intervjuer per landsting har varierat och att vissa verksamhetsrepresentanter blivit underrepresenterade. Att notera är att flera verksamhetsrepresentanter på privata specialisterheter samt på privata primärvårdsenheter saknade möjlighet att medverka i studien (tabell 3, att jämföra med urvalsmodellen i tabell 1). Detta har medfört att dessa informantgrupperns perspektiv inte kommit till uttryck i samma utsträckning som övriga grupper – en omständighet som bör beaktas vid tolkning av resultaten.

Resultatredovisningen i teman nedan följer intervjuernas frågestruktur som består av delarna: 1) syftet med rehabiliteringsgarantin, 2) genomförandet av rehabiliteringsgarantin inklusive förändringar till följd av arbetet samt underlättande och försvårande omständigheter, 3) informationsmaterial som beskriver genomförandet, 4) kommunikations- och beslutsstrukturer för genomförandet, och avslutningsvis, 5) det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin. Nedan redovisas intervjuresultaten för respektive landsting uppdelade på hälso- och sjukvårdsdirektör och processledare samt klinik- och verksamhetsrepresentanter.

Landsting A: hälso- och sjukvårdsdirektör och processledare

Syfte med rehabiliteringsgarantin

Syftet med rehabiliteringsgarantin beskrevs liktydigt av hälso- och sjukvårdsdirektören och processledaren. De framhöll att evidensbaserade åtgärder skulle riktas mot de två största sjukskrivningsgrupperna och att patienterna skulle få snabb och adekvat bedömning. Syftet kommenterades som tydligt, realistiskt, viktigt och prioriterat av dem båda:

”Jag kan tycka att det är en spännande satsning att man ändå vill försöka erbjuda så evidensbaserad behandling som möjligt till så stora sjukskrivningsgrupper.”

I fråga om evidensbaserade metoder framhöll hälso- och sjukvårdsdirektören och processledaren olika aspekter. Hälso- och sjukvårdsdirektören uppgav ingen åsikt om metoderna i sig men ställde sig frågande till varför regeringen bestämt att styra på detaljnivå:

”Jag har egentligen inga synpunkter på det, och det är det som förvånar mig, att man på regeringsnivå har. Därför att vi har en profession som jobbar med de här patientgrupperna, som jag tror har rätt så god kännedom om vilka behandlingsformer som är det som bör sättas in per individ. Så jag kan förvånas över den nivån.”

Processledaren kommenterade primärvårdens utarbetade samarbete mellan professioner varför metoderna i sig inte innebar så mycket nytt:

”Vi har en sammanhållen primärvård med alla professioner på varje vårdcentral, både läkare och sjukgymnast och kurator. Så att vi är vana att samverka kring patienter.”

I fråga om observerade vinster med rehabiliteringsgarantin rapporterades en samstämmig bild om att fokus flyttats till gruppssamverkan och patientgruppen:

”Högre fokus på den här teamsamverkandelen ... att det faktiskt har satsats mycket resurser ut, på rehabilitering för svåra smärtpatienter. Det är en svår grupp ju, och där det nu har skett, det har kommit mer kunskap.”

Vad gäller tidigare erfarenheter av liknande projekt beskrev hälso- och sjukvårdsdirektören ”sjukskrivningsmiljarden” och ”kömiljarden”. Processledaren framhöll ”Dagmar-medlen”, samt en satsning inom slutenvården inom rehabiliteringsmedicinska kliniken. Båda framhöll att erfarenheter av projekt med lika konkreta villkor som i rehabiliteringsgarantin saknades av båda:

”Det är väl den konkretiseringsnivån som är ny, och det var väl, rehabiliteringsgarantin gick väl lite grann i fronten på det. ”Kömiljarden” är lite på samma tema. Så vi är ändå vana att bli mätta utifrån specifika önskemål på resultat, och ersätta utifrån det sedan då. Så att det har kommit ganska tajt ihop de här olika delarna, som är prestationsbaserat.”

Genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om landstingets förutsättningar att genomföra rehabiliteringsgarantin kommenterades olika svårigheter bland annat brist på kompetens, resurser och ändamålsenliga lokaler. Hälso- och sjukvårdsdirektören framhöll att kompetens inom psykiatrin fanns tillgänglig men inte med inriktning mot KBT, vilket inneburit stora utbildningssatsningar.

”Inom professionen så finns det olika inriktningar, där psykiatrin i alla fall tycker att vi kommer till samma resultat. Och det att vi då skulle ha använt den kompetensen vi hade, istället för att vi nu utbildar i just KBT... har kunnat använda befintliga resurser på ett annat sätt, om det inte hade varit så styrt just mot KBT.”

Processledaren framhöll svårigheterna med resursfördelning vilket orsakats bland annat av att de tillsatta extra resurserna delats mellan flera vårdcentraler vilket på vissa ställen hade inneburit att det inte hade varit möjligt att utbilda bra team. I en länsdel hade ett länsövergripande team bildats vilket beskrevs som framgångsrikt:

”Det har varit mycket fram och tillbaka... nu var det väldigt öppet ifrån SKL och staten hur summorna har varit. Och det har inte varit helt oproblematiskt då, för då har man insett, att oj vad mycket pengar som landstinget får per påbörjad behandling. Och sedan är det en väldigt, väldigt liten del av den summan som har gått till primärvården egentligen då.”

Processledaren framhöll de svårigheter som små lokaler hade medfört för vårdcentralerna:

”Det har varit problematiskt, vi är otroligt trångbodda på de flesta vårdcentraler, så det har verkligen varit en förutsättning som har varit svår att lösa. Och är svår att lösa fortsättningsvis också. Nu gör vi en satsning framåt här med fasta rehabteam i varje länsdel. Och lokalerna är ett jättebekymmer för oss.”

När det gäller de ekonomiska förutsättningarna framhöll hälso- och sjukvårdsdirektören att medel utgått till verksamheter i syfte att bygga multimodala team:

”Vi har inte prestationsbaserad ersättning ute på vårdcentralsnivå eller behandlingsnivå, utan vi har då byggt de här teamen med hjälp av de medlen istället.”

I fråga om rehabiliteringsgarantin hade medfört större förändringar uppgav båda att det framförallt hade handlat om uppbyggnad av multimodala team inom primärvården. Processledaren kommenterade även utbildningsinsatser för KBT:

”Då gjorde vi en struktur för hur teamsamverkan skulle ske snabbt och tidigt på vårdcentral. Och den har vi jobbat in på alla vårdcentraler.”

Båda uppgav att en handlingsplan fanns för genomförandet och processledaren informerade även att andra handlingsplaner kopplade till rehabiliteringsgarantin fanns tillgängliga. Avseende frågan om andra styrdokument lyfte båda upp rutiner för rapportering. De uppgav att dessa dokument var av stor vikt, och att de använts kontinuerligt och följs upp. Hälso- och sjukvårdsdirektören uppgav även att det utöver rutinerna för rapportering fanns ytterligare styrande dokument:

”Vi har rätt så mycket styrdokument i och med att vi har upprättat en hemsida för sjukskrivningsprocessen. Och en hemsida för rehabiliteringsgarantin. Och där har vi lagt ut, ja, allt som man behöver på vårdcentralsnivå, i form av blankett att hämta hem ... och där har vi också utarbetat närmare rutiner, en gentemot primärvården och en gentemot psykiatri, hur de rapporterar in.”

I fråga om hur långt de ansåg att landstinget hade kommit i arbetet med rehabiliteringsgarantin uppgav båda att de kommit en bit på vägen. Båda framhöll resursfrågan utifrån olika perspektiv där hälso- och sjukvårdsdirektören menade att prestationsinriktade medel hade bidragit till framgången:

”Och jag tycker att vi har kommit längre än vad jag trodde, och vi gjorde det väldigt snabbt. Och där tror jag att de här prestationsbaserade medlen ändå påverkar. Man springer på den bollen som de skickar ut, så är vi funtade. Och då gäller det, när man skickar ut en boll, att den bidrar till den förändring som man vill se. För är det så att alla landsting springer på fel boll, då får vi helt fel resultat. Så att de här prestationsbaserade ersättningarna, de är säkert bra, för det ... den bollen som rullar, men frågan är, hur det bidrar till resten. Och det måste man vara väldigt noga med, tänker jag, när man jobbar med riktade ersättningar som det är i det här fallet.”

Processledaren såg landstingets val av resurshantering som en möjlig bromsande faktor för att genomföra rehabiliteringsgarantin:

”För som vi har hållit på nu när det har varit väldigt osäkert, jaha, blir det några mer pengar, och ska vi få fortsätta. Och som sagt, på vissa vårdcentraler har man varit så arg för de här pengarna, för man har vetat hur stora pengarna har varit, så det har nästan varit ett hinder när man skulle införa det. För att det blir bara ett snack och en irritation kring de där pengarna, som man vet går till någonstans i landstingets stora svarta hål, den frustrationen och ilskan har jag märkt jättemycket ute bland både verksamhetschefer och kollegor på andra sätt.”

I fråga om vilka strategier som hade använts för att fördela de ekonomiska medlen svarade hälso- och sjukvårdsdirektören att syftet med att inte betala direkt till verksamheterna hade

varit att skapa förutsättningar för långsiktighet i satsningen, och att medel istället satsats på att bygga upp team och på utbildningsinsatser:

”Vi jobbar mer för att hålla ihop det här, inom psykiatri och primärvård, och inte att vi ersätter per behandling ut till behandlare och det är lite grann för att vi vill ha en långsiktig lösning, vi vill bygga upp det här långsiktigt, inte vara beroende av att man får pengar från staten, utan det här ska kunna fungera ändå. Men tror vi att det här är rätt. Och det är det här som gör skillnaden, den skillnaden vi vill ha, då måste vi bygga upp det här så att det här sätter sig, organisatoriskt och, ja, på ett strukturerat sätt. För betalar vi bara ut per behandling, och sedan upphör den utbetalningen, då har vi egentligen sagt, ja, men nu är inte det här viktigt, utan nu springer vi på nästa boll. Och det är lite så, som jag tycker är vårt uppdrag då som ledning att se, hur vi bygger det här, på lång sikt. Säger vi att det här är bra för de här patienterna, då är det så här vi ska jobba.”

I fråga om underlättande faktorer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin lyfte båda upp tidigare satsning på teamsamverkan. Hälso- och sjukvårdsdirektören framhöll den mediala uppmärksamheten som en ytterligare faktor som hade ”skapat tryck”. Processledaren å sin sida lyfte fram den tydliga strukturen i teamarbetet vilken togs i primärvårdsledningen som en underlättande faktor tillsammans med nätverket för erfarenhetsutbyte, resurserna och avsatt tid för arbetet:

”Strukturen som vi byggde för teamsamverkan, det har underlättat. Att man får sådana dokument att tas i primärvårdsledning ... ett nätverk och samlat, för att man ska få utbyte och erfarenheter med varandra så resurs och tid är jätteviktigt. Sedan kan jag tycka att kompetensinsatser när det gäller KBT har varit helt nödvändigt också, så det är också en faktor som är jätteviktig.”

I fråga om försvårande faktorer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin framhöll hälso- och sjukvårdsdirektören bristen på uppföljning som en försvårande faktor:

”För jag tycker, om man nu tänker fortsätta med liknande satsningar, så ta med uppföljningsfrågan direkt, så att vi vet vad vi får för resultat. För bara att gå på om sjukskrivningar minskar eller inte, det är för trubbigt verktyg att följa upp, tycker jag. För regeringsnivå är det inte det, det förstår jag, men för oss som håller i verktygen så blir det för dåligt.”

Processledaren beskrev att vetskapen om hur mycket pengar som inte kom verksamheterna tillgodo, utan hamnade centralt i landstinget, utgjorde försvårande faktor:

”Ja, ilska och medvetenheten om pengarna har definitivt försvårat det. Det har varit så mycket motstånd, på grund av att man har varit så arg över det här.”

Tidsbrist i samband med implementeringen i verksamheterna kommenterades av processledaren som en ytterligare försvårande faktor:

”Man har haft svårt att avsätta tid, man har inte haft resurser för att liksom få till det, avsätta tid för att kalla grupper och liksom kalla till teamsamverkan, och avsätta all den tiden som strukturen kräver egentligen för att det här ska bli bra. Så resurserna är den ena som det har fallit på. Och den andra som det har fallit på, det är patientunderlaget egentligen. Man har inte sett de här patienterna, eller de har inte funnits, jag vet inte.”

I fråga om förändringar till följd av rehabiliteringsgarantin nämnde hälso- och sjukvårdsdirektören de verktyg som cheferna inom primärvården fått att styra med. Processledaren nämnde medvetenheten i landstinget samt snabbare vård för patienten.

Informationsmaterial som beskriver genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Gällande information som används eller har använts i genomförandet av rehabiliteringsgarantin beskrev båda informationen från SKL som användbar och viktig. De kommenterade också den egna hemsidan där eget framtaget material lagts ut tillsammans med material från SKL:

”Vi har de här hemsidorna, och där har vi i och för sig bara lagt ut det material som man har tagit fram på SKL ... vilket vi i och för sig tycker har varit informativt.”

Det fanns en samstämmighet i att tillgänglig information varit tillräcklig. Hälso- och sjukvårdsdirektören kommenterade att informationen hade varit osammanhängande:

”Det är för spretigt, tycker jag. Jag skulle önska att man förpackade det där på ett sätt som gör att det blir mer lättillgängligt att ta till sig.”

Processledaren lyfte fram att det till en början fanns många frågetecken, att informationen var otydlig och att SKL inte kunde ge tydliga svar:

”Genom att det är en så stor satsning, så många miljoner eller miljard till och med som har satsats ut till landstingen, så kan man ändå känna, att det var nog inte så underbyggt egentligen, vad var det vi skulle göra egentligen. Utan vi har alla försökt lösa det så gott vi har kunnat. Så det måste man ändå kanske kritisera. Sedan ville man väl komma igång snabbt och göra någonting, antar jag från politiken.”

Kommunikations- och beslutsstrukturer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Båda beskrev att beslutet att genomföra rehabiliteringsgarantin fattades på ledningsnivå. En handlingsplan för genomförandet togs fram i samverkan med sjukskrivningskommittén. Hälso- och sjukvårdsdirektören framhöll att landstingsstyrelsen tidigt såg behovet av utbildningsinsatser för att bygga upp kompetensnivån som efterfrågades varför detta blev den första satsningen. Processledaren uppgav att det initialt fanns ett stort hopp om att få en hel del resurser till verksamheterna vilket skulle möjliggöra uppbyggnad av teamen:

”Men vad roligt, här kommer en jättesatsning liksom. Och trodde kanske att vi skulle få mycket utav resurserna och verkligen kunna få chansen att bygga upp någonting. Och där möttes vi då av helt andra signaler sedan.”

När det gäller hur beslut fattas idag avseende frågor som rör rehabiliteringsgarantin uppgav båda att övergripande beslut fattas på landstingsstyrelsenivån och att beslut därefter fattas i de olika ledningsgrupperna via primärvårdsledningen, inom psykiatri eller på sjukhusen:

”Om det är medel som ska skjutas till, då är det på landstingsstyrelsenivå ... när det gäller verksamhetsmässiga beslut, då ligger det, egentligen om man ser utifrån sjukskrivningskommitténs resonemang, så läggs det sedan i linjen.”

I fråga om möjligheter att påverka beslut som rör rehabiliteringsgarantin kommenterade hälso- och sjukvårdsdirektören att detta fanns genom sjukskrivningskommittén. Processledaren uppgav att mandat att fatta beslut saknades men att det var möjligt att framföra argument till primärvårdsledningen till följd av ett etablerat samarbete:

”Jag har inga, jag sitter inte på någon chefsposition alls, jag har inga sådana, och jag har ingen budget, eller ... någon beslutanderätt i någonting själv egentligen. Men jag kan känna att jag har en nära relation till primärvårdsledning, så att jag kan vara med och påverka där, och föra fram argument.”

Beträffande vilka stödstrukturer som landstinget använde sig av i arbetet med rehabiliteringsgarantin uppgav båda SKL, processledarträffarna och ett övergripande engagemang i rehabiliteringsgarantin inom landstinget. Behållningen av dessa stödstrukturer beskrevs av båda som god.

Det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin

I fråga om det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin beskrev hälso- och sjukvårdsdirektören vikten av att hitta uppföljningsindikatorer, kvalitetssäkra MMR, försöka se till att

alla jobbar enhetligt med MMR inom landstinget samt prova internetbaserad KBT. Processledaren beskrev behovet av att fortsätta utveckla teamsamverkan, ytterligare rekryteringar samt ge några personer inom primärvården möjlighet att avsätta tid och specialisera sig inom ett område. Vad gäller stöd för det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin framhöll processledaren behovet av fortsatt stöd från kollegor samt utökat stöd utifrån. Hälso- och sjukvårdsdirektören efterlyste mer evidens som stöd för det fortsatta arbetet. Kvalitetsindikatorer efterfrågades för att kunna underlätta styrningen samt stöd i att finna sätt att mäta vad de åstadkommer. Hälso- och sjukvårdsdirektören påpekade även behovet av stöd i form av långsiktighet i beslut:

”Och det finns en fara med de här också, det här med rehabgarantin, jaha, nu är det för i år, vad som händer nästa år. Om man ska gå in hundra procent, även om vi ändå försöker jobba så att man inte ska vara helt beroende av statliga medel då, så det ligger någonstans där ändå, och vad kan komma för nya krav, vi lever lite osäkert. Det behövs lite mer långsiktighet i de här frågorna, både sjukskrivningsmiljarden och rehabgarantin, och de går hand i hand.

I fråga om rehabiliteringsgarantin hade varit en satsning värt insatsen framhöll båda att det framförallt hade varit det för de enskilda individerna:

”Jätte viktigt att de får ett stöd och hjälp att kunna komma vidare, även om det kanske då inte krasst visar sig i bättre statistik för återgång i arbete, så är det människor vi har att göra med. Så de parametrarna hoppas jag blir mer nyanserade i pressen framgent också. För jag kan tycka att det är väldigt tråkigt när man hör de rubrikerna, där det låter som att, ja, det är kasst det här. Det finns liksom ingen nyans i det, och då är det bara skit allting. Och så är det faktiskt inte.”

Landsting A: klinik- och verksamhetsrepresentanter/vårdenheter

Syfte med rehabiliteringsgarantin

I fråga om hur verksamhetsrepresentanterna uppfattade syftet med rehabiliteringsgarantin uppgav de en enig bild. De angav förekomst av evidens som grund till de valda behandlingsmetoderna och hög sjukskrivningsgrad som grund till valda patientgrupperna. Även snabbare återgång till arbete, genom medicinsk rehabilitering, framkom i likhet med åtkomst av presumtiva kandidater för sjukskrivning. Samtliga beskrev att syftet var viktigt och att det har haft hög prioritet i verksamheterna:

”Det är oerhört viktigt att vi lägger mer tid på den här patientgruppen.”

Alla utom en beskrev syftet som tydligt. Däremot var uppfattningarna mer delade om syftet ansågs realistiskt, där aspekterna tid, premisserna för genomförandet och typ av stimulans rapporterades som begränsade:

”Nej, inte tillräckligt tydligt, och inte heller fick man den tid på sig som behövdes för att skapa en väl fungerande verksamhet.”

Vidare uppgav verksamhetsrepresentanterna samstämmigt att sjukvårdens arbete ska baseras på evidensbaserade metoder, och att de utvalda metoderna var väl kända och flera uppgav att man redan innan garantiarbetet hade inarbetat dessa i sina verksamheter:

”Det tycker jag känns väldigt viktigt att det är så, för då lyfter man verkligen den här patientgruppen, det här sättet att arbeta, så att det tycker jag bara är positivt.”

Detta kan jämföras med att processledaren och sjukvårdsdirektören anger att teamsamverkan till stora delar är något som har byggts upp genom rehabiliteringsgarantin. Här skiljer sig med andra ord beskrivning av genomförandeprocessen sig åt mellan de olika nivåerna – landstinget centralt och vårdenhetsnivån.

Beträffande vinster med rehabiliteringsgarantin kommenterade samtliga förekomst av vinster på alla tre nivåer: landsting, verksamhet och individ. Bland vinsterna kommenterades bland annat mindre kostnader för landstinget genom mindre vårdkonsumtion, stimulerande arbets-sätt för personalen, fler patienter som får ta del av behandling samt mer sammanhållen vård. I fråga om tidigare erfarenheter av projekt med fokus på teamarbete och diagnosgrupper fram-hölls att detta funnits i verksamheterna sedan tidigare:

”Ja, det här är liksom, arbetet i sig är ingen nyhet. Det som tillkom med rehabgarantin, det var att det kom ytterligare påtryckningsmodeller att man skulle dra igång det hela ordentligt överallt inom, ja, primärvården för vår del då.”

Genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Samtliga beskrev förutsättningarna att genomföra rehabiliteringsgarantin som goda inom den egna verksamheten med hänvisning till att man sedan tidigare arbetat enligt vetenskapen med dessa patientgrupper:

”Vi hade redan det här arbetssättet, vi ville jobba på det här viset. Vi fick bara ytterligare så att säga credit, alltså vi känner att vi jobbar, vi tänker rätt.”

Därtill framhölls att kompetens och personalresurser fanns tillgängligt efter viss utökning i det initiala läget. Flera kommenterade att inga ekonomiska resurser hade tilldelats verksamhet-erna men att landstinget på annat sätt möjliggjort att tjänster kunnat expandera:

”Det har ställt till en del bekymmer snarare för oss, som jag ser det då. Och det är så tydligt uttalat hur mycket pengar som ska delas ut per genomförd behandling, och vilket då innebär att alla i hela ledet kan se, alltså hur mycket bidrar vår verksamhet till, till landstinget så att säga. Och i det här landstinget så har det varit så, att det är ingenting av pengarna egentligen som hamnar nere på vår nivå då, och då har det blivit en diskussion om varför det är så. Och ska vi göra det här, och inte få någonting för det. Vem ska ta pengarna. Om det är vi som gör det, ska andra få pengar för det. Så då fick vi delar av tjänster och så där på ett något kryptiskt vis.”

En verksamhetsrepresentant framhöll svårigheten att fylla upp på läkarsidan och ytterligare en behovet att bygga ut lokalerna för att kunna bedriva verksamheten enligt rehabiliteringsgarantins intentioner. Samtliga uppgav att remissunderlaget var stort och en framhöll att det fortfarande fanns väntetider till skillnad från en annan som noterat en minskning i inflödet. Endast en verksamhetsrepresentant uppgav att genomförandet av rehabiliteringsgarantin inneburit mer genomgripande förändringar och i förekommande fall var det inplanerandet av fasta återkommande tider för teamet:

”Nej, det har vi inte egentligen behövt göra faktiskt. Utan eftersom det redan var på gång, så behövde vi inte liksom omstrukturera arbetssättet eller så där”

Handlingsplan specifikt för genomförandet av rehabiliteringsgarantin existerade inte i någon av verksamheterna, inte heller andra styr- eller strategidokument direkt kopplade till rehabiliteringsgarantin. Däremot hade flera byggt vidare på befintliga handlingsplaner, och det förekom dokumentation med frågor och svar om rehabiliteringsgarantin:

”Eftersom vi hade en grundmodell tidigare, så arbetar vi vidare utifrån den grundmodellen”

Handlingsplan och styrdokument beskrevs av verksamhetscheferna som viktiga framför allt vid starten av arbete och sedermera för att visa riktning:

”Ja, jag tror för att bedriva den här typen av verksamhet som är ... alltså den är väl strukturerad, för att göra varje likadant varje gång, då är det viktigt att ha ett grundmaterial, så att det här gör man varje gång så att

säga. Sedan är det levande material, så att det utvecklas och förändras också, dras till och tas bort. Men själva grunden tror jag är viktigt, för annars så kan det sticka iväg och bli vad som helst, jag tror att själva, vilka delar som ska vara med, alltså det är viktigt att man har.”

I fråga om hur långt de ansåg att de kommit i arbetet med rehabiliteringsgarantin uppgav en majoritet att de hunnit så långt de hade tänkt sig:

”Jag tycker att vi har kommit väldigt långt, och jag tycker att vi har, alltså det är nu så att säga, ingår i vårt sätt att arbeta... För de här målen som vi pratar om i rehabiliteringsgarantin, det står i verksamhetsplanen som jag har skrivit eller som vi har skrivit på vårdcentralen. Så att vi jobbar efter de målen som vi har satt upp, och det här ingår, det här är ett utav de målen.”

Som huvudsakliga skäl till att man hade kommit så långt med arbetet i den egna verksamheten beskrevs vara bra samarbete och engagemang. I fråga om primärvården i Landsting A som helhet, så framhölls att de hade halkat efter och inte nått målet med anledning av sen start av arbetet med rehabiliteringsgarantin:

”Sena beslut om hur medel tillskapas eller om man ska permanenta tjänsterna, eller om det ska vara någon visstidsanställning... vad ska jag säga, jag tycker att vi har en trög organisation, där snabbare beslut är ett måste, för att vi ska kunna leva upp, och uppfylla de krav som ställs på oss.”

Vad gäller ersättning per patient framhölls att ersättning har utgetts i form av extra personalresurser vilket också beskrevs kunde vara en bidragande orsak till att det inte har fungerat så bra på alla ställen i länet:

”Nej, vi har inte fått någon över huvud taget... man tillsatte då extra sjukgymnast- och kuratorsresurser, och per länsdel kan man säga.”

En verksamhetsrepresentant framhöll betydelsen av att klara uppdraget:

”Ersättningen per patient är mer ointressant för mig. Det viktiga är att vi klarar av att genomföra uppdraget.”

Bland underlättande faktorer kommenterades att det fanns ett formellt beslut från regeringen och av landstinget, samverkan och lyhördhet samt att patientgruppen redan var känd för verksamheterna. Ytterligare faktorer vilka underlättat genomförandet var att verksamheterna redan påbörjat arbetet innan formell start av rehabiliteringsgarantin, samt extra stöd från kurator och sjukgymnast:

”Det är väl att beslut har fattats att man ska göra det, underlättar i sig, att det här är någonting som man så att säga tycker är bra. Och det underlättar för alla, att inse, att det är inte bara vi som tycker så, det är andra också. Så att då blir det mer acceptabelt också.”

Bland försvårande faktorer kommenterades bland annat tidsaspekten:

”Hade vi fått lite längre planeringstid, så tror jag att vi skulle fått bättre resultat, och bättre iscensättande utav hela tanken med rehabgarantin. Och där kan man säga att, man kan se det också från regeringshåll, att ... för att man släpper pengarna ett visst datum, så kan inte verkstaden vara igång det datumet. Utan jag kanske kan tycka att det är lite för dålig förståelse för att man behöver lite aktionstid för att få en verkstad att fungera.”

Hanteringen av resurser inom landstinget – att resurserna gick centralt till landstinget och inte till verksamheterna beskrevs som en försvårande faktor tillsammans med hur arbetet inom politiskt styrda organisationer generellt fungerar:

”Det är svårt att arbeta i en hierarkiskt styrd organisation, där man ändå inte har den slutgiltiga beslutsförmågan, utan det har alltid politikern. Och ändrar man förutsättningar ifrån ena dagen till den andra, så är det svårt att i alla lägen kunna vara på banan.”

Andra försvårande faktorer som kommenterades var att rehabiliteringsgarantin initialt krävde mycket arbete och att det initialt fanns brist på kuratorskompetens. En representant framhöll den försvårande omständigheten att alla aktörer inte fanns samlade på samma geografiska ställe, och en annan påpekade svårigheten med att arbetet var hårt knutet till projektpersonerna varför risk att de upparbetade metoderna skulle falla om dessa personer lämnade verksamheten. Avslutningsvis beskrevs kommunikationen och samsynen mellan olika nivåer inom landstinget som bristfällig:

”Att det inte flyter mellan de olika beslutsnivåerna på ett bra sätt så att säga ... målet för vår del är så att säga, att kunna arbeta effektivt med de här patienterna på ett bra sätt utifrån våra förutsättningar. Och sedan så nästa nivå har en annan idé, som inte riktigt, och så nästa nivå vill någonting helt annat så att säga, så nästa nivå vill något annat så att säga. Och det hänger inte riktigt ihop.”

Förändringar till följd av rehabiliteringsgarantin exemplifierades genom att fokus flyttats till aktuella patientgrupper och inom verksamheterna kommenterades en bättre samverkan och bättre förståelse för varandras kunskapsområden och en glädje att arbeta med de aktuella patientgrupperna:

”Jag känner en tillfredsställelse att jobba med den här patientgruppen, det är nog det allra bästa kan jag säga. För man känner att man gör något bra och vettigt för de här patienterna. För det här är tunga patienter ska man veta, men ändå känns det att man ... det känns motiverande, och så inspirerande och roligt.”

Ytterligare observerade förändringar var att patientgruppen beskrevs som mer aktiv med större ansvar i sin rehabilitering samt att de söker mindre vård, vilket innebar minskade sjukskrivningar. En verksamhetsrepresentant kunde undantagsvis inte se några förändringar i den egna verksamheten eller avseende patientgrupperna då arbetssättet inte nämnvärt förändrats sedan genomförandet av rehabiliteringsgarantin:

”Inte för vår egen del kan man säga direkt. Nej. Utan kanske mer, indirekt kanske att primärvården kanske har byggt ut, utvecklat sin verksamhet.”

Informationsmaterial som beskriver genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om vilket informationsmaterial som används eller har använts vid genomförandet av rehabiliteringsgarantin ger verksamhetsrepresentanternas utsagor en bild av att material, både från SKL och från landstinget, i första hand utnyttjats i det initiala implementeringsarbetet. Materialet beskrevs ha använts till att skapa en förståelse för vad rehabiliteringsgarantin innebär och hur rapportering ska ske. En verksamhetschef framhöll vikten av att ha ett material som visade riktning:

”För det är viktigt att man ser, att det är samma linje. Att man tänker på samma sätt hela vägen. Att det ska hänga ihop på något sätt. Det är det som är viktigt. Och att man ser att målet är, vi ska nå samma mål, och det ska bli bra för våra patienter det här, det är det högsta målet.”

Överlag uppgav verksamhetsrepresentanterna att informationen de har fått har varit tillräcklig, däribland information om nyheter och förändringar vilket sedan start fortlöpande distribuerats av processledaren via e-post. Verksamhetsrepresentanterna kommenterade vidare att det åligger dem att vidare söka information vid behov. En verksamhetsrepresentant saknade tydlighet i beslut som avsåg utökning av patientgrupper och en annan rapporterade ett bristande intresse från landstinget att ta emot information om hur det gick för verksamheterna:

”Landstinget är mer intresserat av att få in pengarna så att säga, det kan jag uppleva att det är så. Så att det är väl, det viktigaste för dem är att vi inrapporterar vad vi gör. Det är väl det de är mest informativa med kan man säga. Inte om vi gör det bra eller inte, kan jag tycka är inte någon sådan här jättestor grej än så länge. Utan snarare så här att man vill få del av pengarna, man vill ha igång det här, och inrapportera så bra som möjligt.”

Kommunikations- och beslutsstrukturer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om hur det gick till när landstinget fattade beslut om att genomföra rehabiliteringsgarantin fanns en samstämmighet i svaren om att ”startskottet” kom genom SKL:s överenskommelse med regeringen. En verksamhetsrepresentant uppgav en koppling till sjukskrivningskommittén och en annan att diskussioner hölls inom olika förvaltningar, sedan tilldelades en person en samordnande roll med uppgift att sprida informationen i verksamheterna. Generell information om rehabiliteringsgarantin kom verksamhetsrepresentanterna tillkänna genom ett informationsmöte där diskussionerna primärt rörde ekonomi och i lägre utsträckning genomförandet:

”Skulle de hamna centralt i landstinget, och man kan liksom inte slå på stort och få en verksamhet att nytända om pengarna stannar på ett ställe och kostnaderna på ett annat. Och man skulle, om jag pratar ur samordnar-synpunkt, så skulle jag kunna se, att man skulle kunna hanterat den ekonomiska frågan inom landstinget på ett betydligt enklare sätt”

Merparten beskrev att beslut rörande rehabiliteringsgarantin idag fattas på landstingsnivå, varefter det kommer förvaltningarna och verksamheterna till del. På verksamhetsnivå beskrevs att beslut fattas av verksamhetschefen i samråd med arbetsgruppen eller i ledningsgruppen samt att diskussioner i verksamhetschefensgruppen förekommer kontinuerligt. Även vad gäller beslutsutrymme kan stor enighet bland verksamhetsrepresentanterna observeras då de uppgav att ansvaret för verksamheten åligger dem och att de upplever ett stort utrymme att påverka beslut på verksamhetsnivå. En verksamhetsrepresentant framhöll därtill möjligheten att påverka mer omfattande beslut:

”Den möjlighet som vi som verksamhetschefer har, det är att diskutera ihop oss i verksamhetschefensgruppen om vad vi tycker och tänker, och lämna de förslagen vidare till primärvårdschefen. Som i sin tur är underställd förvaltningschefen för primärvårdpsykiatrirehabiliteringen, som är underställd landstingsdirektör ... och sedan är det politikerna som till slut beslutar.”

Beträffande stödstrukturer uppgav de flesta att projektledaren för rehabiliteringsgarantin utgjort en viktig samarbetspart. Förvaltningens vårdutvecklare, personalansvariga, ekonomiansvariga, nätverket i västra länsdelen, verksamhetschefensgruppen, sjukskrivningskommittén samt utredaren centralt inom landstinget kommenterades som andra viktiga stödfunktioner.

Det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin

I fråga om det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin framhöll samtliga verksamhetsrepresentanter vikten av att arbetet med den implementerade strukturen och arbetssättet fortskrider. Viktiga nästa steg skiljde sig mellan verksamhetsrepresentanterna, det handlade om att utveckla arbetet gentemot andra patientgrupper utifrån samma arbetssätt, skapa bättre samarbetsklimat mellan olika förvaltningar inom landstinget samt försöka lösa upp remisskravet. Större konsensus kan observeras när det gäller betydelsen av kvalitetssäkring av patientarbetet genom mätning och utvärdering:

”Vi som jobbar i medicinska professionen, det finns fyra mål vi har med patienterna, så det är bästa fysiska, psykiska och sociala hälsa. Sista målet är återgång i arbete kan man säga. Så att om man då mäter bara arbetsåtergång så att säga, så har man kanske missat att patienten ändå har fått en förbättrad på de andra områdena.”

Verksamhetsrepresentanternas rapporterade behov av stöd i det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin kretsade i stort kring behovet av tydlighet från landstinget:

”Det är om man har någon form av alltså ganska så basal grund, som man kan ta fram att, så att säga ett material som man kan börja med så att säga utifrån, och det har jag nog inte uppfattat att det finns.”

I fråga om rehabiliteringsgarantin hade varit en satsning värt insatsen svarade samtliga att så var fallet när det gäller individ- och verksamhetsperspektivet. Merparten kommenterade vikten av att inte endast fokusera på arbetsåtergång som effektmått utan även se på förbättrad livskvalitet hos de enskilda individerna som fått behandling:

”Man kanske kan se till patientnytta och hur patienterna mår i sitt dagliga liv ändå. Man får kanske inte bara stirra på det här, kommer de tillbaka till jobbet. För det kanske är för höga mål att sätta direkt.”

Avslutningsvis framhöll en verksamhetsrepresentant att resultat på kort sikt inte kunde förväntas förekomma avseende återgång i arbete, och en annan kommenterar att effekten per satsad krona var liten även om det gett resultat för den enskilde individen.

Landsting B: hälso- och sjukvårdsdirektör och processledare

Syfte med rehabiliteringsgarantin

Syftet med rehabiliteringsgarantin beskrevs av både hälso- och sjukvårdsdirektör och processledare som tydligt, viktigt och prioriterat inom landstinget. Hälso- och sjukvårdsdirektören lyfte fram att syftets inriktning avsåg två patientgrupper vilka man skulle arbeta med för återgång i arbete. Processledaren framhöll avsikten att stärka den enskildes rätt i sjukskrivningsprocessen, att behandlingarna skulle baseras på evidens och att de skulle erhålla styckprisersättning.

Vad gäller uppfattningen om realismen i syftet gick åsikterna något isär. Hälso- och sjukvårdsdirektören uppfattade syftet som realistiskt till skillnad från processledaren som ansåg att det fanns svårigheter att realisera intentionerna i praktiken:

”Hur ska det kunna bli verkstad, vad det är man garanterar. Och hur ska vi få till det. Det var jättesvåra frågor. Så att det inte kändes i inledningen särskilt realistiskt att få verkstad, och framför allt, har vi inga pengar avsatt för att kunna jobba med frågan, då är det oerhört svårt i en sådan här organisation, för att här är alla pengar avdelade på olika, olika aktiviteter, så här ser det ut. Absolut viktigt och angeläget, därför att det hörde man på ansatsen, det här med att hela de här målgrupperna, de utgjorde en så pass stor del av sjukskrivningsstocken.”

Rörande frågan om evidensbaserade metoder lyfte hälso- och sjukvårdsdirektören och processledaren upp olika aspekter. Hälso- och sjukvårdsdirektören minns diskussioner inledningsvis angående den utvalda behandlingsmetoden KBT. Dels saknades en del kompetens i landstinget varför funderingar fanns om hur det skulle gå, sedan fanns det inom landstinget diskussioner om de olika behandlingsmetoderna för den avsedda patientgruppen. Processledaren framhöll vikten av att hälso- och sjukvården arbetade alltmer evidensbaserat men riktade samtidigt viss kritik till valet av behandlingsmetoden MMR då den var väldigt omfattande:

”Delar i MMR som man kan fundera över, alltså det är resurskrävande, det är tidskrävande att bygga upp, och den medvetenheten är jag fundersam över om den fanns initialt utifrån att man då säger att rehabgarantin ska erbjudas i ett tidigt skede, det vill säga i primärvård. Och de flesta primärvårdsorganisationerna har inte MMR, utan man ska bygga upp det. Och det här tar en oerhörd tid. Och därför så är det inte heller möjligt att få stuns i rehabgarantin utifrån den valda metoden, det kanske finns andra evidensbaserade metoder för smärtrehabilitering, som skulle ha kunnat komma i sjön och fungerat snabbare.”

I fråga om observerade vinster med genomförandet av rehabiliteringsgarantin kommenterade hälso- och sjukvårdsdirektören en mer landstingsgemensam syn på hur de skulle hantera psykosocial problematik, att flera satsningar hade gjorts på psykosociala teamen och att sjuk-skrivningsdagarna minskat genom KBT-behandlingar. Processledaren framhöll att fokus hamnat på målgruppen vilket var en stor vinst. Vidare framhöll processledaren att det hade funnits en organisation för psykisk ohälsa inom primärvården sedan tidigare men däremot hade kompetenserna för smärtrehabilitering inom primärvården inte varit samordnade innan rehabiliteringsgarantins genomförande. I fråga om tidigare erfarenheter tog båda upp sjuk-skrivningsmiljarden vars erfarenheter de lyft in i arbetet med rehabiliteringsgarantin:

”Om man har tittat på sjukskrivningsmiljarden, så har vi väl där gjort satsningar. Men det har inte handlat om, ska vi säga, utbildningsinsatser av den här karaktären till specifika professioner, utan det har väl mer handlat om att få till ett arbetssätt.”

Genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Landstingets förutsättningar att genomföra rehabiliteringsgarantin beskrevs av båda som goda och processledaren beskrev landstingsövergripande förutsättningar och insatser:

”Vi har byggt alltihop det här på en rutin som vi ... en landstingsövergripande rutin för hur det här ska gå till, där vi förordar vilka kompetenser som ska finnas med, vi har byggt in ett ansökningsförfarande, och en slags systematisk kvalitetsmätning i form utav alltså givna instrument som verksamheterna ska använda sig av.”

Båda uppgav att de personmässiga resurserna hade funnit men att kompetens saknats både för KBT och för MMR. När det gällde KBT beskrevs att utbildningsinsatser genomförts och att upphandling av privata MMR-aktörer genomförts. Patientunderlaget beskrevs av båda som stort. Enligt processledaren gjordes initialt en behovsinventering för att få en lägesbild. Beträffande de lokalmässiga förutsättningarna var det inget som landstinget centralt lagt sig i enligt processledaren.

”Varje verksamhet som vill starta och som uppfyller kriterierna, som har gått igenom godkännandeförfarandet, de får starta. Så har det varit. Och då har lokalfrågan inte egentligen varit ett bekymmer för oss som har godkänt verksamheten.”

I fråga om större förändringar i landstinget till följd av i arbetet med rehabiliteringsgarantin bedömde båda att det inte hade skett. I fråga om en handlingsplan som beskrev genomförandet av rehabiliteringsgarantin svarade båda att detta fanns:

”Vi har en handlingsplan som inbegriper hela projektet ”Bra sjukskrivning”, och där ingår både sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin.”

Gällande andra styr- eller strategidokument framhöll båda det landstingsövergripande dokumentet för rehabiliteringsgarantin:

”Vi har vår övergripande, landstingsövergripande rutin för rehabiliteringsgarantin. Där har vi paketerat allt... vad det här bygger på, överenskommelsen mellan SKL och regeringen... Sedan har vi också formulerat landsting B:s intentioner runt rehabiliteringsgarantin. Vad vårt mål och vårt syfte är. Sedan har vi beskrivit vilka metoder som ingår i rehabgarantin. Och vi har beskrivit hur kompetensen måste vara, när det gäller KBT så är det de här fyra stegen ... och sedan då hur ett multimodalt team ska se ut. Och vi har också beskrivit hur godkännandeförfarandet är för varje behandlare som ska jobba i rehabgarantin.”

Båda uttryckte att dokumenten var viktiga och att de efterföljdes i stor utsträckning:

”Sedan så är det så, att det går lite upp och ner, och det går inte av sig själv, utan det kräver en påminnelse att vi aktiverar den här, ja, rättare sagt lyfter upp den här frågeställningen regelbundet och ser till att den finns på dagordningen.”

I fråga om hur långt landstinget hade kommit i arbetet med rehabiliteringsgarantin fanns en gemensam syn om att de hade kommit en bra bit på vägen. Hälso- och sjukvårdsdirektören uttryckte en förhoppning om att de hade kommit något längre och processledaren uppgav att det finns möjlighet att komma längre genom potential för större flöden i teamen. Hälso- och sjukvårdsdirektören rapporterade att det var viktigt att övervinna skillnaden i syn när det gäller inriktning på behandlingsformer inom den psykologiska delen för att komma vidare och processledaren framhöll vikten av att förstå komplexiteten i förändringsarbete av den här digniteten och att det tar tid:

”Alltså att bygga upp verksamhet, rikta om verksamhet, för det är det man också gör, man styr om, för vi har inte extrarekryterat folk för att kunna jobba med rehabgarantin, utan vi har styrt om produktion... alltså då tar det ett år i uppbyggnad. Man kan inte säga från dag 1 att man har en fungerande rehabgaranti, det är otroligt viktigt. Så att säga att landstingen inte har kommit igång med rehabgarantin, och inte når några resultat, alltså det ... man kan inte göra den värderingen efter bara ett år, därför att det tar så lång tid.”

Gällande strategier som har använts för att fördela de ekonomiska medlen som rekviderats från Försäkringskassan uppgav hälso- och sjukvårdsdirektören att alla medel gått till verksamheterna. En fungerande projektorganisation på lokal nivå beskrevs av båda som en omständighet som underlättat genomförandet av rehabiliteringsgarantin. Hälso- och sjukvårdsdirektören framhöll dessutom engagerade medarbetare som en underlättande faktor och processledaren nämnde full sanktionering från landstingsledningen. Som försvårande omständigheter nämnde hälso- och sjukvårdsdirektören att det sena utfallet om vilket regelverk som ska gälla har varit en försvårande faktor, samt att kompetensbristen inom MMR fördröjde starten. Processledaren framhöll tidsaspekten i förändringsarbete i stora organisationer och konkurrensen mellan olika satsningar och projekt som försvårande faktorer:

”Alltså landstinget är en dynamisk företeelse, det liksom händer saker hela tiden i en sådan här pass stor organisation. Och saker tar längre tid än man tror, i alla avseenden, både när det gäller rehabiliteringsgarantin och andra frågor. För det är så här också, att rehabiliteringsgarantin konkurrerar om utrymme med andra frågor. Vi har andra miljarder som också ska ha sin uppmärksamhet och sin access i ledningsgrupper och sina, ja, processer så. Så att det här är en tanke som vi har haft, om man från regeringshåll kunde liksom synka de här miljarderna, så att vi har en möjlighet att ärligt och bra kunna jobba med varje utvecklingsområde, så vore det en fördel.”

Gällande större förändringar till följd av arbetet med rehabiliteringsgarantin lyfte hälso- och sjukvårdsdirektören fram att fokus hade flyttats till sjukskrivningsproblematiken på landstingsnivå och till individnivå när det gäller patienter med lättare och medelsvår ångest och depression:

”Att vi satt fokus på, ska vi säga, sjukskrivningsproblematiken, och det har funnits en koppling då till även sjukskrivningsmiljarden här, och ska vi säga, en värderingsdiskussion, så den har lyfts kan man väl säga.”

Processledaren reflekterade kring den formbarhet som fanns i organisationerna vilket möjliggjorde att det gick att styra om och på individnivå den ökade kvaliteten i omhändertagandet:

”En observation jag har gjort, det är att det finns liksom en plasticitet, en töjbarhet. Alltså det går att styra om i organisationer, bara motivationen och drivkraften är tillräckligt stor. Alltså det finns potential ute i våra organisationer, att ändra inriktning eller styra om.”

Informationsmaterial som beskriver genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Båda svarade att mycket information hade förmedlats till verksamhetscheferna muntligt. I övrigt beskrevs informationsanvändandet på olika nivåer. Hälso- och sjukvårdsdirektören framhöll landstingets rutin men kunde inte i övrigt inte uttala sig om betydelsen av informationen från exempelvis SKL då processledaren haft detta som ansvarsområde. Processledaren framhöll betydelsen av dokument både från regeringen och från SKL samt eget framtaget material och nyhetsbrev till verksamheterna:

”Jag har använt mig utav de dokument som vi har fått från regeringen, det är överenskommelsedokumenterna som vi har plockat ur information ur. Sedan har jag använt mig lite utav SKL:s material. Sedan har vi också tagit fram en egen patientbroschyr. Så. Men väldigt mycket information har skett muntligt, genom att möta grupper, genom att presentera, så här är det.”

Processledaren uppgav att informationen från SKL hade varit tillräcklig för landstingets arbete med rehabiliteringsgarantin:

”Så fort vi har haft problem och när vi har stött på problem, då har jag vänt mig till SKL, och jag har känt att jag har kunnat, vi har bra relation med dem som jobbar där, i både sjukskrivningsmiljarden och rehabgarantin. Jag har valt att inte göra egna tolkningar utav saker och ting, utan jag väljer att vända mig till en av avtalsparterna, då SKL, för att få svaret. Och då kan jag säga, att från SKL:s håll så säger man så här.”

Kommunikations- och beslutsstrukturer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om hur det gick till när landstinget beslutade att genomföra rehabiliteringsgarantin beskrev hälso- och sjukvårdsdirektören det första steget vilket var att beslutet togs i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp och processledaren beskrev nästa steg där ansvaret för uppdraget tilldelades en ”projektägare” som då utsågs för rehabiliteringsgarantin och en processledare tillsattes för att genomföra arbetet:

”Så kom det här till vår landstingsdirektör, och som direkt egentligen lade över det ansvaret på vår projektägare, och som då gav oss, gav mig fria händer att bygga upp en organisation.”

När det gäller hur beslut fattas idag avseende rehabiliteringsgarantin beskrev hälso- och sjukvårdsdirektören gången för övergripande beslut som fattas på landstingsnivå:

”Det är den arbetsgrupp som jobbar med frågeställningarna, som då leds utav projektledaren, och som också då förankrar det här med projektägaren ... chefsläkare finns med ... förankras även av projektägaren i hälso- och sjukvårdsledningsgruppen.”

Processledaren återgav en generell bild om beslutens beroendeställning till avtalen:

”Och det är det här som har avgjort, det här att det kom ett nytt avtal, på något sätt, okej, det fortsätter. Bra, ni fortsätter ert arbete, inga konstigheter med det, för nu är vi igång i rehabgarantin, nu ska vi arbeta med det här. Så att egentligen inga formaliserande beslutsprocesser runt en fortsättning så. Nu står vi inför att eventuellt få ett nytt avtal, eller att rehabiliteringsgarantin upphör, vi vet inte det, det är sådant som kommer att utronas under, ja, hösten framför allt i budgetarbetet på regeringshåll då, och som också grundar sig på, ja, men den här studien och lite annat.”

På frågan hur det egna beslutsutrymmet ser ut beskrev hälso- och sjukvårdsdirektören att beslutsutrymmet var begränsat:

”Det är väl klart att den, det är väl en, kan vi säga, måttlig möjlighet att påverka. Vi kan diskutera den här och gjorde det när den sattes in i ... på SKL, där en koppling finns då till landstingsdirektörsföreningen. Men den är väl marginell, om jag säger så, möjligheten att påverka, när det gäller själva utformningen av garantin. Det tycker jag. Däremot är möjligheterna att göra anpassningar på lokal nivå, den är stor.”

Processledaren beskrev ett större beslutsutrymme:

”För att agera i rehabgarantin. Ja, det är väldigt stort. Jag som projektledare, jag tycker att det är oerhört viktigt att ha en projektgrupp... det kan inte drivas av en enskild person, utan ett projekt ska drivas i en projektgrupp och av medlemmarna. Vi fattar gemensamt beslut, vi enar oss runt frågor i dialog.”

I fråga om vilka stödstrukturer landstinget använder sig av valde hälso- och sjukvårdsdirektören att inte uttala sig med hänvisning till avsaknad av tillräckligt underlag. Processledaren framhöll vikten av projektgruppen:

”Projektgruppen, den är oerhört viktig. Den skulle jag absolut inte ha velat vara utan, utan jag skulle säga att det är en nödvändighet för ett sådant här arbete.”

Det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin

Gällande det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin framhöll båda utvecklingen av de befintliga arbetsformerna. Hälso- och sjukvårdsdirektören lyfte fram att vissa organisatoriska förändringar kommer att göras för att underlätta det framtida arbetet, att de psykosociala teamen kommer att kopplas till varje hälsocentral. Processledaren beskrev vinsterna med att koppla rehabiliteringsarbetet mot ett kvalitetsregister och att den multimodala rehabiliteringen skulle vidgas att omfatta patienter med psykiska besvär:

”Kropp och själ hänger ihop, och att länka ihop det i MMR med kanske förstärkt psykologbehandling där, det tror jag vore bra.”

Processledaren kunde även se en farhåga i det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin om den inte införlivades i verksamheternas ordinarie verksamhet:

”Risken är, att om vi inte har en fastslagen rehabgaranti, så kommer det här att försvinna, därför att det är, det här är så pass resurskrävande ändå, och har man inte då öronmärkta pengar eller på något sätt ett skullkrav, att det här ska vi jobba med, då tror jag att det försvinner. Och det kommer att falla tillbaka på de här grupperna.”

I fråga om landstingets behov av stöd i det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin hänvisade hälso- och sjukvårdsdirektören till processledaren som i sin tur framhöll vikten av att frågan fortsätter att vara prioriterad och sanktionerad för landstinget. Även ledningens stöd, lokala nätverk samt det nationella nätverket kommenterades som viktiga stödjande funktioner i det fortsatta arbetet:

”För mig är det jätteviktigt att det här är en, alltså en prioriterad, sanktionerad fråga för landstinget att jobba med. Så att jag vet, att det här är vad vårt landsting vill. Därför att det skapar förutsättningar i dialog med projektgrupp, medarbetare, med, ja, även faktiskt patienter ... och känna att man har det stödet i ryggen ... Snodd. Sjukskrivning norr om Dalälven ... sedan har vi vårt nationella nätverk också.”

I fråga om rehabiliteringsgarantin har varit en satsning värt insatsen lyftes en samstämmig bild fram av att så var fallet. Hälso- och sjukvårdsdirektören uppgav att landstinget var ett av fyra landsting i landet som visade på minskade sjukskrivningsdagar avseende gruppen som hade erhållit KBT. Framgångsfaktorn beskrevs ligga i det organisatoriska arbetet:

”Nu tror jag det hänger väldigt mycket på hur man lyckats få till en organisation och fokus på den här frågan, för den är ju, den är inte helt enkel och det är en komplicerad patientgrupp som man måste närma sig.”

Processledaren uppgav att framgångsfaktorn dels har varit en fungerande projektorganisation och dels att processledaren informerat mycket i verksamheterna:

”Det är, har varit stimulerande och roligt på många sätt. Och just det här att det har funnits väldigt fria händer, och att vi gemensamt i projektgruppen har fått till det på ett bra sätt, eller på ett sätt som vi har varit nöjda med, det, ja, det har känts riktigt bra. Det här är en ganska liten avgränsad företeelse i ett helt landstingsperspektiv, men jag tycker att vi har gjort, vi har verkligen gjort så gott vi har kunnat och resultatet tycker jag ändå har landat, landat väl.”

Landsting B: klinik- och verksamhetsrepresentanter/vårdenheter

Syfte med rehabiliteringsgarantin

Syftet med rehabiliteringsgarantin beskrevs samstämmigt att handla om att stärka den enskildes ställning och deltagande i vården, tidig rehabilitering genom samordnad bedömning samt ökad återgång i arbete. Syftet med rehabiliteringsgarantin beskrevs av samtliga som tydligt, viktigt och prioriterat:

”Jag uppfattade den väldigt positivt. Och syftet som jag ser det, handlar det om att stärka den enskildes ställning, få en bättre samordnad bedömning och behandling, alltså att utveckla kvaliteten i omhändertagandet i sjukskrivningsprocessen.”

Däremot framhölls en skepticism avseende realismen i satsningen där verksamhetsrepresentanterna bland annat beskrev skepticism hos läkarna till en början, det framkom också svårigheter i förändringsförmåga i invanda beteenden hos medarbetare och sedermera rehabiliteringens förmåga att förändra svåra kroniska smärttillstånd:

”Samtidigt så fanns det en viss skepticism i, hur det här ska bli möjligt, att förändra invanda beteenden, organisering av arbete i en ganska, ska jag säga, tung, historiskt tung organisation som landstinget ändå är. Så det fanns en viss försiktighet initialt i, hur vi ska lyckas med detta. Beroende också på hur lång tid har vi på oss att få till stånd förändringen. Det tar flera år innan man kan liksom skörda frukterna utav ett förändrat arbetsätt.”

Med avseende på de evidensbaserade metoder som rehabiliteringsgarantin angav verksamhetsrepresentanterna samstämmigt vikten av att sjukvårdens arbete lutade mot evidens. Det fanns en tilltro till att arbeta teambaserat och en del av verksamhetsrepresentanterna hade tidigare positiva erfarenheter av att arbeta i grupp. Samtidigt lyfte en verksamhetsrepresentant upp möjligheten att även andra metoder där evidens ännu inte var framtagen kunde vara framgångsrika:

”Det är väl väldigt bra att man tittar utifrån vad som finns evidens för. Det är väl så vi måste jobba, sedan kommer det alltid att finnas andra metoder som vi inte har uppnått evidens för än, men som kanske ändå är bra så där.”

I fråga om vinster med rehabiliteringsgarantin lyfte samtliga upp olika aspekter som de hade kunnat se på landsting-, verksamhets- och individnivå. ”Öronmärkta” pengar till rehabilitering för att möjliggöra tidig rehabilitering, vilket hade gett vinster för både individer och samhälle, kommenterades särskilt. Förutsättningar för organisatoriska förändringar i syfte att skapa bättre samverkan mellan professioner kommenterades som potentiella vinster:

”Det här är en väldigt omfattande förändring utav många professioners samverkan och arbetsorganisation, och det tycker jag att det här har hjälpt till med, att skapa förutsättningar för, och stort fokus på de här frågorna.”

I fråga om tidigare erfarenheter av liknande satsningar nämnde samtliga olika projekt som exempelvis sjukskrivningsmiljarden, äldresatsningar med stimulansmedel från SKL samt teamarbete inom landstingsrehabilitering. De flesta beskrev att erfarenheterna från de tidigare projekten hade varit användbara i arbetet med rehabiliteringsgarantin:

”Ja, mera tror jag det här, hur man samverkar och hur man startar upp. Och att man faktiskt kanske har lite tålmod att det får ta tid. Men att det är jätte viktigt att det är någon som leder och styr och håller i det och så. Och att det är avsatta resurser, och att man också får en morot för det.”

Genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Förutsättningarna att genomföra rehabiliteringsgarantin beskrevs av samtliga som goda. En verksamhetsrepresentant angav att de redan arbetade på det sätt rehabiliteringsgarantin angav och en annan framhöll att omvärldsanalysen som gjordes innan start bidrog till att skapa goda förutsättningar:

”Göra omvärldsspaning, göra evidenssökningar, vilka behandlingsmetoder, och hur skulle arbetet kunna fördelas, vad blir våra roller i teamet?... sedan så har vi kunnat rikta också utbildningsinsatser, både gemensamma och individuella, utifrån de områden som vi identifierade som viktiga.”

Verksamhetsrepresentanterna såg inte att det lokalmässigt hade funnits några bekymmer. De angav att både kompetens och personal fanns i verksamheterna överlag, dock uppgav två av verksamhetsrepresentanterna att det hade saknats personal på läkarsidan och en av dem tillade att kompetensen på KBT-sidan i en av länsdelarna hade varit och fortfarande var låg:

”Det handlar om att bygga upp kompetens, och där är det fortfarande så att det är lite bekymmer i, alltså landstingsinternt, men vi köper ifrån privata aktörer, men det finns inte så mycket det heller, alltså uppe i Hälsingland.”

Den ekonomiska ersättningen hade för de flesta varit en förutsättning för att kunna genomföra intentionerna i rehabiliteringsgarantin, framförallt vad gäller kompetensutveckling. En verksamhetsrepresentant inom specialistvården beskrev att inflödet av remisser konstant varit hög, likaså till KBT-behandling. Däremot framhölls att det inom primärvården tidvis varit ont om remisser till MMR vilket föranlett till diskussioner om vilka remisser som ska in och vilka ska sorteras bort:

”Och det handlar väldigt mycket om att man måste, varje vårdgivare måste i mötet med en patient tänka på ytterligare en faktor, och det är att tänka på det multimodala bedömnings sammanhanget, och att remittera dit ... För att få en volym på det här, och få liksom rutiner i arbetssättet, så hade det varit en fördel om man hade vidgat lite grann målgruppen för sin egen del. Men nu har man varit väldigt, väldigt skarp i sin avgränsning, vilket också exkluderat lite för många.”

I fråga om större förändringar genomförda till följd av rehabiliteringsgarantin framhöll samtliga, utom den inom specialistvård, att de organisatoriska förändringarna inneburit att teamarbete utvecklats och att kompetensutveckling kunnat bedrivas:

”Så nu organiserar vi faktiskt om hela vår primärvård, så att man, varje chef på varje hälsocentral blir också chef över psykosociala team och sjukgymnaster och arbetsterapeuter.”

I fråga om en handlingsplan för genomförandet av rehabiliteringsgarantin nämnde flertalet landstingets centrala handlingsplan. Inom specialistvården fanns lokala riktlinjer vilka byggde på de nationella riktlinjerna. Det fanns en enighet bland samtliga att dessa dokument var viktiga och att de användes i stor utsträckning:

”Handlingsplanen var kopplat mycket till landstingsövergripande nivå i den rutinbeskrivning som var gjord. Och sedan var det mer en rutin som var beskriven på divisionsnivå, hur vi ska jobba med det här. Men den handlingsplan som finns, har varit integrerat i styrkort som finns för hela divisionen och så, vad man ska göra.”

Gällande andra styr- och strategidokument uppgav två verksamhetsrepresentanter att inga sådana dokument fanns och övriga beskrev olika typer av dokument vilka fanns inom verk-

samheten, däribland dokument integrerat i styrkortet, rutindokument samt rehabiliteringsprogram för smärtpatienter vilket återfanns inom specialistvården:

”Alltså vi har ett eget rehabiliteringsprogram som också ligger på nätet som vi kan, som alla kan se, som ligger på hemsidan som befolkningen också kan, och vi har en hemsida där, så att det finns ett rehabiliteringsprogram för smärtrehabiliteringen.”

I fråga om hur långt verksamhetsrepresentanterna ansåg att de hade kommit i arbetet med rehabiliteringsgarantin fanns en samstämmig bild om en önskan att de hade kommit längre. Det framkom att de hade kommit ungefär så långt som förväntat, men kortare än det ideala tillståndet. De huvudsakliga anledningarna till detta beskrevs vara brist på läkare och begränsat remissunderlag. Kritik mot ledarskapet framhölls som ett undantag:

”Sedan så tror jag, förståelsen också hos oss chefer framför allt, att vi kanske skulle ha lett och styrt tydligare med arbetet än vad vi gjorde.”

Gällande ersättning till verksamheterna per patient framkom en överensstämmande bild avseende storleken på ersättningen, 10 000 kr för KBT och 40 000 kr för MMR samt att ersättning även utgått till kompetensutveckling i form av utbildningsinsatser. I fråga om vad som hade underlättat genomförandet av rehabiliteringsgarantin framhöll samtliga projektledningen, att personer blev utsedda att leda och ansvara för arbetet samt vikten av central kontaktperson inom landstinget. En verksamhetsrepresentant kommenterade ersättningen och vårdutvecklaren som underlättande faktorer och en annan framhöll vikten av gruppen för verksamhetschefer. Även lokala förutsättningar lyftes fram av en verksamhetsrepresentant:

”I verksamheten så är det att jag har haft väldigt ambitiösa vårdenhetschefer, kunniga och motiverade medarbetare. Och vi har haft en god bemanning.”

Inom primärvården beskrevs läkarbristen samt att endast hyrläkare hade funnits att tillgå som försvårande omständigheter. En verksamhetsrepresentant uppgav att införandet av nya arbetsätt före genomförandet av organisatoriska förändringar kan ha varit en försvårande faktor inom primärvården. En annan lyfte fram den korta tidsaspekten som en försvårande faktor:

”Brist på läkare i det interna arbetet kan man säga. Och begränsat remissinflöde, som då handlar om att det tar tid att hitta nya arbetsätt. Men det här som var, precis, osäkerheten om hur länge det skulle pågå, de bitarna med framförhållning har försvårat genomförandet.”

Inom behandlingsområdet för lättare och medelsvår ångest och depression framkom att negativ attityd gentemot KBT utgjort en försvårande faktor:

”Jag jobbar med kognitiva metoder, men jag vill inte vara med att registrera, därför att jag inte vill medverka till att KBT får starkare fäste, liksom så, sådant, det är försvårande. Så det har tagit väldigt mycket energi.”

I fråga om förändringar till följd av rehabiliteringsgarantin nämnde flera att fokus hade flyttats till de aktuella patientgrupperna.

Informationsmaterial som beskriver genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Materialet framtaget centralt inom landstinget och baserad på information från SKL beskrevs vara det material som de flesta verksamhetsrepresentanter använt sig av. Detta material beskrevs ha haft stor betydelse för samtliga. Inget egenproducerat material särskilt anpassat för rehabiliteringsgarantin återfanns inom verksamheterna. Materialet från både landstinget och SKL beskrevs som tillräcklig för arbetet med rehabiliteringsgarantin:

”Särskilt i början, allt som skrevs, frågor och svar och så där var väldigt bra ... sedan är det så att vi har, det vi har använt, det är som den lokala riktlinjen som finns inom landstinget C och som har funnits ända sedan, sedan start.”

Kommunikations- och beslutsstrukturer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Merparten beskrev att beslutet att genomföra rehabiliteringsgarantin fattades av landstingsledningen och att en projektorganisation därefter skapades och processledare tillsattes med uppdrag att informera verksamhetscheferna. En verksamhetsrepresentant beskrev även det förarbete som genomfördes:

”Jag tror att det var divisionscheferna ihop med landstingsdirektören som tog det yttersta beslutet. Och sedan så kom de till vår ledningsgrupp ... Jag tror att det var uppe på en chefsdag allra först.”

I fråga om hur beslut fattas idag avseende rehabiliteringsgarantin gav verksamhetsrepresentanterna en sammanhållen bild om att de centrala besluten fattas i HSL:

”Övergripande frågor sker i HSL ... det vi i verksamheten beslutar om ... det handlar om flödet, det handlar om liksom så här rutiner, det handlar om rapporteringsrutiner, och det handlar om, hur vi ska internt hantera de pengar som går tillbaka till verksamheten.”

När det gäller frågan om det egna beslutsutrymmet framhöll flera verksamhetschefer att de ansåg sig ha ett stort beslutsutrymme avseende den egna verksamheten. Ansvaret för deras uppdrag omfattade allt från personal, bemanning, kompetens, budget och ytterst hela verksamheten:

”Jag har ganska stort beslutsutrymme så, inom min egen verksamhet, det tycker jag ... Sedan är ju, den som är verksamhetschef liksom på papperet ytterst ansvarig för hela den verksamheten.”

I fråga om vilka stödstrukturer verksamhetsrepresentanterna använder sig tog samtliga upp den av landstinget utsedda processledaren som den främsta stödfunktionen. Samtliga uppgav att de hade haft stor behållning av samarbetet. En verksamhetsrepresentant nämnde landstingets rutin och en annan SKL och kontaktpersonen där som viktiga stöd.

Det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin

Gällande det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin framhölls en målsättning om att alla enheter inom primärvården för MMR skulle ha multimodala bedömningsteam i framtiden. En verksamhetschef kommenterade önskemål om ökad tillströmning av patienter, och fler läkare i teamarbetet. En annan verksamhetsrepresentant var på gång att utveckla en tjänstekatalog för att säkerställa KBT-kompetens. Inom specialistvården beskrevs planer på att individualisera behandlingarna än mer, inkludera fler metoder samt använda samma metoder men på fler patientgrupper. Inom KBT-området var ambitionen att fortsätta utbilda personal, vidareutveckla KBT på Internet, sedan fanns en framtida önskan om uppbyggnad en egen psykoterapienhet inom landstinget. Gällande kvalitetssäkring framhölls flera olika satsningar. Verksamhetsrepresentanten för specialistvården uppgav att deras patienter redan fanns i nationella registret för smärta, en annan önskade att framöver kunna säkra processkvalitet, en annan planerade införandet av skalor för patienterna och ytterligare en planerade att genomföra patientundersökningar:

”Får till stånd multimodala bedömningsteam på alla hälsocentraler ... måste öka tillströmningen då, få fler läkare att våga gå in i det här ... kvalitetssäkringen är kopplat väldigt mycket till resultaten, och inte till, vi har inte en ... vi har inte en processkvalitet säkrad.”

I fråga om verksamhetsrepresentanternas behov av stöd hade i det fortsatta arbetet framhålls olika behov. Två verksamhetsrepresentanter svarande att central processledare inom landstinget var viktigt. De olika behoven kan sammanfattas enligt följande: samarbetspartner inom SKL, nationella mallar och gemensamma träffar, fortsatt tydliga chefer, nätverk, fortsatt forskning, fortsatt ersättning till verksamheterna och slutligen bättre samarbete med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Vikten av att fortsätta med rehabiliteringsgarantin ett antal år till för att få tid att bygga upp kompetensen nationellt framkom också som ett viktigt stöd. I fråga om rehabiliteringsgarantin har varit en satsning värt insatsen ansåg alla utom en att så var fallet. En verksamhetsrepresentant beskrev att rehabiliteringsgarantin hade vinster både för den enskilda individen och för organisationen. Det förekom tvivel hos samtliga avseende den korta tidsaspekten för rehabiliteringen, att få tillbaka personer i arbete på så kort tid. En verksamhetsrepresentant valde att kommentera tvetydigheten i sjukvårdens uppdrag:

”Sedan är det väl så, att det som blir motstridigt, det är att hälso- och sjukvården faktiskt inte bara har det som arbetsuppgift, att man ska få tillbaka folk i arbete, utan det ska vara annat, det är utifrån hälso- och sjukvårdslagen vi ska jobba, så vi kan inte liksom utesluta vissa personer, utan man måste jobba med dem även som inte man tror kommer tillbaka i arbete, och de behöver också det stöd och hjälp de kan få. Så att det är ju, det blir lite dubbla uppdrag kan man säga.”

Landsting C: hälso- och sjukvårdsdirektör och processledare

Syfte med rehabiliteringsgarantin

Såväl hälso- och sjukvårdsdirektören som processledaren uppgav att syftet med rehabiliteringsgarantin uppfattas vara tidig bedömning, tidiga insatser och återgång i arbete. Hälso- och sjukvårdsdirektören återgav även att detta var en del i en större reform kring rehabiliteringsprocessen och att fokus nu lades på behandlingsformerna KBT och MMR:

”Egentligen är det i en större reform, där vi först fick överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden. Och för många av oss så, så hänger de här väldigt nära ihop. Och redan då började vi med att ta ett mycket större ansvar som vårdgivare för rehabiliteringsprocessen och för hela sjukskrivningsprocessen egentligen.”

Syftet med rehabiliteringsgarantin beskrevs av båda som tydligt, viktigt och realistiskt samt att det prioriterades inom landstinget:

”Ja, man visar verkligen att det är en rättighet för patienter och invånarna, att få sin rehabplan inom en månad, och att den är en tidig bedömning, den är systematisk, vi har tagit fram systematiska arbetsmetoder för det, vi har gjort ledningssystem för det, vi mäter det hela tiden. Så det är mycket tydligare. Och då tror jag också att regeringsuppdraget, även om det då mäts, förutom de där två man ersätter i, så mäts det ju, man har ett ledningssystem och så. Men så har det ändå gett mer fokus på att göra än att lämna in planer. Att det kommer pengar för att göra planer, det är inget ovanligt.”

När det gäller frågan om evidensbaserade metoder framhöll båda att valet av två metoder kan ha varit för snävt:

”Nej, där har vi fått en stor diskussion då, och den är den som finns i riket. Är KBT den enda behandlingen för detta, så stort fokus på det ... och multimodal kanske ännu mer då, för det är ganska svajigt vad man sätter för indikationer för att göra en multimodal, och vad är en multimodal, och hur är evidensläget.”

I fråga om vinster med rehabiliteringsgarantin framhöll båda vinster på individnivå:

”Ja, alltså att patienterna får, det är fokus på tidig, och det är inte bara tidiga, så kan vi inte säga, för att när man behöver en samordnad behandling och i samverkan med andra, då får man det.”

Därtill framhöll hälso- och sjukvårdsdirektören att sjukvården getts ett annat ansvar i rehabiliteringsfrågan:

”Ja, man får väl säga så här, att på en mycket kort tid har vi dramatiskt förändrat sjukvårdens ansvar för det här. Jag tror att medborgarna har nytta av detta. Vi har en helt annan koll på hur vi rehabiliterar.”

Gällande landstingets tidigare erfarenheter av liknande satsningar nämnde hälso- och sjukvårdsdirektören samarbete med Försäkringskassan och processledaren Dagmar-medlen. Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören har de tidigare erfarenheterna kunnat användas i arbetet med rehabiliteringsgarantin:

”Ja, absolut. Kompetensen hos de medarbetare som har jobbat med detta, har då varit helt, alltså vi har helt byggt på det. Och så har vi tillfört rehabsamordnare, alltså sett till att varje vårdcentral måste ha en sådan roll. Men det bygger egentligen på de tidigare erfarenheterna, från de projekten och det. Vi har ett försäkringsmedicinskt forum där det sitter människor från primärvård och från sjukhus och rehabsamordnare och så, som leder vårt ledningssystem för rehabfrågorna.”

Genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Landstingets förutsättningar att genomföra rehabiliteringsgarantin beskrevs av hälso- och sjukvårdsdirektören som goda:

”Man äger inte hela den här processen, den handlar om ens arbetsmarknad, den handlar om hela samhällsstrukturen samtidigt. Och då tycker jag att vi har, vi har verkligen använt våra resurser på ett sätt, och då är förutsättningarna goda.”

Processledaren uppgav att förutsättningarna avseende KBT-kompetens hade varit goda från början men att det krävts större satsningar för MMR:

”När det gäller KBT så har vi väldigt, alltså väl bemannade med kompetens, det har vi sedan tidigare... multimodalt så, alltså det här är så att det är, som sagt det är mycket att samordna och koordinera på en vårdcentral, och det har tagit tid att bygga upp ett arbetssätt.”

Remissunderlaget beskrevs av hälso- och sjukvårdsdirektören som delvis tunt med hänvisning till en omorganisation under föregående år:

”Vi har inte direkt några köer. Vi hade en svacka ihop med att vi omorganiserade hela primärvården förra året. Då gjorde man lite mindre, för det var fullt upp att ställa om sin ... nu uppfattar jag att vi går i god takt, och att vi egentligen inte har kapacitetsbrist.”

När det gäller det delvis begränsade remissunderlaget framhöll processledaren rädslan ute i verksamheterna att göra felaktiga bedömningar om vad som skall ingå i MMR som en möjlig förklaring:

”Vi har lite svårt att hitta patienter för MMR... många vårdcentraler har varit lite rädda för att göra fel. Alltså, nej men det här är inte MMR, vi har inte gjort det lilla kanske, och då ... nej men då kan vi inte, nej då räknar vi inte det som multimodal, så de har varit väldigt stränga själva.”

I fråga om några större förändringar genomförda i landstinget i arbetet med rehabiliteringsgarantin uppgav hälso- och sjukvårdsdirektören den nya organiseringen med rehabiliterings-samordnare, koordinators och processledare. Flera nya tjänster hade tillsatts och en struktur för att driva arbetet hade skapats. Processledaren framhöll utvecklandet av PR-team, utvecklingsgrupp, manual för hur man jobbar, styrkort för hela processen och en databas för inrapportering:

”Jättestort utvecklingsarbete som vi har drivit ... det här PR-team ... haft en utvecklingsgrupp och jobbat fram en manual, tagit fram ett styrkort, gjort en egen databas, MOA, mått och analys står det för, där man rapporterar in våra egna sjukfall för att kunna följa och se utfallet, om patienten återgår i arbete eller om de blir fortsatt sjukskrivna eller vad leder det till och vad gör vi.”

I fråga om en handlingsplan som beskrev genomförandet av rehabiliteringsgarantin uppgav båda att det fanns. Gällande andra styr- eller strategidokument framhöll båda att det förekom och efterföljdes i stor utsträckning:

”Sedan har vi styrdokument hur det ska fungera i år, och hur rapporteringen ser ut, och vad som krävs och så. Men handlingsplanen är väl avklarad så att säga där. Men det är styrkortet som används, och där följer vi upp de siffrorna, och det gör rehabsamordnarna ute också, hur det går med sjukskrivningarna och de målen vi har, så att det är väldigt aktivt. Och vi har ett försäkringsmedicinskt forum, alltså sjukskrivningskommitté, du vet, där följer vi styrkortet också. Så att det är väldigt aktivt.”

I fråga om hur långt landstinget hade kommit i arbetet med rehabiliteringsgarantin framkom en delad bild. Hälso- och sjukvårdsdirektören beskrev att de hade kommit långt i förhållande till frågornas aktualitet innan uppstart. Processledaren å andra sidan beskrev en tillbakagång under föregående år till följd av att både Vårdval och ett nytt datasystem införts i landstinget:

”Så var förra året ett lite förlamande år, så jag känner att i år börjar det rulla mer alltså. Man har skapat rutiner och man har förstått och, ja, och en sak till var så att säga det, och det är att vi införde Kosmik, alltså ett nytt datasystem i hela landstinget.”

Gällande strategier för att fördela de ekonomiska medel som rekvirerats från Försäkringskassan uppgav processledaren att full ersättning hade utgått till alla som hade bedrivit KBT eller MMR inom ramarna för rehabiliteringsgarantin:

”Ja, vi har betalat ut till de enheterna som utför. Vi har, KBT har de, det är 10 000 som går ut till den enheten. Och nu när det gäller multimodal, så hade vi, förra året så fick enheterna 40 000 då, nu får de också det, fast vi kräver då att de gör primärvårdens rehabutredning i team. Alltså vi har ju, det är ett formulär kan man säga med manual ... har man gjort ett PR-team, för det är en ganska stor insats som hela teamet gör för att göra en första bedömning, då får man 10 000. Och sedan gör man då MMR efter, så får man 30 000 då. Så att gör man det så, så fördelar vi hela pengarna ut också.”

I fråga om vilka faktorer som hade underlättat genomförandet av rehabiliteringsgarantin i landstinget framkom till viss del en gemensam bild från där båda framhöll vikten av de riktade medlen. Hälso- och sjukvårdsdirektören framhöll även tydliga mål och tydligt fokus på frågan samt att arbetet har varit prestationsersatt som underlättande faktorer:

”Det har underlättat att det ändå har varit destinerade pengar till det här området. Det har varit tydliga mål och tydligt fokus i frågan. Jag tror att det har underlättat att det är prestationsersatt.”

Processledaren framhöll därtill rehabiliteringspersonalens vilja av att arbeta i team och ett nationellt nätverk av processledare:

”Vi är processledare i hela landet, och att vi har ett nätverk och sedan är det så här, att personalen vill jobba så här, alltså inte alla läkare, men rehabpersonalen vill jobba i team och man vill jobba på det här viset, så att de, där är det inga som helst problem.”

I fråga om vilka faktorer som hade försvårat genomförandet av rehabiliteringsgarantin framhöll hälso- och sjukvårdsdirektören de svårigheter som uppkommit till följd av ändringar i regelverk. Processledaren pekade på försvårande faktorer både på verksamhetsnivå i form av brist på engagemang från läkarkåren och i omgivningen bristande samarbete mellan olika samhällsfunktioner som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen:

”Ja, alltså läkarnas inställning, är väl något som också har jobbat med. Vi försöker jobba med de som vill, och så hoppas vi att de andra kommer efter. Men alltså det är inte alla som är så intresserade av att jobba i team, och tänker att de klarar nog det här bättre att göra det själv.”

Gällande förändringar som tillkommit som följd till arbetet med rehabiliteringsgarantin beskrev båda att frågan uppmärksammats:

”Vi har en organisation, vi har processledare, vi har rehabsamordnare, och sett att det här har gett bra effekt.”

Processledaren uppgav även förändringar i arbetet, från det individuella arbetssättet till mer gruppbaseade och att preventionsarbetet genom detta getts tydligare fokus:

”Nu har vi sett till att nu måste vi samordna, nu måste vi jobba i team, och vi måste följa upp det här och se till att vi har patienten i en helhet. Och då har man kommit på också, att ja men det kan vi jobba i prevention, förebyggande också.”

Informationsmaterial som beskriver genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om vilket informationsmaterial landstinget använder eller har använt sig av hänvisade hälso- och sjukvårdsdirektören till processledaren. Processledaren framhöll att landstinget hade en hemsida där mycket information var utlagt, både egenproducerat och från SKL. Flera vårdcentraler hade producerat eget material och det fanns en folder att distribuera till patienterna. Inget material kunde lyftas fram som mer användbart enligt processledaren.

Processledaren uppgav att det till en början fanns en viss oreda men att tillgänglig information överlag varit tillräcklig:

”Jag tror inte att SKL hade kunnat informera mer, för det finns inget, alltså vad ska man informera om när man inte vet? Men de har ändå försökt det här med frågor och svar, och de har gjort folder och så där, men alltså från början tycker jag man kunde, det är inte SKL:s, utan att man kunde lugna sig från regeringen, att man hade utarbetat någonting innan man införde det, att man blev mer säker på vad, ja, vad det innebär, och vad man, vilka krav det är och så.”

Kommunikations- och beslutsstrukturer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om hur det gick till när landstinget beslutade att genomföra rehabiliteringsgarantin gav hälso- och sjukvårdsdirektören och processledaren olika bilder av händelseförloppet. Hälso- och sjukvårdsdirektören beskrev:

”Det var mycket oproblematiskt. För det första har vi tagit sjukskrivningsmiljarden, och då lade vi ... då anställde vi en handläggare och byggde en struktur med rehabsamordnare. Sedan uppfattade vi att rehabiliteringsgarantin kom liksom ovan ... som en fortsättning då gjorde vi en handlingsplan för det.

Processledaren återgav det tidiga händelseförloppet som något mer otydligt:

”För man förstår väl inte riktigt från början vad det är, vad det innebär. Det var det här med kart ... man skulle kartlägga först vet jag, och det förstod jag inte riktigt då, alltså då ... och det gjorde inte de där ute heller som skulle kart ... vad ska vi kartlägga, och varför då ... det var nog mycket frågetecken i början och vad det skulle bli av det. Och sedan så, det tar mycket tid när man är i en förändring.”

I fråga om hur beslut som rör rehabiliteringsgarantin idag fattas i landstinget gav hälso- och sjukvårdsdirektören svar på ett länsövergripande plan:

”Ja, det går till så, att vi jobbar kontinuerligt med våra mätningar och med våra resultat, försäkringsmedicinskt forum utvärderar om vi går mot de resultat som är uppsatta. Vi har en tjänsteman här, eller en kvinna, som handlägger de frågorna.”

Processledaren beskrev beslutsorganen inom landstinget:

”Ja, alltså vi har en organisation, både när det gäller sjukskrivning och rehabilitering som är ... alltså som jag sade då, så är det jag som är länsövergripande, sedan har vi tre processledare, och sedan har vi då rehabsamordnare ute på varje vårdcentral, det ingår i regelboken, i vårdvalet ... sedan försöker vi ju, vi som är pro-

cessledare, att ta fram hjälpmedel för att bana väg för dem att det ska bli lättare att göra. Så att organisationen som vi har tycker jag är en, ja, den är nödvändig, jag vet inte hur det skulle gått till annars.”

I fråga om det egna beslutsutrymmet beskrev båda ett stort beslutsutrymme genom de kanaler och den organisation de var delaktiga i. Hälso- och sjukvårdsdirektörens beslutsutrymme avsåg en övergripande nivå:

”Ledningssystemet har styrelsen fastställt. Utifrån det kan jag då jobba med hur vi genomför det, och hur vi lägger resurserna och så. Vi föreslår vår budget, vilken resurs vi ska tilldela, vilken ekonomisk resurs vi ska tilldela, det fastställs politiskt. Medan sedan är det jag och mina medarbetare och ut till vårdcentralerna som genomför det.”

I fråga om vilka stödstrukturer landstinget använder sig av i arbetet med rehabiliteringsgarantin lyfte hälso- och sjukvårdsdirektören fram befintliga nätverk. Processledaren framhöll en bred repertoar av stödstrukturer i form av de andra processledarna, försäkringsmedicinskt forum, sjukskrivningskommittén, de närmaste cheferna och kontaktpersoner på SKL.

Det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin

Gällande det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin framhöll processledaren vikten av fortsatt riktade medel för att de påbörjade satsningarna inte ska försvinna. I övrigt framhöll hälso- och sjukvårdsdirektören och processledaren samstämmt vikten av gott samarbete mellan sjukvården och externa aktörer för att nå målet med minskade sjukskrivningar:

”Om man ser på rehabiliteringsfrågan till invånarna som är till följd utav sjukdom och ohälsa, så tror jag att det var en riktig väg att gå, att lägga den parallellt med sjukvården. Men man får inte göra det till en besparing då från staten. För ska man klara ett steg till, då måste man anpassa både arbetsmarknad, ersättningsform, man måste äga fler påsar än sjukvårdens. Och det blir inte bra när vi ska greppa över allting. Vi har inte kompetens i de sociala frågorna, det är inte rimligt att vi anställer socialarbetare kanske, de ska in i ett kommunalt system, de ska in i ett arbetsmarknadssystem. Arbetsförmedlingarna måste vara mer tajta där. Och det kanske är att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen kommer närmare.”

I fråga om landstingets behov av fortsatt stöd i arbetet med rehabiliteringsgarantin kommenterade hälso- och sjukvårdsdirektören det interna stödet inom landstinget i form av hög kompetens inom områdena försäkringsmedicin och rehabilitering:

”Stöd inom oss själva. Man är ett mer och mer specialiserat samhälle, så man behöver de här människorna som kan både försäkringsmedicinska sidan och rehabsidan och multiprofessionaliteten.”

Processledaren framhöll avslutningsvis behovet av stöd från landstingsledningen, handledning och juridisk vägledning. När det gäller frågan om satsningen på rehabiliteringsgarantin hade varit värt insatsen uppgav båda att så var fallet.

Landsting C: klinik- och verksamhetsrepresentanter/vårdenheter

Syfte med rehabiliteringsgarantin

Syftet med rehabiliteringsgarantin beskrevs samstämmt att handla om att få människor snabbare tillbaka till arbetslivet. Därtill fanns enighet om att syftet var viktigt och prioriterat:

”Viktigt, ja definitivt, eftersom det är en av de delarna som, ja, framför allt ur patientsynpunkt, men även för vår verksamhet, det är svåra delar när det gäller just sjukskrivningssammanhang, och tar mycket tid och energi och arbete ... det har alltid varit ett prioriterat område, men som inte har funnits något strukturerat sätt att angripa, utan mycket utifrån, i princip att varje doktor sitter på sitt rum och klurar på hur de ska lösa det, och så finns det andra yrkesgrupper som gör sin bit, men inte på ett så strukturerat sätt.”

Merparten beskrev syftet som tydligt och realistiskt och endast en uttryckte en annan uppfattning:

”Vissa saker tar lite längre tid, att här dra igenom liksom på sex veckor, och att det har haft flera träffar, höll jag på att säga, med olika professioner, nej, det är lite svårt att få ihop det fortfarande ... det tog ett tag också att vänja sig vid det här multimodalt, bara det ordet. Vi var vana vid att prata multiprofessionellt, det blev lite bromskloss tycker jag i början egentligen. Att det var lite kejsarens nya kläder på något sätt.”

Gällande synen på de evidensbaserade metoderna som rehabiliteringsgarantin anger framkom en samstämmig bild om att det var viktigt med evidens inom vården och en verksamhetsrepresentant lyfte fram styrkorna i både MMR och KBT:

”Det finns studier som visar, att det här är en framkomlig väg. Och just när det gäller MMR så ser vi så tydligt att, att det är till gagn för patienten, att man arbetar utifrån flera olika yrkesroller och infallsvinklar, att man arbetar tillsammans. Jag tror många gånger man upplever våra verksamheter annars som ett gäng med solister ... när det gäller KBT, så är det också någonting som är för framtida gagn att hjälpa patienten eller personen ifråga att, att tänka rätt ... så det är två arbetsmetoder som jobbar på olika delar, men som går väldigt mycket åt samma håll.”

En annan verksamhetsrepresentant diskuterade huruvida bedömningen om metodens lämplighet skulle åligga vårdgivaren eller patienten:

”Det som är viktigt här är, det vill säga att det som ska vara vetenskapliga teamarbete, och samarbete med patienten, det ska vara på patienternas villkor. Om patienten tror på akupunktur, vad spelar det för roll för mig, om det mer eller mindre visar att min patient tycker att akupunktur hjälper henne eller honom att handskas med sina symptom.”

I fråga om verksamhetsrepresentanterna kunde se några vinster med rehabiliteringsgarantin fanns en klar enighet om att vinster gick att se på individnivå:

”Vi ser en direkt förbättring i alla våra patienter, med livskvalitet som kan gå från 30 upp till 75, 80. Men detta är efter de här sex, åtta veckor.”

En verksamhetsrepresentant framhöll vinster på en mer övergripande nivå:

”Och vi får på sikt även vinsterna eftersom de här patienterna i den bästa av världar, eller då inte fastnar i vårt system, och heller inte ... ja, heller inte kostar sjukvården så mycket på sikt. Så i hela systemet så tror jag att det finns väldigt stora vinster, fast man har svårt att se exakt vad och räkna i kronor och ören, eftersom man inte vet vad det hade blivit. Men jag tror att det finns en samhällsekonomiskt väldigt stor vinst, och även en mänsklig givetvis.”

I fråga om tidigare erfarenheter av liknande satsningar inom verksamheterna uppgav en verksamhetsrepresentant att så var fallet och övriga uppgav att erfarenheter endast fanns av mindre projekt och allmänt utvecklingsarbete:

”Nej, vi har tidigare mer jobbat, skulle jag vilja säga, i spridda skurar, och lite mer i stuprörstänk. Vilket inte har varit någon nytta för patienten många gånger. Det vi saknar i svensk primärvård idag, är lite det här teamtänket, det här gemensamma agerandet kring en patient som mår dåligt. Vi har många gånger valt att flytta runt patienten, för då drar det ut på tiden också, vi sparar lite tid, och vi ser inte patienten ändå, så att då tycker vi att det har gått rätt så bra.”

Genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Förutsättningarna att genomföra rehabiliteringsgarantin beskrevs av flera som goda när det gällande personalresurser och kompetens. Några verksamhetsrepresentanter tog även upp vikten av en central ledning och samordnare på de egna enheterna. De ekonomiska stimu-

lansmedlen hade enligt samtliga varit en förutsättning för att kunna dra igång verksamheterna och bedriva nödvändig kompetensutveckling:

”Vi har väldigt goda förutsättningar. Vi har allt vi behöver. Sedan är det givetvis alltid frågan om ekonomi och resurser, men den stimulans som det har inneburit med de ... rehabiliteringspengarna som är öronmärkta, har gjort att man kan verkligen fokusera just på detta.”

När det gäller de lokalmässiga resurserna uppgav verksamhetsrepresentanterna att det fanns från början. En verksamhetsrepresentant lyfte fram behovet av kulturförändring som ytterligare en förutsättning som kunde påverka verksamhetens möjlighet att genomföra rehabiliteringsgarantin:

”Det är en kulturförändring som måste till. Och så länge den inte kan förändras inne i huvudet på oss som jobbar i vården, så är det lätt att det inte blir den kvalitet som är tänkt utifrån planen då.”

Remissunderlaget hade enligt samtliga verksamhetsrepresentanter varit stort, svårigheten hade mer handlat om det ständiga behovet av att hålla diskussionen vid liv i verksamheterna och etablera en systematisk samverkan. Två verksamhetsrepresentanter uppgav att de hade en rehabiliteringssamordnare med uppgift att påminna och hålla reda på patienterna som var sjukskrivna mer än 14 dagar:

”Det har delvis varit rehabsamordnarens uppgift, dels så flaggar hon mycket för detta och påminner oss, och det gör hon bra. Och sedan så handlar det också om att tänka, okej, kan det här kanske vara en patient som passar för det här. Och i det stora bruset som är, så kan det ibland vara svårt att tänka på det.”

Två av verksamhetsrepresentanterna kommenterade balansgången mellan att erbjuda tidig hjälp och att inte ta in alltför många patienter vilka befann sig i riskzonen:

”Vi tappar folk med problem i nacken och axlarna och i risk att bli sjukskrivna som finns hur många som helst, men nu börjar vi komma till en punkt, hur mycket vi måste uppskatta. Och säga, okej, pengarna finns, men det ... från så mycket smärta, från så stor risk?”

I fråga om större förändringar i verksamheten till följd av arbetet med rehabiliteringsgarantin uppgav en att verksamheten startade under föregående år tack vare rehabiliteringsgarantin och att den helt bygger på MMR:

”Jag startade min verksamhet för att det fanns MMR, hade det inte funnits en möjlighet så hade jag inte ansökt.”

Övriga verksamhetsrepresentanter beskrev en likartad bild avseende en förändring som tillkommit som följd till arbetet med rehabiliteringsgarantin. Det handlade om uppbyggnad av team. Andra förändringar som uppkommit i de olika verksamheterna var bevakning på långtidssjukskrivna och start av gruppverksamhet:

”Det allra största pusslet inledningsvis, var att styra om, så att man fick ett logistiskt flöde, alltså skapa mötesplatser. Därför att de inte kommer, dem måste man skapa.”

I fråga om en handlingsplan som beskrev hur rehabiliteringsgarantin skulle genomföras uppgav samtliga verksamhetsrepresentanterna att detta fanns:

”Ja, det har vi haft. Vi har varit väldigt noggranna med att implementera så att säga syfte och målsättning och de krav som så att säga finns i det här åtagandet då. Så att man har använt text så att säga från SKL och projektet som övergripande. Sedan har man så att säga anpassat det då, så att landstinget E ska kunna implementera det på ett klokt sätt.”

Gällande andra styr- eller strategidokument uppgav samtliga att andra dokument fanns i form av lathundar, beskrivningar för teamarbete, lokala riktlinjer och handlingsplaner. De flesta verksamhetsrepresentanterna upplevde att dessa dokument var viktiga och att de efterföljdes i stor utsträckning. En verksamhetsrepresentant ställde sig tveksam till värdet av dokumenten med hänvisning till bristen på forskning:

”Det står att i största möjliga utsträckningen ska vara förankrad med vetenskapliga och beprövade erfarenheter, men det står inte att det är ett måste. Men okej, det är en diskussion som man kan föra, men i alla fall det behövs mer forskning, om vilka metoder, det kan inte vara så inrotat.”

I fråga om hur långt verksamhetsrepresentanterna bedömde att de hade kommit i arbetet med rehabiliteringsgarantin var bilden delad. Endast en svarade att de hade kommit långt i det som var tanken med rehabiliteringsgarantin. En verksamhetsrepresentant upplevde sig ha blivit bromsad av landstinget och två andra framhöll att de inte hade förväntat sig att komma längre:

”Jag var nog ganska realistisk i början, och hade inte jätteförväntningar ... det är inte lätt att över en natt förändra ett arbetssätt, ett tänk, och därför så är jag väl mest imponerad över, inom min egen enhet, att man ändå har slutat att tala illa om det, och att man inte längre talar om det som något negativt, utan man ser det värdefullt, att tillsammans med övriga yrkesprofessioner få reflektera kring min patient.”

Kulturen inom primärvården och att arbetsstyrkan till stor del bestod av individualister framhölls som huvudsakliga anledningarna till att de inte hade kommit längre i arbetet med rehabiliteringsgarantin:

”Man jobbar inte i team på samma vis som en kirurg, för en kirurg vet, att det är inte ens lönt att gå in i operationsrummet om inte de andra är där, för att där behöver man alla. Så är inte primärvården riktigt skolad än, enligt min uppfattning, men jag tror vi är på väg.”

På frågan om vilken ersättning verksamheterna hade fått per patient framkom att förändringar i ersättningsnivå hade skett men att det var 40 000 kr för MMR och 10 000 kr för KBT. För år 2011 var beloppet 30 000 kr för MMR. En verksamhetsrepresentant uttryckte besvikelse över att landstinget förbehöll sig rätten att behålla en del av ersättningen:

”Vi har fått 30 000 per patient. Landstinget E förbehåller sig 25 procent av alla pengar, till vad, fråga inte mig, fråga dem. Ja. Och det tycker jag är fullständigt ... jag tycker inte att det är okej.”

Beträffande vad som hade underlättat genomförandet av rehabiliteringsgarantin nämnde flera de ekonomiska incitamenten. I övrigt framhölls vikten av profilering i samband med vårdvalet vilket hade skapat motivation hos personalen:

”I vår verksamhet när vi har sett hur det här står i relation till en god tillgänglighet, ett bra bemötande, kvalitet och kompetens, så ser vi väl istället att det här kommer att bli en viktig del ur ett framtidsperspektiv, att om vi i ett vårdvals perspektiv ska kunna ha ett gott rykte, så måste vi kunna bemöta den typ utav ohälsa som vi här har på ett bra sätt. Och då tror jag att vi måste jobba annorlunda. Och därför ser vi att det här påverkar nog positivt.”

En annan verksamhetsrepresentant kommenterade vikten av god organisering från landstingsledningen:

”Ja, det som har underlättat har varit den möjligheten eller det upplägget, tror jag, som Landsting C valde, med ett nätverk och en struktur som är ett projekt med en projektledare då, och en väldigt tydlig strukturering, som gör att inte varje verksamhetschef, eller varje organisation, behöver sitta och uppfinna hjulet på sin kammare, utan att man har en genomtänkt tanke där man kan i princip bara bestämma om man är med på det tåget.”

Gällande omständigheter som försvårat genomförandet av rehabiliteringsgarantin framhöll två verksamhetsrepresentanter svårigheten med att få tiden att räcka till alla uppdrag:

”Ja, det är tidsbristen förstås... Vi har mycket i vårt uppdrag som vi ska göra. Och det är i och för sig det som är tjusningen i primärvård, men visst är det hinder, det är det.”

En annan verksamhetsrepresentant framhöll tidsperspektivet i relation till politiska beslut som grund för verksamhetsutveckling:

”Det är väl att det blir lite politisk färgning på det. Och det är inte bra för oss i vården. Därför att vi ser att, ska man ändra arbetssätt, ska man ändra kultur och tänk och annat, så måste man ha tålamod. Då räcker inte en mandatperiod på fyra år.”

I fråga om vilka förändringar som tillkommit som följd till arbetet med rehabiliteringsgarantin framkom förändringar på landsting-, verksamhets-, och individnivå. Samtliga verksamhetsrepresentanter kommenterade att både fokus och diskussion flyttats till rehabiliteringsprocessen och att arbetet på individnivå medfört förbättringar för de enskilda individerna. När det gäller verksamhetsnivå framkom två bilder där en verksamhetsrepresentant beskrev en stor attitydförändring inom primärvården, från enskilt arbete till teamarbete. En annan verksamhetsrepresentant beskrev att det multiprofessionella synsättet alltid funnits inom primärvården men inte funnits i samma utsträckning inom slutenvården:

”Att man ser mer multiprofessionellt, och i primärvården har det inte varit ett problem tycker jag, jag tycker inte det, det är mer på slutenvården.”

Informationsmaterial som beskriver genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Beträffande vilken information verksamhetsrepresentanterna använder eller har använt sig av i genomförandet av rehabiliteringsgarantin framhöll de gemensamt det material som var framtaget centralt inom landstinget och återfanns på intranätet. Det materialet beskrevs ha haft stort värde för flera verksamhetsrepresentanter, framförallt vid införandet av rehabiliteringsgarantin:

”Det är inte så att jag använder det materialet i mitt dagliga arbete, men vi har jobbat igenom det som vi kallar vår ledningsstruktur med sjukskrivningsprocessen, så har vi våra faktadokument som är landstingets vedertagna rekommendationer om hur man ska behandla olika åkommor, och Socialstyrelsens riktlinjer naturligtvis, och de rekommendationer som finns [SKL-material]. Det är det som det grundar sig på.”

Egenproducerat material beskrevs förekomma i hög grad inom verksamheterna i form av riktlinjer för yrkesutövandet för de olika professionerna och teamen. Mycket av informationen hade enligt flera verksamhetsrepresentanter distribuerats till verksamheterna via rehabiliteringssamordnarna. Samtliga uppgav att tillgänglig information varit tillräcklig för arbetet med rehabiliteringsgarantin.

Kommunikations- och beslutsstrukturer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

På frågan om hur det gick till när landstinget beslutade att genomföra rehabiliteringsgarantin kunde ingen verksamhetsrepresentant redogöra för den initiala beslutsprocessen. Däremot beskrevs tydligt hur det gick till när beslutet var taget och processledaren för rehabiliteringsgarantin gick till verksamheterna och informerade. I fråga om hur beslut fattas idag beskrev flera verksamhetsrepresentanter att de centrala besluten tillkännagavs via projektledarna som i sin tur hade kontakt med processledaren i landstinget. Underlag till landstinget skapades enligt en verksamhetsrepresentant via ett kvalitetsregister där rehabiliteringssamordnarna rapporterade fakta kring sjukskrivningarna:

”Ja. Ja, vad jag vet, vi har fått liksom med jämna mellanrum lämna in, dels så har vi ett sådan här kvalitetsregister där rehabsamordnarna rapporterar in fakta kring alla sjukskrivningar. Det har varit ett rätt så knöligt register, så att alla inte är så glada för det. Men det är det, ett av det systematiska sättet vi har, att ha lite koll på de här personerna.”

Två verksamhetsrepresentanter uppgav att beslut rörande den egna verksamheten fattades informellt där den ena var verksam vid en mindre vårdcentral med korta beslutsvägar. En verksamhetsrepresentant framhöll att de större besluten fattades av ledningsgruppen och de mindre av de enskilda teamen:

”Vissa saker fattas i ledningsgruppen, om det är några större satsningar eller så. Men mycket utav de besluten fattas i teamen själva.”

I fråga om det egna beslutsutrymmet framkom en samstämmig bild om att utrymmet att beslut var stort avseende den egna verksamheten:

”Det är väldigt stort. För som vi har organiserat nu, så kan man väl i princip uppfatta, att som verksamhetschef så kan du välja om du väljer att satsa på att ha ett eget team för MMR, eller om du väljer att köpa in det från externa aktörer.”

Några verksamhetsrepresentanter framhöll ett begränsat beslutsutrymme avseende ekonomiska frågor:

”Det ekonomiska har jag inte haft möjlighet, utan där har jag så att säga över tid fått anpassa mig till ovanstående chef eller förvaltningschef då, hur man har tyckt att ersättningen ska vara. Men arbetssättet och logistiken, den har jag haft full möjlighet att påverka och tycka till om.”

I fråga om vilka stödstrukturer som verksamhetsrepresentanterna använder sig av i arbetet med rehabiliteringsgarantin lyfte samtliga fram rehabiliteringssamordnaren och den egna organisationen. Utöver rehabiliteringssamordnaren tog en verksamhetsrepresentant även upp rehabiliteringskonferenserna och en annan de inplanerade veckomöten.

Det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin

Gällande det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin framhöll flera en fortsatt vilja att vidareutveckla arbetet med rehabiliteringsgarantin. En verksamhetsrepresentant lyfte fram vikten av fortsatt bra bemanning, god kompetens och kontinuitet. God struktur och logistik för arbetet samt lika arbetssätt framhölls därtill som viktigt för att åstadkomma bättre flöden:

”Den stora utmaningen för oss, det är att ha en bra bemanning. Därför att ska man jobba med detta, så krävs det att man har en bra bemanning, en god kompetens, en god kontinuitet ... målsättningen på min enhet nu, det är att vårt system ska bygga på att vi alla frågar, vi frågar lika, vi dokumenterar lika, och vi fångar in och levererar lika.”

En verksamhetsrepresentant avsåg att utöka personalresurserna på den psykosociala sidan och läkarsidan och en annan avsåg att satsa på gruppverksamhet:

”Gruppverksamhet, det ligger definitivt under det närmaste året. Ambitionen var att vi skulle ha kommit igång innan sommaren, men det gör vi inte.”

I fråga om behov av stöd i det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin gav verksamhetsrepresentanterna exempel på olika stödformer. En verksamhetsrepresentant önskade ytterligare tydlighet i regelverk, en annan kortare och konkretare information och en tredje uttryckte behov av långsiktighet:

”Jag är naturligtvis beroende av att inte ändra systemet på kort sikt för många gånger. Jag måste vara medveten om vad jag har att röra mig med. Det är nog det allra viktigaste. Jag behöver arbetsro. När förändringar sker så tar det så mycket kraft ur organisationen, så att då är det ofta sådana här saker som blir lite lidande.”

En annan framhöll vikten av att ha en engagerad rehabiliteringssamordnare och mer assistans från SKL att stödja processen och det nationella nätverket. Förslag om att satsa på nätverken istället för enskilda verksamhetschefer framhölls tillsammans med styrning och frihet i arbetet:

”Vi önskar ha både styrning och frihet i sådana sammanhang, att vi vill ha friheten att fokusera på de områdena som vi är intresserade av, eller som vi känner är där vi brister. Men samtidigt så måste det också finnas den här typen av strukturerad del, att har man på SKL kommit fram till, att det är det här som är det som gäller. Ja, då är det jobbet som ska göras.”

I fråga om rehabiliteringsgarantin hade varit en satsning värd insatsen kommenterade merparten att så var fallet. En verksamhetsrepresentant ställde sig något tvekande till detta:

”Ja, det är mycket pengar, så det tål verkligen att tänkas på. Så det är ingen lätt fråga, det är det inte. Jag tror vad det gäller samverkan så hade vi egentligen den innan, den är bara kanske lite mer strukturerad. Vad gäller människor och återgång, så är det väl det som skulle vara absoluta huvudsyftet, så att det är en nedslående siffra i så fall. Men visst har det bromsat.”

En annan gav exempel på siffror från sin verksamhet vad gäller återgång i arbete:

”Ja, det tycker jag. Och vi har lokalt haft, vi uppfyller våra mål nu med 70 procent återgång till arbete. Och mig veterligt har vi inte med några andra metoder kunnat nå de resultaten innan.”

Landsting D: hälso- och sjukvårdsdirektör² och processledare

Syfte med rehabiliteringsgarantin

I fråga om syftet med rehabiliteringsgarantin uppgav både landstingets beställarchef och processledaren att genom evidensbaserade metoder påverka sjukskrivningarna avseende de två grupper vilka tillsammans stod för 60 procent av sjukskrivningarna. Landstingets beställarchef lyfte även fram att arbetet skulle finansieras genom prestationsinriktade bidrag. De var ense om att syftet var tydligt, realistiskt, viktigt och prioriterat:

”Ja, för landsting D:s del tycker jag att det var väldigt viktigt, och det är främst när det gäller psykiska ohälsa, där vi har nog varit det landstinget eller län som har haft sämst utbyggt kompetens inom psykosocialt område inom primärvården, så att det var väldigt välkommet.”

Landstingets beställarchef påpekade att det har inom landstinget hade funnits diskussioner om definitioner men att syftet i stort uppfattades som tydligt:

”Sedan hade vi väl våra funderingar naturligtvis kring definitionsfrågor, vad är multimodal? vad krävs för att det ska godkännas för att vara multimodal rehabilitering och så vidare.”

I fråga om hur de såg på de evidensbaserade metoder rehabiliteringsgarantin framhöll beställarchefen vikten av tidiga insatser vilket MMR möjliggör:

”När primärvården på bred front i tidigt skede sätter in MMR, då är det inte så många som går igenom systemet till där vi började, med tunga fall som har jobbat med i många, många år utan effekt. Och det tycker jag är den, ja, om det då är ett bevis på att det är evidens.”

² Landstingets beställarchef tillika ordförande i styrgrupp för sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin har intervjuats som ersättare för landstingets hälso- och sjukvårdsdirektör.

Processledaren kommenterade de svårigheter som uppkommit inom arbetsfältet för psykisk ohälsa där flera negativa synpunkter fanns kring valet av endast en behandlingsmetod:

”Sedan det här med behandling av psykisk ohälsa, där mötte vi väldigt mycket negativa synpunkter till att börja med, från de psykologer och kuratorer framför allt som hade psykodynamisk inriktning, de tog det nästan som en kränkning att inte deras räknades, så att väldigt mycket tid gick i början till att förklara, att de kan fortsätta jobba på det sättet, men just för rehabiliteringsgarantin gäller kognitiv beteendeterapi. Och det finns egentligen inte evidens för KBT heller, för återgång i arbete, det finns bara evidens för att lindra symptomen eller öka patientens välmående.”

Rörande vinster med rehabiliteringsgarantin lyfte båda upp förekomst av vinster på tre nivåer: landsting-, verksamhets- och individnivå. Beställarchefen framhöll vinsterna på landstingsnivå genom minskade sjukskrivningar och de individuella vinsterna genom tidiga insatser:

”Ja, det kan nog inte nog understrykas vikten av att någon tar mina bekymmer på allvar i ett tidigt skede, som gör att man får en rimlig chans att gå tillbaka till ett arbete eller skaffa sig ett arbete.”

Processledaren beskrev de vinster som uppkommit till följd av det aktiva förändringsarbetet inom landstinget vilket framförallt handlat om utbildningssatsningar inom KBT, ökad tillgänglighet samt framtagandet av handläggningsöverenskommelse om långvarig smärta, samt gemensam rehabiliteringsplan i gemensam datoriserad journal:

”Vi har satsat en hel del av pengarna till att utbilda fler i KBT-steg 1, vi har ökat tillgängligheten... vi har både gjort en handläggningsöverenskommelse om långvarig smärta men också har vi gjort en gemensam rehabplan i vår datoriserade journal.”

I fråga om tidigare erfarenheter framhölls att landstinget arbetat med sjukskrivningsmiljarden. Processledaren kommenterade dessutom andra projekt kring patientsäkerhet:

”Alltså kökortningar som vi har gjort då och sjukskrivningsmiljarden. Så att det finns erfarenhet om sådana här tillfälliga pengar. Dessutom finns då, Vital i norr heter det, som hos oss då är satsningen på äldrevården. Patientsäkerhet finns det också och så vidare. Så att det finns erfarenhet.”

Genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om landstingets förutsättningar att genomföra rehabiliteringsgarantin framhöll beställarchefen vikten av stimulansmedlen för att möjliggöra genomförandet:

”Om vi tar MMR då, som är en ganska stor omvärdering av hur man jobbar på en vårdcentral i det dagliga livet, jag tror det hade varit fullständigt omöjligt utan de här tydliga signalerna som ... och de här pengarna som har kommit till.”

Processledaren framhöll certifieringsprocessen som en förutsättning att skapa struktur för genomförandet samt att det förelåg skillnader mellan specialistvårdens och primärvårdens förutsättningar:

”Vi har en väldigt bra struktur på den specialiserade vården, där allting är koncentrerat till S-B [vårdenhet] och till rehabiliteringsmedicin och G-rehab [vårdenhet]. När det gäller primärvården så känns det ju, att det är lite olika på olika vårdcentraler hur långt man har kommit. Vi har haft en certifieringsprocess för vårdcentraler som för att kunna bedriva MMR.”

I fråga om kompetens i landstinget uppgav hälso- och sjukvårdsdirektören att en stor del av medlen hade gått till kompetensutveckling inom det psykosociala området:

”En del av de intäkter vi får in går ut till producenten, så de pengar vi har satsat är i princip på kompetens, om jag bara tittar på rehabgarantin, så är det på kompetensutveckling. Och vi har utbildat två omgångar av steg-1-terapeuter i Landsting D, och är på väg att köra en tredje omgång.”

Avseende remissunderlaget beskrev processledaren behovet av MMR och KBT som oklart i landstinget:

”Det finns siffror om sjukskrivningar, det fanns siffror om hur många som fanns på väntelistan och så, men vi hade inte några tydliga siffror om hur behovet egentligen var.”

I fråga om större förändringar som genomförts till följd av rehabiliteringsgarantin framhöll beställarchefen landstingsövergripande förändringar som att projektledare anställdes för arbetet med rehabiliteringsgarantin, att förstärkningar gjorts inom specialistvården genom utökade resurser och att vårdcentraler börjat certifieras för att bedriva MMR:

”För det började, som jag sade, i svansen på specialistsjukvården med MMR, för det är det, det var deras uppdrag, och då förstärkte vi deras resurser, så att de skulle kunna producera mer, det var liksom steg 1. Sedan såg vi att även primärvården skulle kunna komma in.

Processledaren framhöll förändringar i form av införandet av rehabiliteringsplanen, skapandet av handläggningsöverenskommelsen samt tillsättningen av koordinatörer:

”Sedan är det handläggningsöverenskommelsen om långvarig smärta, den tycker jag ändå är som en rätt stor förändring, och alltså man strukturerar hur man ska jobba både inom primärvården och inom specialistvården, hur kommunikationen ska fungera. Och sedan även då den här gemensamma rehabplanen som vi har vår datajournal, som är gemensam både för specialistvården och för primärvården. Vi har också då infört koordinatörer.”

När det gäller frågan om en handlingsplan för genomförandet av rehabiliteringsgarantin framkom att detta inte fanns, dock fanns det enligt processledaren ett beslut från landstingsledningen där det fanns beskrivet hur rehabiliteringsgarantin var tänkt att bedrivas i Landsting D:

”Det finns ett beslut i landstingsstyrelsen, där man 2009 då, i mars tror jag att det var man tog beslutet, att i Landsting D ska rehabiliteringsgarantin byggas på tre delar. Och det första var att utöka verksamheten i egen regi. Tvåan var att förbättra rutiner och arbetssätt, så att man arbetar på ett evidensbaserat och effektivt sätt. Och trean, att göra en upphandling utav verksamhet som ett komplement till den egna verksamheten.”

I fråga om förekomst av andra styr- och strategidokument fanns det inte specifikt avseende rehabiliteringsgarantin. Däremot framhöll processledaren ledningssystemet för sjukskrivningsprocessen där rehabiliteringsgarantin utgjort en del:

”Vi har tagit alldeles nyligen fram ett ledningssystem för sjukskrivningsprocessen, och där ingår då rehabilitering också som en del utav själva ledningsprocessen.”

Beslutet i landstingsledningen beskrevs av processledaren som en mycket viktig signal till verksamheterna om att landstinget centralt valt att medverka i rehabiliteringsgarantin:

”Jag tror att det är väldigt viktigt, det här första beslutet som landstingsstyrelsen tog, att man säger, att i Landsting D arbetar vi så här med rehabiliteringsgarantin, vi går med i rehabiliteringsgarantin, för det är också, det är ett avtal, men då måste varje landsting besluta att gå med, så att det är ändå en viktig signal ut i verksamheten.”

I fråga om hur långt landstinget kommit i arbetet med rehabiliteringsgarantin ansåg båda att de hade kommit en bit på väg men att det fanns arbete kvar att göra. De huvudsakliga anledningarna till detta var enligt beställarchefen att det inte finns några snabba lösningar inom vården och att förändringsarbete tar tid:

”Inom hälso- och sjukvård så finns det inga ”quick fix” lösningar ... och det här är en ganska stor förändring, att gå från ett reaktivt arbetssätt till ett proaktivt ... parallellt med alla andra krav som finns då.”

Processledaren framhöll primärvårdens begränsade ekonomi och vårdvalet som de huvudsakliga anledningarna till att landstinget inte hade kommit längre:

”De flesta vårdcentralerna fick bromsa in. Det var planerat en extra satsning ursprungligen i psykosocial kompetens 2009, men den drogs in på grund av ekonomin. Och sedan är det också, att i vårdvalet.”

I fråga om vilka strategier som hade använts för att fördela de ekonomiska medlen som rekviderats från Försäkringskassan svarade beställarchefen att medel gått till projektorganisationen, kompetensutveckling och producerande verksamheter:

”Förutom då själva att vi har betalat projektledningen och allt det där, så är det egentligen ekonomiska styrinstrument till de som faktiskt producerar och kompetensutvecklingen, det är de, projektledning, att man får betalt för att man faktiskt producerar och kompetensutveckling på KBT-sidan, det är väl, från början var det med också förstärkning på specialistsjukvårdssidan, men nu har vi, det är också som, nu får man betalt för det också per producerande enhet, så att man får det stödet ekonomiskt på samma sätt.”

Båda framhöll de ekonomiska incitamenten som en faktor som underlättat genomförandet av rehabiliteringsgarantin. Utöver det framhöll beställarchefen att primärvården fått ansvar för frågorna och att alla divisioner medverkat i arbetet:

”Sedan tror jag också har underlättat, att faktiskt primärvården fick ansvar för frågorna, eftersom de var största aktören i sjukskrivningshänseende, det tror jag. Sedan att vi har haft med alla divisioner i arbetet tror jag också har varit en förutsättning.”

Processledaren framhöll stödet från SKL, det tidigare arbetet med sjukskrivningsmiljarden, beslutet att ersättningen skulle till verksamheterna samt avtalet där behandlingskraven framgick som underlättande faktorer:

”Ja, SKL:s stöd har underlättat. Arbetet med sjukskrivningsmiljarden som var påbörjat innan har underlättat, så att frågan fanns på bordet. Att det är öronmärkta pengar som är avhängiga till produktion har underlättat, för att gjorde vi ingenting så fick vi inga pengar, så att det har varit en sporre. Det har också underlättat att vi tog beslutet om att producerande enheter får ta del utav ersättningen, det har blivit en liten morot.”

I fråga om vad som hade försvårat genomförandet av rehabiliteringsgarantin framhöll beställarchefen och processledaren olika faktorer. Beställarchefen kommenterade kort framförhållning i beslut som en försvårande faktor:

”Det är beskederna som kommer alldeles för sent... jag förstår att det är ganska knepigt att få fram, det ska förhandlas både hit och dit, det regeringen ska bestämma, så ska de förhandla med SKL och, ja, och innan det går ut till dem som faktiskt ska göra det, så ligger vi med dålig framförhållning. Just nu vet vi ingenting om 2012, vi vet inte om miljarden fortsätter, ja, det tycker jag har försvårat vår planering faktiskt.”

Processledaren framhöll en landstingsintern svårighet avseende inrapportering:

”Det som har försvårat, det är faktiskt då själva den här inrapporteringen, att man ska rapportera in alla behandlingar, man ska få in dem från verksamheterna, sammanställa, det tycker jag har varit väldigt, ja, svåra omständigheter. För att vi tog också ett beslut om att inte göra den datoriserad, eftersom vi inte visste hur länge det här skulle gälla. Och dessutom så finns det en viss trötthet ute i verksamheterna med att fylla i formulär eller vara med i olika register och sådant.”

I fråga om förändringar till följd av rehabiliteringsgarantin nämnde beställarchefen nyanställningar och teamarbetets inverkan för en mer proaktiv primärvård:

”Det här sättet att jobba på ett annorlunda sätt i rehabgarantin med teambaserad hantering, det tror jag har varit en jätteviktig del för att få primärvården åt det här proaktiva hållet.

Processledaren framhöll rehabiliteringens centrala plats i landstinget, fler utbildningar och tydligheten i att primärvården ges ansvar för en del av arbetet med psykisk ohälsa. För individerna var det framförallt ökad tillgänglighet:

”Då är det som sagt tillgängligheten, plus att vårdcentralerna har möjlighet att jobba samordnat och synkroniserat, som ska både förkorta patientens rehabilitering och göra den mer effektiv.”

Informationsmaterial som beskriver genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om vilket informationsmaterial som används eller har använt vid genomförandet av rehabiliteringsgarantin hänvisade beställarchefen till processledaren som i sin tur framhöll hemsidan för rehabiliteringsgarantin men också för sjukskrivningsprocessen. Informationskanalerna till varje division och besöken till de olika enheterna lyftes också fram. Merparten av materialet uppgavs vara egenproducerat:

”Det är mest egenproducerat. På hemsidan så har jag då, även då från alltså själva avtalet och SKL:s material och länkar till Försäkringskassans hemsida och så vidare, så att på det sättet använder vi, annars är det egenproducerat ... egentligen har jag ändrat hela tiden informationsmaterialet, anpassat den för varje enhet.”

Materialet beskrevs av processledaren som viktigt, parallellt med personliga kontakter:

”Jag tror att det är väldigt svårt att nå verksamheten bara genom en hemsida eller skrivet material, utan väldigt mycket bygger på att ta kontakt med verksamhetschefen allra först, och alltid få en förankring med cheferna. Men sedan också då att nå direkt dem som är behandlare.”

I fråga om informationen varit tillräcklig för arbetet med rehabiliteringsgarantin uppgav båda att så var fallet. Beställarchefen beskrev sig vara väl underrättad och processledaren likaså genom bland annat SKL:s sida samt genom erfarenhetsutbyten med andra landsting:

Kommunikations- och beslutsstrukturer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om hur det gick till när landstinget fattade beslut om att genomföra rehabiliteringsgarantin fanns en samstämmighet i erhållna svar även om processledaren gav en mer detaljerad bild av processen där divisionschefen för primärvården anställde en projektledare (processledare) att ingå i samma styrgrupp som sjukskrivningsmiljarden, arbetet presenterades av projektledaren till hälso- och sjukvårdsledningen, sedan togs frågan i landstingsledningen och arbetet var igång. Rapportering till politikerna skedde och sker idag via landstingsdirektörens rapport:

”När frågan om rehabgarantin kom, så blev jag kontaktad av divisionschefen då i primärvården och blev anställd... Sedan var jag och presenterade frågan i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp, som är alltså den högsta ledningsgruppen tjänstemannamässigt, och det var någon gång i november. Och fick då direktiv, alltså hur ska jag jobba vidare. Sedan togs frågan i landstingsstyrelsen som sagt, i början på 2009. Sedan har vi haft hela tiden en styrgrupp.”

I fråga om hur beslut idag fattas avseende rehabiliteringsgarantin gav beställarchefen en detaljerad beskrivning kring hela beslutsprocessen och processledaren gav en mer schematisk bild där det framgick att styrgruppen fattar beslut som rör verksamhetsfrågor medan frågor som rör ekonomi fattas av en grupp på högsta ledningsnivå:

”Det är styrgruppen som ska fatta besluten som berör egentligen verksamhetsfrågor. Däremot när det gäller ekonomin, så finns det idag en speciell grupp, där den högsta landstingsledningen sitter.”

I fråga om det egna beslutsutrymmet framhöll båda att det var stort inom ramen för uppdraget. Båda framförde även möjligheten att påverka beslut – för beställarchefens del genom deltagande i styrgrupp och för processledarens del genom samarbete och förankring:

”Det syns att jag är den som driver frågan rätt självständigt, men jag vill förstås förankra och kolla upp att det är i linje med det ... man kan säga inriktningsbeslut som finns. Så att det gör jag, dels då förstås med styrgruppen, och framför allt då styrgruppsordförande, men även då i stort, alltså att det håller den linjen.”

I fråga om stödstrukturer i arbetet med rehabiliteringsgarantin kommenterade beställarchefen och processledaren olika strukturer. Beställarchefen kommenterade övergripande strukturer i form av SKL:s nätverk, landstingets projektledare (processledare), försäkringsmedicinska kommittén, landstingsstyrgruppen samt en styrgrupp där Försäkringskassan deltagit. Processledaren framhöll stödstrukturer vilka hade använts i det dagliga arbetet med rehabiliteringsgarantin som hjälp med bokföring. Vidare påtalades fördelarna med att tillhöra en liten organisation och en egen utvecklingsenhet vilket hade erbjudit ett nätverk av projektledare. Även stödet från SKL kommenterades:

”När det gäller ekonomi, så får vi hjälp med att följa, alltså bokföring helt enkelt, vad som bokförs på respektive kostnadsställen. Och när det gäller, ja, utvecklingsarbete, så hör vi till en utvecklingsenhet, där det finns många projektledare, alltså inom primärvården, och där har vi då en chef som kan stötta med vissa frågor då, om jag känner att jag behöver det stödet. SKL kommer både med sina nyhetsbrev och har sin hemsida, telefonkontakter och så vidare, så att jag tycker att vi har jättebra stöd från SKL.”

Det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin

Rörande det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin framhöll båda vikten av fortsatt arbete med certifiering av vårdcentraler. Beställarchefen kommenterade vikten av att fortsätta bygga ut den psykosociala kompetensen i primärvården och tillsättandet av fler koordinatörer:

”Vi måste klara av att få alla vårdcentraler certifierade, det är det ena. Bygga färdigt psykosocial kompetens i primärvård. Inte minst på KBT-sidan. Det är väl de två tunga delarna, plus, och ett sätt, det kanske är mer ett genomförandetänk, men koordinatörer på alla vårdcentraler.”

Processledaren lyfte fram vikten av att fortsätta identifiera patienter tidigt och att knyta ihop sjukskrivningsprocessen med rehabiliteringsprocessen:

”Ja, det är ... fortsatt arbete med att identifiera patienterna tidigt och ge tidigt rätt hjälp, det är nog det som, och sedan ... också det här som vi hela tiden jobbar med, att knyta ihop sjukskrivningsprocessen och rehabiliteringen.”

I fråga om behov av stöd i det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin framkom ett gemensamt behov av fortsatt ekonomiskt stöd:

”Om vi säger fortsatt ekonomiskt incitament i området, ett par tre år till tror jag, som stöd för att få de där tre grejorna på plats, det tror jag är en förutsättning för att lyckas hela vägen i den här frågan.”

Beställarchefen lyfte även upp behov av att sammanföra incitamentsystemet för sjukskrivning och rehabiliteringsgarantin, möjligheten att fortsätta ett par år till, vilket även processledaren framhöll tillsammans med förbättrad kvalitet i de medicinska underlagen:

”Incitamentsystemet på både sjukskrivning och rehabgarantin bör plockas ihop. Det är det ena. Det andra är att vi vill att det fortsätter ett par år till, för att säkra, för vi är inte i mål med alla frågor. Och sedan vill vi att, för ett stort bekymmer är kvaliteten på de medicinska underlagen i samband med sjukskrivningarna, och där vill vi ha en skarp feedback, inte några stickprovskontroller som vi har idag då för ... som grund för ekonomisk ersättning. Vi får bara en länssiffra, så här ligger Landsting D. Och vi kan inte agera på det, vi vill veta det per vårdcentral, så vi vet vilka som sköter sig bra respektive dåligt, så att vi kan jobba vidare med dem som inte har så bra resultat.

Utöver öronmärkta medel kommenterade processledaren fortsatt behov av stöd från SKL, nätverket samt tydlighet om vilka krav som gäller från landstinget:

”Ja, det är förstås fortsatt stöd från SKL och nätverk med andra projektledare, det är ett väldigt viktigt stöd. Sedan från landstingsledningen så skulle jag vilja ha det stödet, att man är tydligare i att det här kommer att krävas av alla enheter, just till exempel med psykosocial kompetens, att man blir tydlig i det, vilka krav ställer man på vårdcentraler. Så att det inte är fritt valt arbete att ha en kurator eller inte, utan att det blir krav på det.”

I fråga om rehabiliteringsgarantin har varit en satsning värt insatsen uppgav båda att så var fallet. Båda underströk att effektutvärderingarna som har gjorts innefattar den grupp av individer som har varit sjukskrivna under många år och legat längst från arbetsmarknaden:

”När man började, så började man bak i svansen, med dem som hade en lång historia. Och det innebär att resultatet, för man kan inte trola, ska man trola, då ska man göra det i den andra änden, nämligen i ett tidigt skede. Och därför så tror jag, att om man skulle göra en ny utvärdering när tåget har svängt och pengarna sker i framkant, så tror jag att man får en helt annan bild.”

Landsting D: klinik- och verksamhetsrepresentanter/vårdenheter

Syfte med rehabiliteringsgarantin

I fråga om hur verksamhetsrepresentanterna uppfattade syftet med rehabiliteringsgarantin uppgav de en samstämmig bild om att det gällde att ge personer med långvarig smärta adekvat och effektiv rehabilitering i ett tidigt skede för på så sätt att öka möjligheterna till snabba återgång i yrkesliv. Syftet beskrevs vara viktigt och prioriterat:

”Ja, vi tycker att det har varit jättebra att man har lyft det och velat göra någonting åt det. Och för vår del här i Landsting D så har det inneburit att vi har skapat en mycket bättre struktur, en helt annan rehabiliteringsprocess för den här gruppen patienter, men att det tar tid.”

De flesta framhöll att syftet var realistiskt, emellertid ifrågasatte en verksamhetsrepresentant realismen i att kunna åstadkomma resultat inom de satta tidsramarna:

”Att man förväntar sig snabba resultat i förhållande till vad som är möjligt. Vi som arbetar med den här gruppen. Ja, det kan jag väl säga, så en viss realism då i tidsperspektiven, ja, om man nu ska hårdra det.”

Gällande det evidensbaserade metoder som anges inom rehabiliteringsgarantin framhöll samtliga att arbetet inom vården skall baseras på evidensbaserade metoder:

”Jag tycker att det är bra, utifrån att man utgår från evidens. Och det är ju, vi utgår från vårt arbete, så det är inga konstigheter. Det är solklart att vi ska följa den senaste forskningen, senaste rönen, det som det finns evidens för, definitivt.”

En verksamhetsrepresentant lyfte även perspektivet om andra metoder inom fältet för psykisk ohälsa som kunde vara framgångsrika men att de ännu inte hade forskats tillräckligt på:

”KBT är också en metod som har kommit mycket i ropet, som på senare år, egentligen efter SBU-rapporten så kom det. Och det finns andra terapier som också är effektiva, men de är inte bevisade effektiva på samma sätt.”

I fråga om vinster med rehabiliteringsgarantin framhöll samtliga att det förekom vinster både i verksamheterna och för individerna. Medlen beskrevs möjliggöra kompetensutveckling och skapandet av struktur för omhändertagandet av de aktuella grupperna i verksamheterna:

”Vi har skapat rutiner att alla gör likadant avseende just rehabilitering, uppföljning och så vidare. Helt enkelt så har man sett över processen, och på sikt, i och med att vi har fått en bra rehabprocess, en bra samverkan mellan primärvård och specialistsjukvård, så gynnar det i slutänden patienten.”

På individnivå framhöll flera verksamhetsrepresentanter tidigare och förbättrande insatser:

”Ja, de får tidigare och snabbare och bevisat effektiva insatser, det är väl den vinst som är ... de slussas in i en struktur, det är väl den stora vinsten. Man kan säga vad ska hända sedan.”

Genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Samtliga uppgav att verksamheternas förutsättningar att genomföra rehabiliteringsgarantin varit goda, framförallt med hänvisning till tidigare erfarenheter av liknande arbete:

”Ja, jag tycker vi har bra förutsättningar att genomföra rehabilitering inom ramen för rehabgarantin. Det är någonting som vi utförde redan innan det här kom, så att vi har väl egentligen spetsat vår utbildning om igen, sett över processen, förändrat upplägget ytterligare till fördel för patienten.”

I fråga om kompetens framförde en verksamhetsrepresentant att de sedan tidigare utbildat sin personal i KBT och att de var väl rustade, en annan verksamhetsrepresentant hade också en samlad arbetsstyrka bestående av alla personalkategorier varför behov av särskilda kompetensinsatser inte förelåg. En tredje verksamhetsrepresentant fick initialt personalförstärkning av psykolog och arbetsterapeut och uppgav att det fortfarande fanns behov av ytterligare förstärkning av psykolog och socionom.

”Initialt så fick vi förstärkningar för att kunna jobba upp det här. På vår enhet hade vi förstärkning av arbetsterapeut, vi har kunnat anställa psykolog, vilket faktiskt är en, jag höll på att säga förutsättning ... det finns större behov av psykolog och socionom och kurator.”

De lokalmässiga förutsättningarna att genomföra rehabiliteringsgarantin beskrevs av samtliga som goda. I fråga om remissunderlaget beskrevs det inom barn- och ungdomspsykiatrien finnas en stor grupp ungdomar med skolproblem och ångest. Övriga verksamhetsrepresentanter beskrev remissunderlaget även inom vuxenvården som stort. Vid en verksamhet beskrevs att underlaget varit mindre än förväntat och ytterligare en framhöll att patientflödet varierat över tid:

”Remissunderlaget har från början varit, ja, det har varit lite fluktuerande mellan åren. Jag tror vi hade mest, mest remisser och mest antal patienter 2009. 2010 har det varit en tydlig minskning märker vi. Och sedan, nu tycker vi att vi kan se en liten trend upp igen.”

Inga större förändringar till följd av rehabiliteringsgarantin beskrevs ha skett inom barn och ungdomspsykiatrien, men i de övriga verksamheterna kommenterades flera förändringar. Verksamhetsrepresentanterna framhöll olikartade förändringar för sina verksamheter däribland skapandet av en tidsram för rehabilitering, inplanerade möten för teamen, nyanställningar och kompetensutveckling inom KBT. Även skapandet av koordinatörer samt anställandet av socionomer inom primärvården beskrevs som genomförda förändringar.

I fråga om en handlingsplan för genomförandet av rehabiliteringsgarantin nämnde en verksamhetsrepresentant att det fanns. Övriga uppgav att ingen handlingsplan fanns och inte heller andra styr- eller strategidokument som direkt rörde rehabiliteringsgarantin. Den verksamhetsrepresentant som hade en handlingsplan för genomförandet av rehabiliteringsgarantin hade också andra styrdokument, men då kopplat till ledningssystem för sjukskrivning. De aktuella dokumenten beskrevs som kända och implementerade i verksamheten:

”Ja, det är så här att, som dokument betraktat så är de värda precis, ja, papperet och trycksvärta, utan det är hur man använder dem, och hur pass väl kända de är och hur pass implementerade de är. Och de är väl kända och implementerade.”

I fråga om hur långt verksamhetsrepresentanterna ansåg att de hade kommit i arbetet med rehabiliteringsgarantin fanns en samstämmighet i att de hade kommit långt. Hälften ansåg att de hade kommit längre än förväntat och den andra hälften som de hade förväntat. De huvudsakliga skäl som uppgavs till att man inte hade kommit längre än förväntat var att det tar tid att ändra attityder och arbetssätt:

”Nej, men det, det tar tid att svänga skutan. Framför allt så tar det tid att ändra attityder och sätt att arbeta. Det är mycket lättare att införa en ny maskin eller något sådant, för det går på en gång. Men att förändra folks tänkesätt, jag hade förväntat mig att det skulle ta två år, och det har tagit ungefär två år. Och nu börjar vi se frukterna av det själva.”

Huvudsakliga skäl som uppgavs till att man hade kommit längre än förväntat var ett väl fungerande samarbete mellan specialist- och primärvård, införandet av koordinatörer och en driven projektledare:

”Därför att samarbetet med primärvården tidigare var väldigt trögt. Och med hjälp av de här koordinatörerna och att vi har haft en projektledare, som verkligen har varit drivande i det här, så tycker jag att vi har kommit längre än förväntat. Och jag ser en förändringsvilja, vilja till att göra någonting bra utav det.”

I fråga om hur stor ersättning verksamheterna har fått per patient varierade ersättningsnivåerna. En verksamhetsrepresentant hade inte fått några medel tilldelat sin verksamhet, en annan verksamhetsrepresentant hade fått utvecklingspengar tilldelat sin verksamhet samt 20 000 kr per behandlad patient vilket sänkts till 10 000 kr. En annan verksamhetsrepresentant hade fått medel till nyanställningar och nämnde även att 20 000 kr utgått till primärvården och 10 000 kr till specialistvården för varje slutförd behandling. Ytterligare en beskrivning av ersättningen visade att MMR hade gett 20 000 kr och KBT hade gett 5000 kr per slutförd behandling.

I fråga om vad som underlättat genomförandet av rehabiliteringsgarantin framhöll de flesta verksamhetsrepresentanter betydelsen av team, och tidigare kompetens inom verksamheten lyftes fram av flera. Några framhöll även vikten av tydlighet i rehabiliteringens betydelsegrad, den ekonomiska ersättningen, remisskriterier, rehabiliteringskoordinator samt att man som chef hade varit pådrivande:

”Internt så har det väl framför allt varit att vi hade en teamstruktur redan från början ... rehabkoordinator... plus naturligtvis att jag som chef har varit pådrivande i det här, och tidigt ute.”

I fråga om vilka omständigheter som försvårat genomförandet av rehabiliteringsgarantin lyfte samtliga verksamhetsrepresentanter upp olika faktorer. En verksamhetsrepresentant framhöll det stora flödet av patienter och den ständigt växande gruppen barn och ungdomar som mår dåligt. En annan kommenterade de förändrade sjukreglerna som försvårat arbetet och en tredje stelheten i strukturen och i personers tankesätt. En ytterligare försvårande faktor beskrevs vara svårigheten att få utrymme till en sammanhållen vård:

”När det är mycket annat vi har att göra, och så att få in den här, det sammanhållna programmet för en person, kan vara ett hinder då när det är mycket annat.”

I fråga om förändringar till följd av rehabiliteringsgarantin nämnde flera att förändringar genomförts på olika nivåer. Däremot tog de var för sig upp olika aspekter. I landstinget hade de ekonomiska medlen möjliggjort organisatoriska förändringar, satsningar på kompetens, koordinatörer och team ute i verksamheterna samt skapandet av struktur i rehabiliteringsarbetet. Fokus hade hamnat på behandling. Det framkom att patienterna kunde erbjudas en mer sammanhållen vårdkedja med tydligare fokus i processen:

”Ja, det är att det har blivit lite mer struktur, tidigare har det varit lättare att teamet har bestämt att nu ska vi ha den här personen, ta tillbaka den några gånger för fortsatt rehab, och nu har det blivit mera uppstyrt, det här med tidsramar och så, och det är av godo oftast, att man bestämmer någon sorts ram ... generellt tror jag att det är bättre, det blir ett större driv i rehabprocessen.”

Informationsmaterial som beskriver genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om vilket informationsmaterial som används eller har använts vid genomförandet av rehabiliteringsgarantin gav verksamhetsrepresentanternas utsagor en bild av att det var information som fanns på intranätet, vilket omfattade både landstingets eget material och material från SKL. Därtill framhöll flera verksamhetsrepresentanter information som muntligen gavs av processledaren samt landstingets riktlinjer för arbetet med rehabiliteringsgarantin. Det fanns inget egenproducerat material som avsåg genomförandet av rehabiliteringsgarantin, inget material kunde lyftas fram som särskilt användbart. I fråga om informationen varit tillräcklig för arbetet med rehabiliteringsgarantin svarade samtliga att så var fallet. En verksamhetsrepresentant uppgav att informationsflödet varit alltför omfattande:

”Ja, definitivt [både SKL och landstinget] Ja, det tycker jag, det är nästan åt andra hållet, att det blir periodvis jättemycket information, så jag får dra ut luntor och läsa och stryka under för att, ja, vad är det här nu, så att jag skulle nog säga tvärtom, det kommer jättemycket information.”

Kommunikations- och beslutsstrukturer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om hur landstinget fattade beslut om att genomföra rehabiliteringsgarantin uppgav flera att beslutet kom från landstingsledningen och att processledaren därefter fick i uppdrag att leda arbetet:

”Jag tror inte att direktören är ensam om att fatta ett sådant beslut. Utan det är landstingsstyrelsen gissar jag, gissar jag spontant.”

I fråga om hur beslut idag fattas avseende rehabiliteringsgarantin framkom att det på landstingsnivå finns en styrgrupp, men en verksamhetsrepresentant framhöll att rehabiliteringsgarantin redan var implementerad och att inga större beslut behövde fattas:

”På landstingsnivå, ja, det ... landstinget på sin övergripande, och de har i princip gjort sitt i det här sammanhanget. Rehabgarantin är implementerad, och då ska de inte göra så mycket mer.”

På verksamhetsnivå framkom olika beskrivningar av hur beslut fattades. En verksamhetsrepresentant beskrev sig vara var delaktig i besluten genom sin medverkan i teamen och en annan var inte delaktig i beslut rörande rehabiliteringsgarantin:

”Ja, de beslut som fattas på verksamhetsnivå, det är mer av praktisk art ... där är inte jag som chef inblandad. Utan som chef är jag framför allt inblandad i att se till att strukturen vidmakthålls.”

I fråga om hur beslutsutrymmet såg ut uppgav samtliga att beslutsutrymmet var stort i den egna verksamheten. Flera verksamhetsrepresentanter framhöll att det var begränsat gällande mer övergripande frågor:

”Ja, alltså de enda beslut vi kan fatta, det är det som rör vår rehabilitering, och innehållet i den, och där har vi stor möjlighet att påverka, om det faller inom ramen, men det är inga konstigheter. Sedan vad gäller större beslut, så är jag inte med och fattar dem, utan de sker på en annan nivå så att säga, så att det har jag inte.”

I fråga om vilka stödstrukturer verksamhetsrepresentanterna använder sig av tog flera upp kontakten med processledaren. Därutöver framkom även att styrgruppen, nätverken och sjuk-

skrivningskommittén utgjort viktiga stödstrukturer. Endast en verksamhetsrepresentant uppgav att inga stödstrukturer nyttjades:

”Nej, det vet jag inte, inte något som är påtänkt, utan något speciellt, eller ... jag vet vart jag kan gå in och söka om jag behöver det, på landstingets sida. Och vem jag kan ringa till.”

Det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin

I fråga om det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin framhöll samtliga vikten av att arbetet fortgår så att strukturen vidhålls och blir en naturlig del i arbetet. Flera verksamhetsrepresentanter lyfte fram att inga större förändringar fanns inplanerade:

”För oss handlar det mer om att landa i de förändringar vi har gjort, och arbeta på, och få arbetsro att arbeta på det här sättet vi har startat. Och egentligen skruva och finslipa mer än att göra stora förändringar.”

En verksamhetsrepresentant lyfte fram behovet att komma åt läkemedelsförskrivningen som låg som ett hinder för rehabiliteringen:

”Det är att komma åt värktablettförskrivningen. För det ser vi att där behöver vi, den ligger i vägen för rehabiliteringen, det passiviserar och kröker in värken i sig själv på ett sätt som är ganska svårhanterligt. Och där ligger vi fel i vården, vi har en ganska hög förskrivning av värktabletter.”

Angående arbetet med kvalitetssäkring framkom olika satsningar i de olika verksamheterna däribland en inplanerad diskussion vid nästa planeringsdag kring tid till utredning kontra behandling, fortsatt anslutning till nationella smärtregistret och smärtbarometern samt försök till olika kvalitetscertifieringar:

”Ja, vi har hållit på länge med att kvalitetssäkra våra processer. Och är nära, alltså om vi nu skulle vilja få en stämpel på det, en ISO-certifiering eller en KARF-ackreditering Och för att ... och det är egentligen KARF nu som vi har beslutat oss för inom rehabmedicin.”

Beträffande behov av stöd i det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin lyfte verksamhetsrepresentanterna upp olika behov – exempelvis möjligheten att få fortsätta vara de som sprider kunskap, fortsatt information, behov av fler socionomer i verksamheten, fortsatt finansiering av rehabiliteringskoordinator samt fortsatt kompetensutveckling:

”Det behövs fortgående utbildningar, det behövs fortgående uppmuntringar, det är också någonting som behöver arbetas mera med, för att vi är inte fullärda på något sätt någon utav oss, det kommer hela tiden ny kunskap.”

I fråga om rehabiliteringsgarantin har varit en satsning värt insatsen uppgav samtliga att så var fallet. En verksamhetsrepresentant framhöll trubbigheten i resultatmåttan då man endast hade tittat på återgång i arbetet:

”Jag tror inte att man kan förvänta sig från ett år till annat nästan att se resultat till arbetslivet. Jag tror att skulle man se på den, ja typ hälsorelaterade livskvaliteten, delaktigheten, alltså ökad aktivitet och delaktighet i sin vardag, så tror jag definitivt man skulle se tydliga resultat. Vad gäller tilltron att kunna hantera sin situation och sina besvär tror jag definitivt, vet jag ökar.”

En annan verksamhetsrepresentant framhöll vikten av att utvärdera gruppen som nyligen sjukskrivits och som hade fått ta del av rehabilitering:

”Jag tror att om man utvärderar det på ett annat sätt, och tittade på dem som inte har varit sjukskrivna förut, och som får del utav den här, så tror jag att det skulle se annorlunda ut.”

Landsting E: hälso- och sjukvårdsdirektör³ och processledare

Syfte med rehabiliteringsgarantin

Processledaren beskrev att syftet med rehabiliteringsgarantin kretsade kring att ge adekvat rehabilitering till två stora grupper av sjukskrivna för att i nästa steg få dem i arbete. Frågan beskrevs som både viktig och prioriterad inom landstinget:

”Vi hade satsat på smärtrehab redan innan rehabgarantin kom ... så att vi fortsatte liksom på den banan. Men samtidigt så blev det väldigt tydligt då, att MMR bedrevs och kunde, och i stort sett fortfarande, bara bedrivs inom specialistvården, det var där vi hade resurserna, det var där vi hade byggt upp.”

Däremot fanns diskussioner om syftets tydlighet inom landstinget då återrapporteringen saknade frågor om arbetsåtergång:

”Alltså det var inte tydligt, uppföljningen stämde inte riktigt överens med syftet ... vi gjorde det som krävdes av oss, inte mer. Alltså då tänker jag på återrapportering till kassan då. Och där fanns inga frågor om återgång i arbete, eller effekt.”

Det förekom också diskussioner om syftet var realistiskt då sjukvården har svårt att följa upp om individerna återgår i arbetet:

”Alltså realistiskt, det är ett väldigt tufft mål, att ha som mål återgång i arbete, när vi egentligen, alltså som vårdgivare då har ganska svårt att påverka arbetsmarknaden, och vi har dessutom ganska svårt att följa upp om patienterna börjar jobba eller inte.”

Rimligheten i syftet att ha återgång i arbetet som primärt effektmått kommenterades också:

”Sedan kan man fundera på det här, den första frågan här, om det var ett rimligt syfte eller mål med rehabgarantin, och att ha kvar då återgång i arbete som någon sorts primär effektvariabel, tveksamt, mycket tveksamt. Fast å andra sidan så är det ändå på något sätt det som är liksom det slutliga målet, att människor ska komma till egen försörjning och känna det här att behövas och betyda något och så. Jag är också väldigt kliven till det.”

Processledaren lyfte fram att en diskussion funnits inom landstinget avseende de evidensbaserade metoder som rehabiliteringsgarantin med anledning av att staten anger behandlingsmetoder med begränsad evidens och att effekterna inte följdes upp. Gällande frågan om vinster med rehabiliteringsgarantin framhöll processledaren vinster på landsting- och verksamhetsnivå i form av att frågan började diskuteras på ett nytt sätt och att rehabiliteringsgarantin uppfattades som en förlängning av sjukskrivningsmiljarden med utpekade åtgärder och extra tillsatta resurser. Processledaren framhöll även vinsterna för individerna genom en mer medveten vårdpersonal:

”Vi började prata på ett annat sätt i vården om de här problemen. Och sedan så kom då rehabgarantin ... så rehabgarantin var på något sätt, det var insatserna här, det var det som skulle göras. Så det kändes ändå som en förlängning av sjukskrivningsmiljarden med åtgärder, utpekade åtgärder då ... alltså en ökad medvetenhet hos personalen, att det här är liksom problematiska områden, det är klart att det gynnar patienten också”

I fråga om tidigare erfarenheter av liknande satsningar i landstinget uppgav processledaren att han inte kände till det personligen. Däremot fanns erfarenhet av att ha arbetat med sjukskrivningsmiljarden vilket kunde användas i arbetet med rehabiliteringsgarantin:

”Jag jobbade med sjukskrivningsmiljarden sedan 2007, och det är klart att man kan fundera på, vad beklämmande det är att inte landstingen började jobba med den här frågan innan sjukskrivningsmiljarden kom. För

³ Bortfall. Ingen ersättare identifierades för intervjun.

är man väl ute och diskuterar, så inser alla, alla håller med om att det här är ett problem, läkarna tycker att det är jättesvårt med intyg och vad man ska göra med långtidssjukskrivna, men ändå så hände ingenting förrän staten pekade med hela handen och sade, att detta ska ni göra.”

Genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Processledaren framhöll att förutsättningarna att genomföra rehabiliteringsgarantin var goda inom specialistvården och psykiatrin vad gäller personal, kompetens och lokaler däremot beskrevs förutsättningarna som sämre i primärvården:

”Vi hade riggat smärtrehab på ett bra sätt. Och det var ju, det var precis det de gjorde, MMR, det var det de gjorde varje dag, kan man säga. Sedan ska man väl säga att, ja, KBT-behandlingar hade också ganska nyligen genomfört en utbildning inom psykiatrin. Så att förutsättningarna var ganska goda ... varken MMR eller KBT-behandling var vi särskilt rustade för att göra i primärvården.”

Kompetens beskrevs finnas för MMR på några vårdcentraler men det saknades struktur och arbetet hade enligt processledaren fortfarande inte riktigt kommit igång:

”Summa summarum, det är att vi inte har kommit igång särskilt bra över huvud taget när det gäller MMR i primärvården, där är vi fortfarande inte. Och vi hade också diskussioner, är det här över huvud taget en upp- gift som ska ligga i primärvården.”

Remissunderlaget i landstinget beskrevs som stort avseende individer till MMR, men att det fanns en förtroendebrist gentemot smärtrehabiliteringen inom primärvården:

”Det fanns en uppfattning ute i primärvården att, dels så var det långa köer till smärtrehab, och kom man in där så kom man aldrig ut därifrån. Det var liksom, och man raljerade över det här i primärvården, att det är fullständigt meningslöst att skicka dit någon, de blir bara sämre när de kommer dit där, för de letar alla fel. Så att vi försökte väl liksom upprätta på något sätt, eller återupprätta liksom förtroendet för smärtrehab. Och det visade sig att smärtrehab, de hade väldigt goda resultat om man jämförde med andra smärtrehab i riket.”

Remissunderlaget avseende individer till KBT beskrevs historiskt ha funnits inom psykiatrin då relevant kompetens inom primärvården saknats:

”Psykiatrin hade en del patienter som borde ha tagits hand om i primärvården, men som nu fanns i psykiatrin.”

Gällande större förändringar genomförda till följd av rehabiliteringsgarantin kommenterade processledaren utökning av tjänster vilka genererade ersättning, fler köp av tjänster och utbildningsinsatser:

”Vi gjorde mycket insatser som gav mycket pengar. Och det kan också vara lite negativt ibland, för då liksom tappar man lite grann moroten ... köpet av privata tjänster ökade ganska mycket i primärvården ... vi startade en utbildning, men det har alla gjort i stort sett mer eller mindre.”

I fråga om en handlingsplan för genomförandet av rehabiliteringsgarantin nämnde processledaren att detta saknas i landstinget, likaså andra styr- eller strategidokument avseende rehabiliteringsgarantin:

”Nej, det har vi nog egentligen inte haft. Det vi har haft, det var att vi upprättade en form av dokument som beskrev förutsättningarna för vårdgivarna, någon sorts Landsting E-variant av överenskommelsen. Dels vad som faktiskt står där, och vi lade inte till liksom mera krav, men det har blivit aktuellt egentligen senaste halvåret egentligen, kan man säga 2010, att följa upp effekter också.”

I fråga om hur långt processledaren ansåg att landstinget kommit i arbetet med rehabiliteringsgarantin fanns förväntningar om att de skulle ha kommit längre:

”Ja, det är svårt att säga, jag hade nog förväntat mig att vi skulle ha kommit längre. Inte minst ur den aspekten att vi införde hälsoval, och det kom till ett antal privata aktörer, och det fanns ganska mycket pengar att hämta, om inte något annat skulle vara en drivkraft, så borde pengar vara det.

Huvudsakliga anledningar till att landstinget inte hade kommit längre hängde delvis samman med skepsisen mot att rehabiliteringsgarantin placerats inom Vårdvalet och MMR beskrevs vara en för omfattande verksamhet att bedriva på samtliga vårdcentraler:

”Jag förespråkade, och det står jag fortfarande för, jag tycker att multimodal ... den här rehabgarantin ska ligga utanför hälsoval. Jag tycker att det är för omfattande insats, och dessutom så är det lite tokigt att ha saker i regelboken som vi sedan inte följer upp ... att starta upp små smärtrehabkliniker på varje vårdcentral, det tror jag blir svårt. Så att, ja, om frågan är hur långt vi har kommit, ja, politiskt har man nu sagt, att vi ska öka tillgängligheten i primärvården, och jag tror att det är svårt att genomföra.”

I fråga om vad som hade underlättat genomförandet av rehabiliteringsgarantin framhöll processledaren de ekonomiska incitamenten, att de verkar inom ett litet landsting, att de hade kartlagt gruppen sjukskrivna under många år och att redovisningskraven inte varit så hårda:

”Pengar. Men också att vi, vi har jobbat, det finns en historik i Landsting E, där man har jobbat ganska mycket med att försöka kartlägga de sjukskrivna. Vi har genomfört en sjukfallsinventering varje år under ... det var trettonde gången som det gjordes nu 2010 ... det underlättar att vi är ett litet landsting, det är lätt att nå ut med information och sådana här saker ... det underlättade att kraven för redovisning inte var så hårda.”

Gällande försvårade omständigheter för genomförandet av rehabiliteringsgarantin framhölls otydligheten i MMR och otydlighet från ledningshåll i landstinget:

”Ja, det som har försvårat arbetet, det är otydligheten i den multimodala rehabiliteringen. Det har försvårat. Ja, så kan man liksom, vart vi nog lite otydliga liksom från ledningshåll, att liksom tydliggöra att det här är en garanti.”

I fråga om förändringar till följd av rehabiliteringsgarantin nämnde processledaren att fler behandlingar hade genomförts och att det fanns en ökad tillgång till KBT men att det generellt hade varit en ganska avvaktande inställning inom landstinget:

”Om man då tittar på primärvården, eller alla egentligen, även slutenvården, är alltid lite så där tveksamma när det kommer den här typen av överenskommelse, hur länge kommer den att finnas kvar, och det här är bara tillfälliga pengar, Pettersson, säger de. Vad vill du att vi ska göra, ska vi dra igång en stor apparat här nu, och så försvinner det sedan om ett år. Så att det har funnits en liksom avvaktande inställning. Och jag tror man har mera liksom använt modellen att köpa in då tjänster ifrån privata, framför allt KBT-terapeuter.

Informationsmaterial som beskriver genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Processledaren uppgav att de främst använt sig av information från SKL med viss anpassning till landstinget. Inget material kunde nämnas som mer användbart än något annat:

”Vi körde den varianten, vi använde SKL:s material, det gjorde vi. Vi gjorde väl någon liten justering som passar oss bättre, men i stort sett använde vi det.”

Informationen beskrevs av processledaren ha varit tillräcklig för arbetet med rehabiliteringsgarantin:

”Ja, det tycker jag. Ja, det tycker jag. Alltså informationen från SKL, alltså de ... sedan att utformningen på själva överenskommelsen var lite luddig och lite så, men alltså informationen från SKL tycker jag ändå har varit tillräcklig.”

Kommunikations- och beslutsstrukturer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om hur det gick till när landstinget fattade beslut om att genomföra rehabiliteringsgarantin gav processledaren en bild av att frågan lades i den styrgrupp som redan fanns för sjukskrivningsmiljarden som bestod av representanter på olika nivåer från olika verksamhetsområden:

”Jag hade en styrgrupp kopplad till sjukskrivningsmiljarden. Och då blev det naturligt att använda den, och där fanns då landstingsdirektören och förvaltningscheferna, som vi hade på den tiden. Men den styrgruppen var också då, den var tillsammans med Försäkringskassan, så att egentligen så, rehabgarantin var egentligen någonting som var, berörde landstinget, medan sjukskrivningsmiljarden liksom hade vi mera tillsammans.”

I fråga om hur beslut idag fattas avseende rehabiliteringsgarantin uppgav processledaren att det fanns en processledare för sjukskrivningsmiljarden och en för rehabiliteringsgarantin. I fråga om beslutsutrymmet att påverka arbetet med rehabiliteringsgarantin framhöll processledaren att möjligheterna var goda:

”Jag hade nog ganska stora möjligheter att påverka, upplever jag det nog. Och kände också ett väldigt stort förtroende i styrgruppen, men det förtroendet baserades på att landstinget fick en massa pengar”.

Ansvarsområdet var enligt processledaren inte tydligt formulerat:

”Ja, det var nog inte så tydligt utpekat, utan det var nog mer så där, ta hand om sjukskrivningsmiljarden först när den kom, och sedan så blev det liksom, sjösätt på något sätt rehabgarantin, eller se till att det kommer igång och fungerar liksom.”

I fråga om vilka stödstrukturer processledaren använde sig av framhölls bland annat rehabiliteringsmedicinsk personal, försäkringsmedicinska kommittén och SKL:s processledarträffar:

”Men rehabgarantin, där har jag nog inte använt SKL alls egentligen. Men däremot så, så gjorde SKL den bra saken, att man hade processledarträffar, att man liksom, så att första dagen handlade om miljarden, och andra dagen handlade om rehabgarantin.”

Det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin

Processledaren underströk vikten av förtydliganden avseende om MMR ska bedrivas i primärvården, betydelsen av att bestämma om rehabiliteringsgarantin ska ingå i Vårdvalet och också bestämma hur utvärderingen av effekterna ska genomföras:

”Ska MMR bedrivas i primärvården, och i så fall, hur ska den vara utformad. Där måste vi bli tydligare. Och det är klart, att där måste vi ha hjälp också med definitionen. Och frågan är också, ska det ligga i grunduppdraget i hälsoval, eller ska det ligga utanför som ett tilläggsuppdrag. Där måste vi också liksom bestämma oss och sätta ner foten och säga, att så här gör vi nu ... något som vi måste göra, det är att bestämma, hur ska vi följa upp effekterna, alltså uppföljning av det.”

I fråga om behov av stöd i det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin kommenterade processledaren behovet av tydlighet från landstingsledning, system att följa upp effekterna, bättre samarbete med Försäkringskassan och metoder att säkra kvaliteten av den vård som bedrivs:

”Jag måste få tydlighet ifrån landstingsledningen, så här vill vi göra, den här vägen, det är det här som gäller. Det är framför allt det. Och, ja, sedan så med det så följer ett antal andra saker, jag menar, om det är så att vi ska följa upp på effekt ... säkra kvaliteten i det som vi gör mera tydligt och naturligtvis, samarbetet med Försäkringskassan.”

I fråga om rehabiliteringsgarantin har varit en satsning värt insatsen svarade processledaren att det definitivt har varit det:

”För landstinget F:s del, så har det definitivt varit det. Det har det gjort. Alltså det som jag tycker är bra är också, att man från statens sida åtminstone gör ett försök till att också etablera insatser, inte bara strama upp reglerna och säga, att nu är det arbetslinjen som gäller, utan att man åtminstone gör ett försök att liksom också ge hjälp, att vi vill hjälpa människor, så det tror jag är bra.”

Landsting E: klinik- och verksamhetsrepresentanter/vårdenheter

Syfte med rehabiliteringsgarantin

I fråga om hur verksamhetsrepresentanterna uppfattade syftet med rehabiliteringsgarantin uppgav de samstämmigt att det övergripande målet varit att minska sjukskrivningarna för två stora sjukskrivningsgrupper. Flera berörde även de behandlingsmetoder som omfattades av rehabiliteringsgarantin:

”Kunna ge rehabiliteringsinsatser som är multimodala. Sedan riktade man det mot psykisk ohälsa, lätt psykisk ohälsa, och generaliserad, eller långvarig smärta från axlar, nacke och rygg ... men syftet var att kunna erbjuda de här tvärvetenskapliga, tvärprofessionella insatserna som har beskrivits i SBU-rapporten från 2006, som sedan reviderades 2009... syftet var att fler skulle tillhandahållas de här insatserna för att man skulle korta tiden med sjukskrivning, och se om man kunde påverka återgång i arbete.”

Satsningens syfte beskrevs av flera som viktigt och realistiskt:

”Ja, det är väl ett jättebra mål, givetvis så tycker jag absolut att det är, för det är aldrig bra att människor går sjukskrivna och håller sig vid sidan om samhället, och inte kommer in, absolut det är jättebra, om det leder till önskat resultat.”

Merparten ansåg även att rehabiliteringsfrågan var prioriterad i verksamheterna. Ingen verksamhetsrepresentant beskrev syftet som tydligt. De flesta uppgav att det saknades tydlighet vad gäller vårdnivå, en verksamhetsrepresentant saknade även bakgrundsinformation och en tredje detaljer i innehåll och utformning:

”Det som inte var tydligt, det var själva, hur insatserna skulle erbjudas, hur de skulle kvalitetssäkras, hur de skulle följas upp och utvärderas, och det tycker jag fortfarande inte det finns någon klarhet i. Och inte heller på vilken vårdnivå man då tänker sig att det här skulle produceras.”

I fråga om hur verksamhetsrepresentanterna såg på de evidensbaserade metoder rehabiliteringsgarantin framkom en delad bild. En verksamhetsrepresentant framhöll att kraven för MMR var för höga, en annan framhöll att evidens saknades för varje yrkesprofessionens specifika arbete inom teamet även om själva insatsen var evidensbaserad. Två verksamhetsrepresentanter svarade att de valda metoderna var väl underbyggda varav en framhöll:

”De tycker jag är ganska väl grundade, eftersom de också har en grund i SBU:s rapport, och där det då är kartlagt.”

Rörande vinster med rehabiliteringsgarantin kommenterade samtliga förekomst av vinster för den enskilde individen, flera framhöll även minskade sjukskrivningar som en vinst för de enskilda individerna men också samhällsekonomiskt:

”Ja, det är så klart att de här patienterna kan komma tillbaka till ett normalt liv, om man nu kallar det så, och komma ut i samhället igen och förhoppningsvis må lite bättre. Det är den stora vinsten som vi ser, förutom givetvis samhällsvinsten då. Men människor som mår bättre, det är det som är vårt, det är det som är vårt mål med vårt arbete, att människor ska må bättre och kunna ha ett helt och fullt liv så gott man kan.”

Även vinster för de olika professionerna inom rehabiliteringsmedicin kommenterades:

”Vinst för professionen, att man inte står ensam med en patient. För det är många gånger det också som man kan göra ... att man känner att man har en trygghet att man är flera runt patienten, man jobbar tillsammans.”

I fråga om tidigare erfarenheter av liknande satsningar framhölls att projekt med fokus på teamarbete förekommit i några verksamheter och att dessa erfarenheter hade nu används i arbetet med rehabiliteringsgarantin:

”Ja, det var väl i så fall nu när vi satte oss ner och tittade på, vilka professioner ska vi ha in i detta, så bestämde vi att det ska vara distriktssjukgymnast, distriktsarbetsterapeut och från psykosociala teamet då. Och det var liksom ingen diskussion om.”

Genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om förutsättningarna att genomföra rehabiliteringsgarantin framhöll en majoritet att dessa varit goda vad gäller personal, kompetens, lokaler och ekonomi:

”Vi har alla förutsättningar för att uppfylla de kraven som finns. Och det gäller både när ... alltså omhändertagandet av patienter, från remiss till utskrivning, avstämningsmöten och kontakter, samverkan.”

En verksamhetsrepresentant var av annan åsikt och lyfte fram den initiala bristen på psykosocial kompetens och läkarbristen överlag vilken medfört att förutsättningarna för genomförandet av rehabiliteringsgarantin försämrats:

”Läkarbristen är en katastrof, att vi inte har kontinuitet, vi har ont om fasta läkare på båda våra vårdcentraler, sämre på den ena än på den andra. Det är oerhört viktigt för den enskilde personen, och det har vi inte. Och det är mycket dåligt.”

Samma verksamhetsrepresentant framhöll att de lokalmässiga förutsättningarna inte varit ändamålsenliga:

”Har aldrig funnits. Alltså vi har inte kunnat plocka in sjukgymnasterna på vårdcentralerna ... av tradition så har de suttit för sig och doktorerna på vårdcentralerna försöker hitta att de ska komma in i det. Vår psykolog som vi har haft i alla herrans år, sedan det började med ohälsan, har vi aldrig egentligen lyckats få in att vara en del av det och träffa doktorerna där, utan det är, vi remitterar, och sedan sker det lite kontakt, men det är inte den närheten.”

Remissunderlaget beskrevs av de flesta verksamhetsrepresentanter som konstant. En verksamhetsrepresentant menade att den pågående diskussionen mer hade handlat om gränsdragningen mellan vilka patienter som skulle omfattas av rehabiliteringsgarantin:

”Vi har ett stort patientunderlag i vanliga fall, men sedan gäller det att hitta patienterna, det är väl det som är. Att komma igång att tänka, att är det någon mer än jag som behöver träffa patienten, där behöver vi jobba mer. Och likadant, ja, att fånga patienten i ett tidigt skede, och hur ska vi fånga patienterna ... och sedan de här diskussionerna igen, vad är multimodalt och vad är inte multimodalt. Vilken patient kan vi säga att vi jobbar multimodalt och vilken inte då. Så vi stängas lite där.”

I fråga om större förändringar genomförda till följd av rehabiliteringsgarantin uppgav samtliga att inga större förändringar hade genomförts. En verksamhetsrepresentant nämnde framtagandet av ett material för MMR men att verksamheten i övrigt bedrevs som tidigare:

”Att vi har skrivit ett pm för hur vi ska kunna genomdriva det multimodalt ... det är väl det som är störst, sedan gäller det att komma igång.”

Gällande en handlingsplan för genomförandet av rehabiliteringsgarantin nämnde en verksamhetsrepresentant att deras verksamhet hade en utarbetad handlingsplan. Samma verksamhet hade även andra styr- och strategidokument vilka avsåg rehabiliteringsgarantin. Dessa dokument bedömdes som viktiga och beskrevs efterföljas i hög grad:

Ja, vi har handlingsplan, alltså processbeskrivningar utifrån hur det ska se ut, hur flödet ska verka ... det finns klara riktlinjer för hur du ska anmäla, ange, vilken, vem som ska göra de här registreringarna och på vilket sätt, och vilka patienter det ska omfatta, så det finns en tydlighet i det ju. Och det har vi, vi följer de centrala riktlinjerna, så det är vi väldigt noga med.”

De flesta saknade skriftlig handlingsplan och även andra styr- eller strategidokument gällande rehabiliteringsgarantin. En verksamhetsrepresentant menade att orsaken gick att finna i att Vårdvalet tagit mycket tid och kraft:

”Alltså införandet av vårdvalet i april 2010 har gått all energi åt att fixa till det, och få medarbetarna att förstå vad detta är. Sedan har vi satsat helt och hållet på tillgänglighet, kan jag säga ... sedan har jag inte varit positiv till koordinatörer ju, eller jag, vi har ingen sådan, jag har inte försökt i den, läkarna var väldigt negativa till att ha en koordinator, för vi begrep aldrig vad hon skulle göra.”

I fråga om hur långt verksamhetsrepresentanterna ansåg att de hade kommit i arbetet med rehabiliteringsgarantin fanns en delad bild – från väl utbyggda verksamheter utifrån rehabiliteringsgarantins intentioner, verksamheter som kommit en bit på vägen till dem som inte prioriterat frågan över huvud taget. Två verksamhetsrepresentanter uppgav att deras verksamhet redan före genomförandet gick in i arbetet med rehabiliteringsgarantin varför metoderna redan var väl inarbetade. En kommenterade faran med nedskärningar som eventuellt kunde ha hotat om rehabiliteringsgarantin inte genomförts:

”Rehabgarantin har gjort att vi inte har behövt reducera verksamhet, vilket kanske hade blivit aktuellt på grund av besparingar och så vidare. Och vi har kunnat freda den verksamheten och kunnat utveckla den, så på det sättet så, så tycker jag att vi har kommit längre, vi har kunnat behålla verksamhet som jag är väldigt osäker på om vi hade lyckats med annars.

I fråga om hur stor ersättning verksamheterna hade fått per patient uppgavs att ersättningen för MMR hade varit 30 000 kr och för KBT framkom viss osäkerhet men att spannet var mellan 10 000-15 000 kr. I fråga om vilka omständigheter som underlättat genomförandet av rehabiliteringsgarantin framhöll flera de ekonomiska incitamenten och gruppsamverkan. Därtill framhölls faktorer som vikten av en ledning som står bakom arbetet, processorganisationen och möjlighet att arbeta utifrån tillgänglig evidens:

”Ja, processorganisationen över huvud taget, absolut. Att jobba på det sättet, tydligt utifrån process, att ha teamkonstellationer som vi har. Att vi har möjlighet att jobba utifrån den evidens och de nya riktlinjer och de nya erfarenheterna som kommer.”

I fråga om vad som hade försvårat genomförandet av rehabiliteringsgarantin framkom flera faktorer. Två verksamhetsrepresentanter framhöll omorganiseringarna, otydligheten i vem som driver frågorna centralt i landstinget samt implementeringssvårigheterna inom primärvården som försvårande omständigheter. Den ene av dem framhöll svårigheten med att bedriva utvecklingsarbete under de förutsättningar som hade funnits i landstinget till följd av ”sönderslagningen” av förvaltningarna:

”Sönderslagningen av förvaltningen, ja, den är katastrofal, en katastrof. Ja, totalt sönderslagen, all kompetens. Det är borta ... som jag ser det, helt tappat kontakten med verksamheterna, byggt en mur kring direktörer, divisionschefer och kontakt med verksamhetscheferna. Så de har fråntagit verksamhetscheferna då väldigt mycket mandat. Och då har, även om primärvården har skött sig och alltihop, så har vi dragits med i denna sörja, som har funnits sedan 2000 alltså, och man har inte tagit i det politiskt, det är förfärligt.”

Två verksamhetsrepresentanter framhöll de svårigheter som Vårdvalet medfört då gruppbemödning för rehabiliteringspatienter prioriteras bort på grund av tidsbrist:

”Rehabilitering, både på primärvårds- och slutenvårdsnivå behöver lyftas och få mer fokus. Och i vårt landsting här med hälsovalsdelen, där man har inbyggd rehabilitering i hälsovalet, så fungerar det inte alls, utan det är rehabinsatserna som man reducerar i första hand som jag uppfattar det. Vilket är förödande.”

Även avsaknad av långsiktighet i beslutet om rehabiliteringsgarantin framkom som en försvårande faktor tillsammans med svårigheten att involvera all berörd personal:

”Ja, det är att få med alla. När man sitter i en arbetsgrupp och håller på, så då vet man vad det handlar om, man sätter sig in i det, men att få andra att tänka också, det här kanske är en multimodal patient, och hur gör jag med denna.”

I fråga om större förändringar till följd av rehabiliteringsgarantin ansåg de flesta att sådana inte genomförts. Några verksamhetsrepresentanter anförde tillökningen av KBT-kompetens och en antalet PTP-psykologer. En verksamhetsrepresentant framhöll att diskussionen om rehabilitering kommit igång inom landstinget och att man i verksamheterna tänkte man mer multimodalt. Gällande individperspektivet lyftes värdet av samlad kompetens genom grupp-samverkan:

”Ja, anställning av KBT-terapeut har skett efter detta. Och sedan att man börjar tänka multimodalt ... och för en del patienter så är bara det här fantastiskt, att det är fler än en yrkeskategori som bryr sig om mig.”

Informationsmaterial som beskriver genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om vilket informationsmaterial som används eller har använts vid genomförandet av rehabiliteringsgarantin gav verksamhetsrepresentanternas utsagor en bild av att information hade kommit dem tillkänna via landstingets processledare som utöver landstingets eget material vidarebefordrat information från SKL. Även träffar med processledaren och utbildningstillfällen lyftes fram som viktiga informationskanaler. De flesta uppgav att informationen hade varit tillräcklig för arbetet med rehabiliteringsgarantin. En verksamhetsrepresentant uppgav att den enda kommunikationskanal som funnits var direkt med SKL:

”Vi har inte fått någon information från landstinget, alltså den har jag själv tagit reda på eller varit del i. Men där har jag haft stöd ifrån tjänstemannasidan, att vara del i, att vara en part. Jag tror att en förutsättning för att jag skulle få information, är att jag har suttit med på de här centrala träffarna i Landsting A. Och de har varit ovärderliga. Det är svårt för processledning på tjänstemannanivå att föra ut den informationen och få den begriplig.”

Flera verksamhetsrepresentanter beskrev informationsflödet som stort och det fanns en önskan att få mer lättillgänglig och överskådlig information framöver:

”Kanske på lite mer lättillgängligt, visst det finns jättemycket skrivet, men på något övergripande, lättillgängligt sätt tror jag hade varit bra. För när man skickar ut detta till personalen i vården, så orkar de inte läsa tjugosex sidor finstilt om, ja, alla beslutsvägar och allting som står i sådana dokument, det är liksom inte det de tar till sig på det sättet, de vill veta vad de kan göra för sina patienter.”

Kommunikations- och beslutsstrukturer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om hur det gick till när landstinget fattade beslut om att genomföra rehabiliteringsgarantin fanns en samstämmighet i gången från att processledare anställdes för att driva arbetet. I fråga om hur beslut idag fattas avseende rehabiliteringsgarantin kunde verksamhetsrepresentanterna inte redogöra gången på landstingsnivå men uppgav att det i den egna verksamheten skedde arbetsgruppen i samråd med ledningsgruppen eller i ledningsgruppen. Verksamhetsrepresentanterna uppgav att beslutsutrymme fanns för det interna arbetet inom ramarna för verksamhetens budget:

”Alltså jag har de ramarna jag har, att använda vad vi tror är smartast för vår befolkning, som ger mest”

Större variation kan noteras vad gäller möjligheterna att påverka beslut där en verksamhetsrepresentant uppgav att detta saknades helt däremot fanns möjlighet att visa riktning och ge underlag för driften av verksamheten:

”Alltså jag kan inte, i min position kan inte jag påverka det, jag är ingen beslutsfattare, jag jobbar som sagt bara med att försöka förse, de har rätt underlag. Och tala om vad det är som gäller, och vad de ska tänka på, och lite så, men själva beslutet har jag inte någonting med faktiskt.”

En annan verksamhetsrepresentant beskrev möjligheterna att påverka beslut som stora:

”Jag har ganska stora möjligheter att påverka beslut, eftersom vi har byggt en processorganisation som vi har gjort på rehabkliniken. Vi har processledare ... och vi är också avdelningschefer, så att vi sitter med i samma ledningsgrupp och är också resursägare för våra respektive professioner. Och är det större beslut eller vi behöver förstärka eller diskutera resurser, så tar vi alltid upp det på ledningsnivå på vår klinik.”

I fråga om vilka stödstrukturer verksamhetsrepresentanterna använde sig av framhöll flera landstingets kontaktpersoner inom rehabiliteringsgarantin. Två verksamhetsrepresentanter kommenterade att stödet fanns internt inom verksamheten men i övrigt framkom en bild om avsaknad av landstingsövergripande stöd:

”Ja, det har varit den som har varit ansvarig på landstinget som har varit det nätverket vi har haft. Det har inte funnits något nätverk över länet eller någonting sådant, det har det inte gjort. Och inget mellan primärvård och slutenvård som vi har deltagit i heller, nej, nej.”

En verksamhetsrepresentant uppgav att förvaltningen tidigare hade fungerat som ett stort stöd utvecklingsarbetet men att stödet inte längre fanns kvar:

”Vi har ingen förvaltning längre, det hade vi tidigare, då hade vi dem som stöd och bollplank ... det är en oerhörd stor förlust att alla de här som vi har samverkat med i alla, alla år har försvunnit.”

Det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin

I fråga om det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin framhöll samtliga att arbetet bör fortgå. Det konkreta arbetet skiljde sig från en verksamhetsrepresentant vars mål var att hålla ”huvudet ovanför vattenytan” till verksamhetsrepresentanter som presenterade förbättringsförslag. En verksamhetsrepresentant planerade att påbörja en kartläggning av sjukskrivna samt genomföra arbetsförändringar vid en vårdcentral. Bättre kontinuitet på läkarsidan framhölls också i det fortsatta arbetet. En annan verksamhetsrepresentant såg i det fortsatta arbetet behov av att fånga upp alla presumtiva patienter samt att ha en aktiv dialog på gruppmöten:

”Det gäller för oss att hitta patienterna som vi säger. Patienterna finns, det tror vi att de gör. Men att vi också ska tänka, tänka lite mer runt helt och hållet. För att jag ska hitta den här patienten ... det är att på alla möten vi har, när det gäller de olika professionerna där då, att man då tar upp, hur ser det ut, har vi några patienter, eller har vi missat någon patient.”

En verksamhetsrepresentant framhöll utvecklingsmöjligheter på ett mer övergripande plan i det fortsatta arbetet som att rehabiliteringsgarantin borde lyftas bort från Vårdvalet, att de medicinska indikatorerna som är framtagna för MMR borde börja användas och att uppdraget tydliggörs:

”Jag tycker att man bör använda sig av de här medicinska indikationerna för MMR som nu är framtagna ... man måste lyfta ut rehabinsatserna från hälsovalet i Landsting E, för att det här ska kunna gå att realiseras ... det ska tydliggöras vem som har vilket uppdrag.”

När det gällde kvalitetssäkring framhöll en verksamhetsrepresentant det fortsatt arbete med rehabiliteringsplanen:

”Den kvalitetssäkring som vi har just nu, det är att vi ska göra rehabiliteringsplanen, och se till att den blir gjord, att den journalförs. Att alla kommer åt den, där har vi också diskuterat, hur lägger vi den, vem läggs den på, för de olika journalsystemen ser olika ut då.”

I fråga om behov av stöd i det fortsatta arbetet framhöll majoriteten behovet av att veta vad som kommer att gälla framöver samt att eftersträva långsiktighet i beslutet. I övrigt kommenterade verksamhetsrepresentanterna olika behov av stöd till exempel fortsatt stöd från processledare, studiebesök, kontakt med SKL och tjänstemän samt uppbyggnad av nätverk i länet:

”Ibland så tror jag att det hade varit bra att kunna ha någon, nätverk behöver inte träffas varje dag, behöver de inte göra, men kanske någon nätverksträff över länet där man liksom, hur de jobbar i det ena stället, och hur jobbar de på det andra, hur vi kan jobba, tänka tillsammans, hur vi kan tänka ute och inne, det tror jag inte hade varit helt fel faktiskt. Och att den nätverksträffen var folk som jobbade i verksamheten, inte bara chefer.”

I fråga om rehabiliteringsgarantin hade varit en satsning värt insatsen var alla eniga om att så var fallet. Det fanns även en stor enighet om att satsningen hade varit viktig för de enskilda individerna även om flera hade svårt att uttala sig om de exakta effekterna:

”Det är jättetråkigt, tycker jag, just med resultatet, att dels har man tittat på de första kvartalen när det handlar om implementeringsdelen, vilket är en jättebra synpunkt, för det förstår alla att det måste vara svårt. Och sedan är det synd att man inte har tittat på vad de här, var är det producerat någonstans, och vad har man då fått för resultat. Det här är en komplex behandlingsmetod, ett verktyg som kräver ganska mycket. Och det ser man också i det här medicinska underlaget ... eller de här indikationerna från MMR.

Landsting F: hälso- och sjukvårdsdirektör och processledare

Syfte med rehabiliteringsgarantin

Både hälso- och sjukvårdsdirektören och processledaren beskrev att syftet med rehabiliteringsgarantin var att de aktuella målgrupperna skulle få tillgång till rehabilitering baserat på evidensbaserade metoder. Hälso- och sjukvårdsdirektören uppfattade syftet som tydligt och detaljstyrt medan processledaren uppfattade syftet till viss del tydligt, men ottydligt när det gällde omsättning i praktiken:

”Jag tycker nog att det här, ja, alltså man kan kunde läsa sig till syftet självklart, och det gjorde vi ju. Och det är då att minska sjukskrivningar och öka evidensbaserad vård... men samtidigt så, det finns alltid en viss ottydlighet när ... med de här statliga satsningarna då, hur man ska omsätta det.”

Processledaren kommenterade inte syftet som realistiskt med hänvisning till att rehabilitering är en process som tar tid:

”Ja, nej men alltså, det kanske är lite svårigheter med sådana här statliga medel, att intentionen är väldigt god, att det ska minska sjukskrivningarna. Men jag som har jobbat med rehabilitering i flera decennier, både i produktion och på beställarsidan, så vet man att det är en långsiktig process.”

Hälso- och sjukvårdsdirektören framhöll att rehabiliteringsgarantin haft hög prioritet inom landstinget:

”Ja, det har högt, väldigt hög prioritering. Vi jobbar intensivt för att vi ska kunna erbjuda våra medborgare rehabilitering. Och vi har varit, hävdar jag, framgångsrika i det att vi har satsat både inom det projekt som hette Ögat tidigare, och nu inom rehabiliteringsgarantin.”

I fråga om hur de såg på de evidensbaserade metoder som rehabiliteringsgarantin angav framhöll båda behovet av vidare forskning då underlaget idag är otillräckligt. Hälso- och sjukvårdsdirektören betonade för undanträngning av vissa metoder genom att lyfta fram vissa:

”Risken är att man snarare får det som alltid brukar lyftas, att man får en undanträngningseffekt då på andra områden.”

Processledaren anförde risken med att dra för snabba slutsatser på ett för litet underlag men också den vinst som kommit av att fler metoder utanför det biomedicinska fältet beforskats:

”Men det är klart att någonstans måste man börja, så att jag ser det väl egentligen som att man överhuvudtaget lyfter rehabilitering, det tycker jag är väldigt bra med rehabiliteringsgarantin, för att sjukvården har så att säga ett historiskt biomedicinskt synsätt, så att på så sätt tycker jag att det är väldigt bra att man lyfter det här biopsykosociala omhändertagandet på ett annat sätt.”

I fråga om vinster med rehabiliteringsgarantin framhöll båda att frågan kring rehabilitering lyfts och att fler individer kunde erbjudas vård:

”Fokuseringen som då staten har bidragit med, så har det gett oss ökade incitament att faktiskt fortsätta att satsa ytterligare på rehabilitering.”

Processledaren framhöll att det hade varit en fördel att kunna påvisa för den alltmer splittrade primärvården att det fanns evidens för gruppbaserat omhändertagande. Samtidigt framhöll hon att landstinget intagit en återhållsam linje gentemot befolkningen då arbetet endast är i ett uppbyggnadsskede:

”Samtidigt har vi väl varit lite försiktiga också att gå ut med det här till befolkningen med patienterna, eftersom det här är i ett uppbyggnadsskede eller ett försöksskede eller hur ... vad vi ska kalla det för, för att inte skapa för höga förväntningar där... just nu så samlar vi erfarenheter för att se vad vi ska göra långsiktigt, så ser jag det hela.”

Gällande tidigare erfarenheter av liknande satsningar framhöll båda att flera olika projekt med olika karaktär och finansiering funnits inom landstinget:

”Ja, vi har haft spridda satsningar där, som har varit väldigt olika till sin karaktär och till sin omfattning och finansiering och så vidare.”

Genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Förutsättningar att genomföra rehabiliteringsgarantin beskrevs av båda som goda. Processledaren framhöll att förutsättningarna såg olika ut avseende de olika behandlingsformerna KBT och MMR men också utifrån den regi behandlingen bedrevs inom:

”När det gäller psykisk ohälsa tycker vi att vi har en relativt god kompetens av kognitiv beteendeterapi då på en viss nivå hos vårdgivarna. När det gäller MMR, så tror jag nog att det finns förutsättningar vad gäller det kompetensen men jag tror att våra beställningsmodeller och uppdrag gör det lite svårare här i Landsting F, eller ja, att så att säga bilda de här teamen, för vi har inte dem i samma uppdrag. Och nu pratar jag primärvård, för att på specialistvården har vi ett gott utbud, där finns det mycket kompetens så att säga.”

Gällande remissunderlaget uppgav hälso- och sjukvårdsdirektören exempel på en specialitet som under en period fick minskat antal remisser vilket tolkades som att primärvården hade hunnit bygga ut sin verksamhet. Dock ökade flödet igen och en omtolkning gjordes att det eventuellt endast hade handlat om kunskapsbrist:

”Periodvis kan jag säga, att vi hade under 2009 och 2010 ett visst minskat flöde till ett utav våra ryggsentra. Men ... det tolkade vi, ja, dels kan det naturligtvis vara så då att, vi tolkar det snarare som att man faktiskt hade inom vårdcentraler också byggt upp kompetens inom de här områdena, egen kompetens och så. Och vi ser idag att, nu börjar det komma ytterligare remiss, så det kanske var mer okunskap så att säga.”

I fråga om större förändringar genomförda till följd av rehabiliteringsgarantin framhöll hälso- och sjukvårdsdirektören de stora investeringar landstinget gjort för att få tillgång till medlen för rehabiliteringsgarantin:

”Jag kan konstatera att vi har lagt ner mångmiljonbelopp så att säga för att investera runt för att komma i åtnjutande utav rehabiliteringsgarantin ... precis det som regeringen ville att landstingen skulle stimuleras att investera för att så att säga på sikt så att säga ta över ansvaret själva, om man får uttrycka sig så.”

Processledaren lyfte dels fram förändringarna i inrapporteringen och dels de organisatoriska förutsättningarna för arbetet med rehabiliteringsgarantin, att arbetet skett i projektform med egen styrgrupp:

”Beslutade om att lägga in det i vårt vårdfakturasystem med olika taxikoder för att underlätta registreringar och identifiera patienterna, det underlättade för vårdgivarna att rapportera de här patienterna. Det gjorde nog det hela också lättare ... alltså just den här organisationen, att kunna då strategiskt planera för hur vi vill sprida modellen för multimodala team framför allt egentligen, för den är den svårare biten, att kunna lägga upp en strategi och få den godkänd så att säga, och också spridd på förvaltningen.

I fråga om handlingsplan för genomförandet av rehabiliteringsgarantin nämnde båda att en projektplan för ändamålet fanns inom landstinget:

”Alltså vi har vår projektplan då. Som vi har arbetat fram och fått godkänt av styrgruppen. Och där har vi ett antal mål som ska uppfyllas med olika strategier. Och det är då i linje med de övergripande målen från statens sida förstås, men också den här långsiktigheten hur vi ska göra framöver.”

Hälso- och sjukvårdsdirektören framhöll även att andra styr- och strategidokument fanns på olika nivåer inom landstinget:

”Ja, det finns en verksamhetsplan för hela förvaltningen och sedan för avdelningen och sådana saker och så, så att det bryts ner på så sätt också. Och där finns så att säga allt ifrån budgetdokument till landstinget centralt ner till de enheter hos oss då som ska realisera det, så finns det med.”

Projektplanen och styrdokumenterna beskrevs av båda som mycket viktiga:

”Ja, det tycker jag nog att det är. Alltså vårdavtalen, det är vår grund och vår, det är det vi kan relatera till när vi ... ja, för att ha resurser på specialistvårdsnivå. Och alltså planen, projektplanen för att gå vidare med garantin, det är den vi har brutit ner då i olika aktiviteter som vi jobbar med egentligen. Så att jag tycker att det är bra riktningdokument.”

I fråga om hur långt de ansåg att landstinget hade kommit i arbetet med rehabiliteringsgarantin fanns en samstämmighet i bilden om att de hade kommit ungefär så långt som förväntat. Hälso- och sjukvårdsdirektören framhöll att de höll sig till tidsplanen:

”Jag uppfattar att vi ligger ganska mycket på tidplan, ungefär som vi förväntar oss att arbetet ska löpa. Vi har vi har kunnat leverera vård till dem så att vi har kunnat ta del av de medel som vi hade tänkt oss att ta del av. Jag uppfattar att vi har gjort ett antal investeringar för framtiden ... det är inne i verksamhetsplanen alltså. Det är en del utav det som förvaltningen ska förverkliga.”

Båda uttryckte funderingar kring framtiden då de ekonomiska incitamenten inte längre skulle finnas kvar:

”Vi funderar mycket på det fortfarande, hur vi ska få till det här på sikt så att säga. Så att den här långsiktiga handlingsplanen för garantin, när rehabgarantin är över, alltså för målgrupperna, den har vi inte riktigt formulerat än.”

I fråga om vad som hade underlättat genomförandet av rehabiliteringsgarantin framhöll hälso- och sjukvårdsdirektören de ekonomiska incitamenten samt forskningsmedel kopplat till rehabiliteringsgarantin. Processledaren framhöll värdet av projektorganisationen och att förvaltningen hade en stabil organisation, även kontakten med drivande vårdgivare med tidigare erfarenheter av rehabilitering beskrevs som underlättande faktorer:

”Att vi har en grupp som arbetar med det här, det underlättar naturligtvis. Sedan underlättar det nog att projektet ligger på den enheten som har med rehabilitering att göra, där man, förutom de här formella grupperna, kan prata informellt, eller där man redan har kollegor som kan de här områdena. Det tycker jag underlättar. Och sedan underlättar det att vi har haft samma organisation i förvaltningen i flera år nu.”

I fråga om omständigheter som försvårat genomförandet av rehabiliteringsgarantin lyfte hälso- och sjukvårdsdirektören och processledaren upp olika faktorer. Hälso- och sjukvårdsdirektören kommenterade de svårigheter som detaljstyrda medel medförde:

”Försvårande är alltid, att hade vi haft så att säga som alltid med att man får pengar utan att de är så väldigt detaljstyrda, för nu fanns det ganska tydliga villkor, vad är utvecklingsdelar, vad är ersättning för rehandling och sådana saker, då hade man haft en större flexibilitet då möjligen. Men samtidigt kan jag förstå staten i det, att man vill rikta väldigt tydligt, och då gör man på det här sättet och så.”

Processledaren kommenterade den biomedicinska synen inom primärvården som en försvårande faktor:

”Alltså hur vården ser ut, och vilka som utgör vård, så återigen så krockar det här lite mera biomedicinska, akuta omhändertagandet och synsättet på det här mera biopsykosociala så att säga. Det finns inte riktigt, även om man tycker att det borde finnas i primärvården, det finns väl i viss mån, men det här att arbeta i team och att ta hand om patienterna på det här sättet, det faller sig inte naturligt. Det är ett hinder. Och då är det oftast de yrkesgrupper som så att säga utför rehabiliteringen, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, psykologer, kuratorer, som önskar det här teamarbetet. Medan läkare och sjuksköterskor inte riktigt är lika tända på att jobba på det här sättet.”

Med avseende på förändringar till följd av rehabiliteringsgarantin nämnde båda att rehabilitering fått mer fokus och uppmärksamhet. Hälso- och sjukvårdsdirektören tog dessutom upp att fler patienter hade erbjudits behandling och att landstingsledningen fått bättre grepp om vårdgivarnas kompetenser genom en tydlig inventering:

”Vi erbjuder patienter i större utsträckning ur ett patientperspektiv då fler behandling enligt de regler som är uppsatta. Det som det också har inneburit, det är att vi ur ett styrperspektiv, i och med att vi har gjort en sådan tydlig inventering och så har fått ett ordentligt grepp om vad alla vårdgivare gör och vilka kompetenser de här vårdgivarna har.”

Processledaren framhöll det ökade samarbetet i verksamheterna:

”Ja, alltså för att bilda de här teamen då när det gäller MMR framför allt så, så har man från vårdgivarsidan då gått samman flera företag så att säga, eftersom ett företag står för rehabiliteringsdelen, och ett annat företag står för husläkardelen, så att om läkaren ska vara med i teamet, då måste de här gå samman i det här teamet. Och det har man ju, där har små förändringar skett.”

Informationsmaterial som beskriver genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om vilket informationsmaterial som används eller har använts vid genomförandet av rehabiliteringsgarantin gav processledaren och hälso- och sjukvårdsdirektören ett samstämt svar om att det var material från SKL. Båda angav att mycket av den information som sedan har gått till verksamheterna hade varit egenproducerat med material från SKL som grund:

”Ja, alltså vi har skrivit mycket själva, utan det är bara det att man tar de här faktatexterna från SKL, och det är bra att de formulerar och de har det senaste, för de har kontakter med departementet. Men sedan gör varje landsting lite som man vill då när man genomför det här, och det är det vi måste formulera själva då, ut till de vårdgivare som det berör, och hur vi stimulerar till att det här ska genomföras med de insatser som vi har. Så att det är utifrån vårt arbetssätt då som vi omformulerar den här texten och informationen.”

Båda framhöll att informationen hade varit tillräcklig för arbetet, men att anpassningar behövts göras för att fungera i det egna landstinget:

”Så på en mer övergripande nivå så är SKL-materialet tillräckligt, men sedan när ni möter verksamheterna så behöver vi beskriva utifrån, ja, hur det ser ut i Landsting F alltså, tycker jag.”

Kommunikations- och beslutsstrukturer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om hur det gick till när landstinget fattade beslut om att genomföra rehabiliteringsgarantin uppgav båda att det var hälso- och sjukvårdsnämnden som fattade beslutet om genomförandet. Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören fanns rehabiliteringsgarantin i Landsting F redan innan regeringen fattade sitt beslut. Processledaren beskrev efterföljande steg:

”Då hade vi en styrgrupp som var gemensam för garantin och sjukvårdsmiljarden, eller det vi kallar ögat på sjukskrivning. Och sedan fanns det en arbetsgrupp på förvaltningen, och sedan var det de här konsulterna.”

I fråga om hur beslut idag fattas avseende rehabiliteringsgarantin uppgav processledaren:

”Ja, det är styrgruppen då, när jag vill ha beslut genomförda. Så då skriver jag fram beslut till styrgruppen, som rör garantin då. Om insatser eller finansiering, eller, ja, det är framför allt det. Och där sitter då företrädare för alla avdelningarna som har vårdgivare som är inblandade. Och sedan har vi då en arbetsgrupp eller en projektgrupp, och då tar vi med oss besluten dit, och sedan arbetar vi för att de ska genomföras.”

Det fanns en samstämmighet mellan båda vad gäller möjligheterna att påverka beslut rörande rehabiliteringsgarantin. Hälso- och sjukvårdsdirektören framhöll möjligheten att påverka genom arbetet med budgetdokument och genom förslag till politiker:

”Vi kan gå in alldeles utmärkt, eftersom det är vi som skriver budgetdokumentet. Så det är vi som tjänstemän gör förslag som sedan politiken tar ställning till, så att vi har alla möjligheter att komma med synpunkter under resans gång på frågeställningar som vi tycker att man bör lyfta. Så det finns en stor öppenhet för att påverka det.”

Processledaren framhöll sina möjligheter att påverka genom beslutsförslag till styrgruppen:

”Vi har andra arbetsgrupper där vi kan, så att säga bolla, och där vi kan förankra saker och ting, så man så att säga får in tillräcklig information och erfarenhet för att kunna ... för att kunna lägga fram ett beslutsförslag. Så jag tycker nog att jag kan påverka en hel del faktiskt.”

I fråga om vilka stödstrukturer hälso- och sjukvårdsdirektör och processledare använder sig i arbetet med rehabiliteringsgarantin framhöll hälso- och sjukvårdsdirektören de etablerade landstingsdirektörsnätverken dit processledaren var inbjuden för att informera. Processledaren framhöll SKL betydelse och processledardagarna:

”Det har varit väldigt bekvämt att ha SKL, att de håller i det här så att säga och kallar oss eller skickar ut information till oss, eller vi kan vända oss dit, istället för att man får söka den hela tiden själv.”

Det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin

Vad gäller det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin underströk hälso- och sjukvårdsdirektören vikten av att hålla kvar rehabilitering som en prioriterad fråga och processledaren angav vikten fortsätta informera och stötta vårdgivarna. Gällande behov av stöd i det fortsatta

arbetet med rehabiliteringsgarantin framkom olika behov. Hälso- och sjukvårdsdirektören underströk behov av fortsatt forskning:

”Jag tror det är viktigt, det är att det här området fortsätter att beforskas och att vi får kunskap vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet ... och att vi fortsätter att, att skapa en struktur, där man faktiskt kan erbjuda personerna tillräckligt med rehabilitering utefter den totala sjukdomsbilden.”

Processledaren angav behov av utredningsstöd:

”Jag tror utredningsstöd då till exempel, att ta reda på förutsättningarna för hur vi ska kunna göra framöver. Att bolla det och att se vem som skulle kunna hjälpa till att ta fram siffror och analysera dem. Det är väl framför allt det.”

I fråga om rehabiliteringsgarantin hade varit en satsning värt insatsen var båda eniga om att så var fallet. Hälso- och sjukvårdsdirektören framhöll att satsningen hade gett fler individer vård och ny energi till alla inom rehabiliteringsarbete:

”Absolut, det tycker jag. Vi har satsat och vi har skapat mer vård till flera individer, så att ja jag tycker att det har varit värt det. Och som sagt var, det har stärkt oss i det rehabiliteringsarbete som vi redan hade påbörjat. Så har det skapat ytterligare incitament. Och det tycker jag, det är en viktig del. Det ska man inte underskatta. För alla saker som man jobbar med, och man får ny energi och nya idéer, så skapar det en nytändning om man uttrycker det lite slarvigt. Och det har det här bidragit till hävdar jag.

Hälso- och sjukvårdsdirektören underströk att rehabilitering är en långsam process varför utvärderingar inte bör göras för tidigt:

”Ur mitt perspektiv så, alltså rehabilitering är för mig ett begrepp som ofta inkluderar väldigt långvarig behandling, långa behandlingstider, och ska man mäta effekt så kan man inte mäta det i ett kort perspektiv.”

Landsting F: klinik- och verksamhetsrepresentanter/vårdenheter

Syfte med rehabiliteringsgarantin

Verksamhetsrepresentanterna beskrev samstämmigt att syftet med rehabiliteringsgarantin handlade om att minska sjukfrånvaro och att rehabilitera personer tillbaka till arbete. Det fanns även en samstämmighet i uppfattningen om att syftet var viktigt och prioriterat:

”Absolut. Speciellt med tanke på att gruppen med framför personer då med psykisk ohälsa som jag jobbar med, det är en sådan stor grupp i samhället, så att åtgärder behövs absolut.”

En verksamhetsrepresentant uppgav att avtalet de arbetade efter var tydligt. Att verksamheten finansierades genom medel från rehabiliteringsgarantin beskrevs ha underordnad betydelse:

”Alltså vårt syfte med vårt avtal har alltid varit klart. Men sedan att det är rehabiliteringsgarantin eller andra pengar som landstinget finansierar oss med, det har inte vi varit insatta i egentligen, utan vi har fått pengar för att vi har rehabiliterat patienter.”

Övriga verksamhetsrepresentanter beskrev syftet som otydligt både vad gäller kriterierna och målet. I fråga om synen på evidensbaserade metoder framhöll samtliga att det var viktigt att de metoder man använde var evidensbaserade:

”Jo, självklart, vi måste jobba evidensbaserat, absolut. Så det är viktigt. Och det är ju, alltså dels att man ser att det fungerar med olika yrkeskategorier, men också att alla och envar ska naturligtvis, alla yrkeskategorier ska jobba evidensbaserat, det är liksom så vi jobbar på något sätt.”

En verksamhetsrepresentant framhöll förekomsten av den evidens som fanns avseende MMR och menade att det krävs än mer forskning:

”Absolut behövs det evidens, men det saknar också evidens, det saknas forskning. Det behövs multimodal behandling, absolut, men den, frågan är om alla inom den här patientkategorin verkligen behöver multimodalt. Och frågan är när de ska få det.”

Gällande frågan om vinster med rehabiliteringsgarantin framhöll samtliga vinster på individnivå:

”Vinsterna är definitivt hälsan, patientens självupplevda hälsa. Men sedan får man också tänka på, att man måste skilja på individens hälsa och återgången i arbete, och det är där det inte riktigt klaffar idag då.”

Samtliga svarade att det också förekom vinster på landstingsnivå genom att frågan hade lyfts och börjat diskuteras i större utsträckning:

”Ja, man har väl fått fokus på den här patientgruppen. En patientgrupp som tar väldigt mycket tid hos väldigt många, och ingen vill ha hand om dem.”

I fråga om tidigare erfarenheter av liknande satsningar beskrev majoriteten att de kunde bygga rehabiliteringsgarantin på befintlig verksamhet:

”Ja, absolut. Det är därför vi alltid har jobbat multimodalt, för vi har insett att alla funktioner behövs, i alla fall inom den tyngre patientgruppen. Men så det har vi definitivt kunnat tillgodose oss.”

Genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Samtliga beskrev förutsättningarna att genomföra rehabiliteringsgarantin som goda med personmässiga och kompetensmässiga förutsättningarna. En verksamhetsrepresentant framhöll att uppföljningarna som tillkom krävde mer tid än beräknat varför extra resurser fick tas från den befintliga budgeten:

”För det blev ytterligare uppföljning som vi inte visste om. Det är tidsaspekten, så vi fick lägga ner ytterligare tid för månatliga, kvartalsmässiga uppföljningar, och det blev en ytterligare arbetsuppgift som vi inte alls hade räknat med, som vi fick ta, fick inget extra för det. Utökade anställningar, ja, 25 till 50 procent ungefär. Som vi inte fick pengar, ytterligare pengar för.”

Gällande remissunderlaget framhöll en verksamhetsrepresentant att det alltid funnits ett flöde men att det också funnits köer och att trycket periodvis ökat. En annan verksamhetsrepresentant anförde svårigheter att få in patienter:

”Patienterna finns ju, men vi har haft lite problem, och det har jag hört ute i landet också att de har haft, att fånga upp de här patienterna. Och vi har inte riktigt förstått varför. I början så var det mycket det här, läkarna, för det var läkarna som skulle initiera det hela, läkarna kände sig ovana och därför var läkarna lite tveksamma, ja, men hur var det nu med kriterierna. Ja, de kände sig ovana och jätteoroliga för det här med alla registreringar. Men då har vi försökt att skala bort det ifrån dem, vi curlar dem lite grann.”

I fråga om större förändringar till följd av rehabiliteringsgarantin var bilden delad. En verksamhetsrepresentant svarade att inga större förändringar hade genomförts medan en annan framhöll registreringsförfarandet som en förändring och en tredje kommenterade gruppträffar tillsammans med läkarna och målformulering tillsammans med patienten:

”Ja, men det är dels att vi har de här teammötena, det är en grej, att läkarna och så har vi inte jobbat tidigare. Och med det blir också att man har ett gemensamt mål, så man sitter ner och pratar med patienten.”

Gällande en handlingsplan för genomförandet av rehabiliteringsgarantin nämnde åtskilliga att det saknades med en verksamhetsrepresentant uppgav:

”Ja, flera stycken höll jag på att säga. Nej, men vi har utarbetat verkligen rutiner, och vi har gjort en informationsplan till patienterna, vi vet vilka enkäter vi ska använda, och vem som ska göra, och vem som kallar,

och vem som ska göra registreringar, och hur allt ska skötas, så det har vi jobbat mycket med, och ändrat många gånger.”

I fråga om andra styr- eller strategidokument avseende arbetet med rehabiliteringsgarantin framkom att det hos de flesta saknades specifika styr- eller strategidokument gällande rehabiliteringsgarantin men att det fanns andra övergripande dokument vilka omfattade rehabiliteringsgarantin:

”Ja, det har vi. Absolut. Det är dokumentet, hela verksamheten är uppbyggd, framför allt hur våra program är uppbyggda, med hela processen, rehabprocessen. Så att indirekt så blir det väl ett styr, ja, dokument med rehabgarantin, för den finns med där från början så att säga parallellt.”

Dokumenterna beskrevs som viktiga och att de gav en värdegrund för verksamheten:

”Ja, jag tycker att det är skönt att ha dem som ett stöd, alltså, för man kommer inte alltid ihåg, och det är bra även för de andra.”

I fråga om hur långt verksamhetsrepresentanterna ansåg att de hade kommit i arbetet med rehabiliteringsgarantin fanns en samstämmig bild att de hade kommit långt. Verksamheterna hade implementerat metoderna, rapporterade och följde upp:

”Vi har kommit bra, vi har kommit långt, men vi är inte på något sätt klara. Jag tror att man kan förändra mycket.”

En förklaring till att de kommit långt beskrevs av en verksamhetsrepresentant:

”Kompetensen hos personalen, våra terapeuter. Och sedan tror jag erfarenheten, som gör att vi, vi vet vad som fungerar för den här patientgruppen.”

En annan verksamhetsrepresentant påtalade vikten av att ständigt aktualisera frågan på personalmöten:

”Nu gäller det bara att få patienterna nu då. Och jag tror att man också måste prata hela tiden, alltså på våra personalmöten, att man auktoriserar det hela tiden, och väcker frågan och är på lite.”

Den ersättning verksamheterna har fått per patient beskrevs vara avhängigt vilken typ av behandling verksamheten erbjudit. En verksamhetsrepresentant uppgav att de hade fått 55 000 kr sammantaget per patient, en annan att de hade fått 5000 kr per personalkategori plus 5000 kr i koordinatorstillägg och en tredje beskrev att det hade fått 8 200 kr per bedömning och 45 400 kr per behandling. I fråga om vad som hade underlättat genomförandet av rehabiliteringsgarantin framhöll samtliga verksamhetsrepresentanter olika faktorer. En verksamhetsrepresentant beskrev att förändringen från att ha fått remisser från Försäkringskassan till att idag få dem från läkare utgjort en särskilt underlättande faktor:

”Tidigare så fick vi inte remisser, tidigare så var det Försäkringskassan som köpte tjänsten, och de köpte alltid en utredning, och sedan så var vi tvungna att komma med ett utlåtande efter utredningen. Och även om vi rekommenderade en behandling, så var det inte alltid en garanti att Försäkringskassan köpte. Vilket gjorde att det var väldigt nedslående för patienten.”

En annan underströk vikten av goda kontakter inom landstinget som en underlättande faktor och en tredje att deras enhet inte var så stor samt att alla yrkeskategorierna fanns samlade. Den sista verksamhetsrepresentanten framhöll även engagemanget hos arbetsgruppen, nätverksträffarna, koordinatorgruppen, arbetsgruppen och stödet från landstinget som särskilt underlättande för arbete med rehabiliteringsgarantin:

”Vi är en liten enhet, och att vi har alla de här yrkeskategorierna samlade ... och vi är människor som är engagerade ... ja, hade vi inte fått det här stödet ifrån landstinget, och jag tycker också att det var bra att jag satt med i den här arbetsgruppen, man fick liksom ... och den här konferensen. Ja, det är de här, jag kommer tillbaka till de här konferenserna, alltså Landsting C, man får input, höra hur andra gör, och man får inspiration.

I fråga om vad som försvårat genomförandet av rehabiliteringsgarantin framkom inga gemensamma faktorer. En verksamhetsrepresentant framhöll svårigheten i att inte ha fasta team i verksamheten, avsaknad av bra utvärderingsinstrument genom vilka patienter kan identifieras samt att det varit tidskrävande att i början etablera ramarna för arbetet:

”Ja, alltså på sätt och vis så är det ju, det här när ramarna, att man får bygga upp ramarna själv, så är det, gör det svårare. Det tar mycket längre tid, än om vi hade fått ett papper ifrån landstinget ... nackdelarna är det här med att hitta patienterna, hitta bra utvärderingsinstrument.”

En annan verksamhetsrepresentant framhöll inställningen om att allt ska göras lokalt som försvårande faktorer för genomförandet tillsammans med rehabiliteringsgarantins snäva ramar vilket gjorde att det var svårt att behålla personal:

”Tänket på att man ska göra allting lokalt, nära sin vårdcentral. Och förståelsen kring att vi är specialister. Mina medarbetare är otroligt kompetenta, har mångårig erfarenhet, där har jag svårt också faktiskt att behålla personal ibland, för att avtalet är fyrkantigt. Vi har ett program, vi kan inte köra en lightversion, vi kan inte köra en svår eller längre period, utan vi ska köra som avtalet är. Och så får vi bara hålla på med rygg och nacke, så att behålla den kompetenta personalen med den här budgeten, det är inte alldeles enkelt.”

En annan verksamhetsrepresentant framhöll brist på information och otydligheten kring vårdarrollen som försvårande faktorer:

”Brist på information. Tydligheten kring att man är vårdande, patientens hälsa kontra återgång i arbete. Det är två vitt skilda utgångsmål, och jag tror väldigt många har jobbat, framför allt kring individens hälsa, och inte klara direktiv kring återgång i arbete.”

I fråga om förändringar som uppkommit till följd av rehabiliteringsgarantin nämnde en verksamhetsrepresentant att de inkluderat arbetsgivaren och Försäkringskassan tidigt i processen, en annan uppgav att uppbyggnad av tillit mellan professioner kommit till stånd genom att alla finns i samma lokaler:

”Vi finns i samma lokaler, vi har möten, vi ser varandra i köket, vi äter lunch tillsammans, vi har konferenser, vi pratar om patienterna hela tiden ... och bygger en tillit mellan varandra också, som har ändrat sig.”

En tredje verksamhetsrepresentant framhöll en gruppverksamhet som kommit igång, att mål sätts upp med patienterna och att personalen känner ökad arbetsglädje tack vare teamarbetet:

”Om vi tittar till verksamheten, så tror jag alla vi som jobbar på det här sättet tycker att det är roligt. Och läkarna också, att de känner att de har en hjälp.”

Informationsmaterial som beskriver genomförandet av rehabiliteringsgarantin

I fråga om vilket informationsmaterial som används eller har använt vid genomförandet av rehabiliteringsgarantin gav verksamhetsrepresentanternas utsagor en delad bild. Två verksamhetsrepresentanter hade i första hand nyttjat egenproducerad information och material. Informationen från landstinget och SKL beskrevs som knapphändig:

”Ja, jag vill inte påstå att man får något så där jättemycket information själv, utan man får nog ta reda på det mesta själv. Framför allt i och med att vi är privata aktörer och ingår i det här projektet, så är det nog upp till oss själva att ta reda på. Jag kan inte säga att jag har fått någon löpande information. Nej.”

Den tredje verksamhetsrepresentanten beskrev att en stor mängd information hade kommit via landstingets centrala processledare. Konferenser anordnade av SKL beskrevs om mycket informativa och informationen bedömdes som tillräcklig för arbetet med rehabiliteringsgarantin.

Kommunikations- och beslutsstrukturer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

Procedurerna kring landstingets beslut om att genomföra rehabiliteringsgarantin beskrevs som oklara av verksamhetsrepresentanterna. En verksamhetsrepresentant framhöll att inget inom verksamheten förändrats sedan genomförandet av rehabiliteringsgarantin, en annan framhöll att informationen om att de var finansierade genom medel från rehabiliteringsgarantin förmedlades via media:

”Nej. Utan vi fick reda på, alltså en bit in på 2009 att vi har finansierade av det. Och det var faktiskt via media. Och sedan förstod vi väl också, att det här nya avtalet från 2010 är finansierat av det.”

I fråga om hur beslut idag fattas avseende rehabiliteringsgarantin uppgav samtliga att det var det professionella teamet som fattade besluten. En verksamhetsrepresentant framhöll att beslut rörande större organisatoriska frågor fattades av ledningsgrupp eller styrelsen:

”För organisatoriska och expansion och sådan saker, det fattar jag tillsammans med min VD. Och vår styrelse skulle jag vilja säga ... sedan är det teamet, det professionella teamet, multimodala teamet som beslutar om vi ska rehabilitera patienten eller inte.”

Gällande det egna beslutsutrymmet i frågor rörande rehabiliteringsgarantin framkom att två verksamhetsrepresentanter var ansvariga för sina verksamheter och hade därigenom också stort mandat att fatta beslut rörande verksamheten. Den tredje arbetade i en verksamhet där ansvaret var fördelat på alla i arbetsgruppen:

”Ja, i arbetsgruppen är vi väl ganska enväldiga. Nej, men alltså vi har fria mandat att lägga upp det hela så.”

I fråga om vilka stödstrukturer verksamhetsrepresentanterna använder sig av beskrev en verksamhetsrepresentant att stort stöd fanns i nätverket med andra vårdgivare, en annan framhöll vikten av det egna verksamhetsstysystemet och statistiken över antalet patienter i verksamheten. Den tredje framhöll kontakten med processledaren inom landstinget som ett centralt stöd.

Det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin

I fråga om det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin framhöll samtliga vikten av att fortsätta arbetet med kvalitetssäkring. Därutöver skiljde sig de kommande stegen för de olika verksamhetsrepresentanterna. En kommenterade vikten av att få avtalet med landstinget förlängt för att sedan långsiktigt arbeta med programinnehållet samt fortsätta med forskningen:

”Långsiktigt så vore att få jobba, fortsätta att jobba med denna patientgrupp, att fortsätta utveckla programinnehållet, att fortsätta forskning. Vi jobbar parallellt med forskning hos oss.”

En annan såg expansion med fler patienter och på lång sikt kunna erbjuda andra patientgrupper samma rehabilitering:

”Så att det hoppas jag, att det finns, inte bara rygg- och nackpatienter får tillgång till det här. Vi ska växa ännu mer och ta emot ännu fler patienter.”

En tredje framhöll arbetet med att implementera ”teamtänk” i hela verksamheten och att fler instrument skulle börja användas i patientarbetet:

”Att det ska fortsätta, och att alla blir mera vana. Att vi kommer att känna oss mer bekväma i att hitta patienterna. Och att alla läkare blir inblandade, så att alla har här liksom tänket.”

Gällande frågan om behov av stöd i det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin framkom olika behov som fortsatta nätverksträffar, sammanställt resultat från arbetet med rehabiliteringsgarantin samt kontinuerlig information. I fråga om rehabiliteringsgarantin har varit en satsning värt insatsen var alla eniga om att så var fallet. Samtliga vill se en fortsättning och framhöll att det är olyckligt att endast kortsiktiga utvärderingar genomförts:

”Här har man mätt återgången i arbete, och kanske inte alltid mätt patientens hälsa. Och sedan tror jag, det är otroligt tråkigt, men det är kortsiktiga mätningar som har gjorts. Och tyvärr så vet vi av egen erfarenhet, att det inte är speciellt positiva siffror kortsiktigt, utan det tar längre tid.”

En annan verksamhetsrepresentant framhöll att en utvärdering genomförts alltför nära införandet vilket kunde förklara de nedslående siffrorna avseende återgång i arbete:

”Jag tror att det var lite för tidigt. För som sagt det är en process. Jag menar vi har hållit på i ett år nu, och nu liksom börjar vi känna att det börjar fungera. Och det är ändå en bit kvar i utvecklingsarbetet för att få det här att fungera.”

Sammanfattning intervjuresultat

En begränsning i intervjustudien utgörs av ett mer omfattande bortfall av informanter som representerar privata specialistenheter samt i viss mån även privat primärvård. Detta innebär att deras perspektiv inte kommer till uttryck i samma omfattning som övriga informanternas.

De sammantagna intervjuresultaten visar att syftet med rehabiliteringsgarantin överlag uppfattats som viktigt och prioriterat. Något färre beskrev syftet som tydligt eller realistiskt. I viss mån ifrågasattes och problematiserades även garantins syfte på arbetsåtergång och ställdes mot vårdens uppdrag att främja livskvalitet och hälsa, samt att vården inte i någon större utsträckning har kontaktytor och samverkan med arbetslivets aktörer.

En samlad bedömning av resultaten ger en bild av att evidens ansågs vara viktigt för arbetet inom hälso- och sjukvården. Bland invändningarna nämndes flera olika omständigheter som alla kan kopplas till det begränsade underlaget av forskning avseende de två aktuella behandlingsmetoderna inom rehabiliteringsgarantin – MMR och KBT.

Merparten beskrev vinster med arbetet på tre nivåer: individ-, verksamhets-, och landstingsnivå. På individnivå nämndes förbättrad livskvalitet och att patienten genom garantin fick tidigare och bättre vård. På verksamhetsnivå och central landstingsnivå angavs att patientgruppen liksom rehabilitering som behandlingsform fått ökat fokus, att personalen kompetensutvecklats och att arbeta enligt evidensbaserade metoder medförde en kvalitetssäkring av vården. Dessutom menade man att garantin medfört ökad systematik av och bättre överblick över landstingens rehabiliteringsinsatser. På landstingsnivå såg man till vissa delar tendens till minskade sjukskrivningar.

Majoriteten hade tidigare erfarenheter av liknande satsningar i mindre projektform, men också av större satsningar som exempelvis sjukskrivningsmiljarden och förutsättningarna att genomföra rehabiliteringsgarantin bedömdes av samtliga som goda. Även förutsättningarna vad gäller kompetens och resurser beskrevs som goda. De flesta landsting nämnde en handlingsplan för genomförandet av rehabiliteringsgarantin och merparten betalade ersättning i varierande

omfattning till de producerade verksamheterna. Merparten uppgav garantin som en positiv faktor för att kunna utveckla verksamheten för de psykosociala insatserna.

De främsta *underlättande faktorerna* för genomförandet av rehabiliteringsgarantin beskrevs vara den ekonomiska ersättningen, tidigare erfarenheter från främst den s.k. sjukskrivningsmiljarden, projektorganisationen, det vill säga hur arbetet med rehabiliteringsgarantin planerats, genomförts och följts upp samt utvecklande av team på enhetsnivå.

Den ekonomiska ersättningen, som visserligen utgjort en underlättande faktor och i allra högsta grad möjliggjort rehabiliteringsinsatserna inom garantin, uppgavs också bära på problematiska aspekter. Ett antal informanter, främst verksamhetsansvariga på vårdenheterna men även en processledare menade att stora delar av ersättningen för behandlingarna stannat i landstinget centralt och inte nått vårdgivarna, vilket skapat frustration och även osäkerhet inför möjligheten att fortsätta med rehabiliteringsinsatserna.

De främsta *försvårande faktorerna* beskrevs vara avsaknad av långsiktighet, otydlighet från landstingsledning och SKL, sena beslut och ändringar i regelverk. Ytterligare försvårande faktorer var bristen på tydliga urvalskriterier och bristen på riktlinjer för vad MMR ska innefatta. För MMR uppgavs även de stora resurskraven vara en faktor som påverkade villigheten och möjligheten att erbjuda MMR. Kompetensbrist hos befintlig personal samt brist på betyendevetare och läkare inom primärvård uppgavs också som försvårande faktorer. Både landstinget centralt och representanterna från vårdenheterna uppgav personalens motstånd till förändring som försvårande och att den särskilt initialt verkat bromsande på utvecklingen. De menade att det fanns en dominerande kultur och skolning i att arbeta individuellt, särskilt inom primärvården. De menade även att ändrade arbetsrutiner tar tid att förändra, men att de nu, ett par år efter garantins införande, börjar se förändringar i tänkesätt och attityder. Dessutom nämndes ett landsting, där ersättningen inte varit kopplad till patientverksamheten, utan har getts i form av resurs till nya tjänster, vilket uppgavs som en kraftigt försvårande faktor av vårdenhetsrepresentanterna.

Förändringar vilka enligt merparten kommit till stånd till följd av arbetet med rehabiliteringsgarantin var större fokus på de två patientgrupperna och på rehabilitering, ökad samverkan, kompetensutveckling och ny organisation med processledare eller motsvarande. I fråga om informationsmaterial som nyttjats vid genomförandet av rehabiliteringsgarantin framträder en bild där tre typer av material förekommit: SKL-material, SKL-baserat landstingsmaterial och egenproducerat material. Den tillgängliga informationen hade enligt merparten varit tillräcklig för det egna arbetet med rehabiliteringsgarantin. Majoriteten beskrev att övergripande beslut avseende rehabiliteringsgarantin togs i verksamheternas ledningsgrupper och att interna beslut om exempelvis arbetsformer fattades av de professionella teamen. De stödstrukturer som beskrevs mest frekvent var processledaren inom landstinget, SKL samt landstingsinterna och externa nätverk.

Gällande det fortsatta arbetet med rehabiliteringsgarantin framstår behovet av stöd i form av långsiktighet i beslut, tydlighet från ledning, fortsatt finansiering och samverkan med SKL, framtagande av kvalitetssäkrande urvalskriterier och innehåll i framför allt MMR, processledare och nätverk som några centrala exempel. Kopplingen till och samverkan med arbetsplats, och samverkan med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan framkom som nödvändiga förbättringsfaktorer. Gemensamma uppföljningsmått uppgavs också som önskvärda att utveckla som en kvalitetsindikator, så att verksamheterna runt om landet kan följa och jämföra sina resultat i syfte att få återkoppling på den egna verksamheten. Det fortsatta arbetet besk-

revs vidare bestå i satsningar på de egna verksamheterna. För de som kommit mindre långt handlade prioriteringarna i första hand om att fortsätta implementera garantiarbetet och för de som hade kommit längre om fortsatt verksamhetsutveckling. Kvalitetssäkring av verksamhetens arbete framhölls avslutningsvis som en viktig fråga i det fortsatta arbetet. Samtliga uppgav att satsningen på arbetet med rehabiliteringsgarantin har varit värt insatsen och utvecklat rehabiliteringsverksamheten, sett ur patient-, enhets- och landstingsperspektiv.

Dokumentstudie

Dokumentanalysen omfattar dokument som samlats in från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt från de sex landsting centralt och de vårdenheter som ingår i urvalet till intervjustudien. De representerar därmed nationell, regional och lokal nivå i implementeringsprocessen. Dokumenten har producerats inom garantin och kan generellt delas in i grupper som visar deras funktion: information, reglering/direktiv, stöd samt uppföljning. Dokumentanalysen har syftat till att studera hur man genom dessa texter har informerat, reglerat, stött och följt upp den verksamhet som utförts inom garantin.

SKL:s centrala dokument utgörs av överenskommelsen, det skriftliga avtalet om rehabiliteringsgarantins införande i Sveriges landsting, samt material SKL producerat för att informera om garantin. Dokumenten från landstingen centralt består till huvuddel av landstingsspecifika direktiv, manualer, information och uppföljningar. Vårdenheternas dokument utgörs främst av lokalt utformade manualer, direktiv, rutinbeskrivningar samt i viss mån även uppföljningar av arbetet inom garantin.

Resultatdelen inleds med en analys av centrala dokument från SKL, och fortsätter sedan med landstingen i samma ordningsföljd som i intervjustudien, d.v.s. landstingsvis presenteras först resultaten för landstingen centralt, som sedan följs av resultaten för vårdenheterna.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

På nationell nivå har regeringen i samverkan med SKL utvecklat rehabiliteringsgarantin i form av en överenskommelse mellan regeringen och SKL. SKL är landstingens företrädare under avtalsprocessen. När överenskommelsen är fastslagen överlämnar SKL ansvaret för genomförande till landstingen. SKL har dock under hela den tidsperiod rehabiliteringsgarantin varit i kraft medverkat aktivt på nationell nivå inom implementeringsprocessen, bland annat genom att producera och sprida information och samordna landstingens aktörer. SKL:s implementeringsarbete har genererat en stor mängd dokument som har spridits till olika aktörer och intressenter på nationell, regional och lokal nivå. Dessa dokument kan delas in i olika grupper enligt nedan:

1. Överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin 2008, 2009-2010, 2011
2. Informationsbroschyrer
3. Nyhetsbrev
4. Kommunikationsplaner
5. Program för processledarträffar, kontaktpersonträffar etc.
6. Minnesanteckningar/PM
7. Remissvar
8. Presentationer i form av power point
9. Rapporter
10. Uppdateringar, informationsblad, nyhetsblad samt e-mailkonversation/meddelanden

Materialet är till sin helhet alltför omfattande för att en kvalitativ analys ska kunna genomföras utan att förlacka resultatet. Ett omfångsrikt material ger bredd men detta sker ofta på bekostnad av det djup som kan erhållas vid ett mindre omfattande material eftersom kvalitativ analys är en tidskrävande process som övervägande utförs manuellt. Därför gjordes ett strategiskt urval av de dokumentgrupper som ingår i analysen. Urvalet grundar sig på de dokument som används av landstingen inom ramen för arbetet med rehabiliteringsgarantin, och som omnämns av informanterna i intervjustudien och i dokumenten i dokumentstudien och som

därmed utgör viktiga element i rehabiliteringsprocessens kontext. Det strategiska urvalet har därmed resulterat i att följande dokumentgrupper ingår i dokumentanalysen:

1. Överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin 2008, 2009-2010, 2011
2. Informationsbroschyrer
3. Nyhetsbrev

Ett urval innebär med nödvändighet att material faller bort. Det är därför på sin plats att nämna att SKL:s dokumentation kring garantin visar på en bred och genomtänkt strategi, där man satsat ambitiöst på att nå alla involverade aktörer med information, och att förmedla kunskap såväl som direktiv för hur garantin ska implementeras på ett så för de skilda aktörernas intressen och kontexter adekvat sätt som möjligt.

Överenskommelsen 2008, 2009-2010, 2011

Samtliga överenskommelser återfinns som bilagor (Bilaga 5, Bilaga 6, Bilaga 7).

Syfte med rehabiliteringsgarantin

Överenskommelsen 2008 inleds med att presentera garantins syfte:

”Regeringen aviserade i budgetpropositionen 2008 sin avsikt att stärka den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen genom att införa en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma en återgång i arbete.”

I syftet lyfts flera avgörande punkter fram: den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen ska stärkas, insatserna ska vara evidensbaserade och medicinskt inriktade samt inriktade på återgång i arbete. Som orsak till syftet, samt som introduktion till vilka besvär garantin omfattar, anges i följande stycke att icke specifika rygg- och nackbesvär och lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa, särskilt stressrelaterad psykisk ohälsa och utmattningssymtom, utgör de vanligaste orsakerna till sjukskrivning och där står: ”Det är därför av särskilt intresse att förbättra situationen för dessa patientgrupper.”. Det framgår dock inte på vilket sätt rehabiliteringsgarantin skulle stärka den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen, exempelvis ges inga tydliga kopplingar eller förklaringar till hur de behandlingar som garantin anger skulle påverka detta.

Syftesformuleringen kvarstår i princip i överenskommelserna för 2009 – 2010 och 2011. Dock har två förändringar gjorts. Den inledande delen ”Regeringen aviserade i budgetpropositionen 2008 sin avsikt att stärka den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen genom att införa” har strukits och istället står:

”Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting har tecknat en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade och medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma en återgång i arbete.”.

Dessutom har de besvär; icke specifika rygg- och nackbesvär och lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa, som i överenskommelsen 2008 nämndes i det påföljande stycket flyttats upp till detta första stycke och blir nu tydligare integrerat med garantins syfte och får mer emfas.

Genomförande av rehabiliteringsgarantin

Överenskommelse 2008, liksom de övriga två överenskommelserna präglas utöver syftet i princip helt av beskrivningar och direktiv för hur garantin ska genomföras. I samtliga poängteras genomgående i texten att de medicinska behandlingarna ska utföras med evidensba-

serade metoder, vilket utgör ett starkt direktiv i skrivelsen. I överenskommelse 2008 finns två textstycken om evidensbaserade metoder som i de följande överenskommelserna strukits. Det ena stycket lyder:

”Det finns utifrån nuvarande känd forskning stark evidens för att individer med icke specifika nack- och ryggbesvär återgår i arbete genom multidisciplinära rehabiliteringsinsatser med kognitivt beteendeterapeutiskt förhållningssätt.”

På detta stycke följer ett längre stycke som handlar om evidensläget för diagnosgrupperna depressioner, ångestsyndrom och stressrelaterad psykisk ohälsa.

Vidare anger överenskommelserna att individer som har en sjukdom som genom evidensbaserade behandlingsformer kan återvinna arbetsförmåga ska väljas ut genom en tydlig urvalsprocess, samt garanteras skyndsamt behandling som ska omfatta medicinsk bedömning av om patientens tillstånd är betjänt av rehabilitering samt att rehabilitering genomförs inom ramen för hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård på lika villkor. Tidsramar för behandling och även effekt anges också. Tidsuttrycket som används är ”snabbt”, vilket kan tyckas opreciserat och även som ett relativt diffust mått för utförare att förhålla sig till:

”Garantin ska omfatta ovan angivna steg och erbjudas så att individen snabbt återfår arbetsförmågan. Ambitionen är att insatserna ska ske inom de tidsgränser som bedöms som lämpliga med hänsyn till vad som kan utläsas av evidens för snabb återgång i arbete.”

I överenskommelserna för 2009-2010 och 2011 har ytterligare text lagts till för att förtydliga tidsramarna och man skriver där: ”Målsättningen är att berörda patienter ska få behandling/rehabilitering inom 6 – 8 veckor från sjukskrivningens början.”, vilket stöds av evidens för att bättre effekter på diffus smärta fås om behandling påbörjas inom åtta veckor.

Även vad det gäller de behandlingar som ger ersättning har ordalydelsen ändrats något i överenskommelserna som följer efter 2008. I överenskommelse 2008 hänvisas till SBU-rapporter eller motsvarande internationella systematiska sammanställningar. I de följande överenskommelserna anges att behandlingarna ska vara definierade i SBU-rapporter och Socialstyrelsens nationella riktlinjer samt försäkringsmedicinska beslutsstöd, medan internationella sammanställningar som kan anses motsvarande SBU-rapporterna har strukits.

Målgruppen som omfattas av rehabiliteringsgarantin har också definierats tydligare i överenskommelserna som följer efter 2008. I överenskommelse 2008 återfinns målgruppen som personer med icke specifika rygg- och nackbesvär och lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa. I de följande överenskommelserna definieras målgruppen tydligare i relation till garantins syfte om arbetsåtergång genom att även åldern specificeras:

”Personer i åldern 16-67 år med icke specificerad smärta i rygg, axlar och nacke och/eller lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress.”

Vad gäller den ekonomiska ersättning som utgår inom garantin har även den blivit mer detaljerat skrivet i överenskommelserna 2009-2010 och 2011. I överenskommelse 2008 angavs inga summor för hur mycket ersättning behandlingarna ger till landstingen, vilket specificeras i följande överenskommelser. Dessutom har det tillkommit administrativa direktiv för hur landstingen ska redovisa påbörjade och genomförda behandlingar för att få ersättning.

Med överenskommelserna följer bilagan *Behandlingar/rehabilitering som berättigar till ersättning inom ramen för rehabiliteringsgarantin*. I bilagan beskrivs de två behandlingar som omfattas av rehabiliteringsgarantins ersättningssystem: multimodal behandling (MMR) och kognitiv beteendeterapi (KBT). Beskrivningen av MMR-rehabilitering utgår från SBU-rapporten *Metoder för behandling av långvarig smärta* och beskriver hur ett multimodalt rehabiliteringsprogram bör vara uppbyggt avseende teamets sammansättning och synsätt och vilka åtgärder som bör ingå, samt att rehabiliteringsinsatser med MMR ska föregås av en utredning av patienten:

”För att avgöra om den drabbade individen har förutsättningar att tillägna sig innehållet i det multimodala rehabiliteringsprogrammet och för att säkerställa att arbetsåtergång efter genomgången rehabiliteringsprogram är rimligt/troligt förutsätts att teamets medlemmar genomför en bred utredning.”

I texten står också att det i nuläget inte finns tillräcklig kunskap om den exakta formen för ett MMR-program, men att det ändå utifrån SBU-rapporten kan dras vissa slutsatser om hur behandlingsinsatsen bör utformas. Det är troligen därför som denna text istället för att ha den mer reglerande formen av direktiv som kännetecknar överenskommelserna istället präglas mer av en beskrivande och vägledande form. Endast på ett fåtal ställen ges direktiv, såsom exempelvis att MMR ska föregås av en patientutredning med inriktning mot arbetsåtergång.

Bilagan innehåller även en sammanfattning över de tre diagnosområden inom psykisk ohälsa som omfattas av rehabiliteringsgarantin, samt att KBT ska användas som behandlingsmetod för att få ersättning inom garantin. Också behandlarnas kompetensnivå specificeras. I överenskommelserna 2008 och 2009-2010 finns fyra accepterade kompetenskriterier för KBT-behandlare, där lägsta kompetensnivå utgörs av:

”4. behandlare som har en adekvat grundutbildning som t.ex. sjuksköterska, socionom, sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare med påbyggnadsutbildning i KBT med en omfattning om minst 7,5 högskolepoäng eller psykolog under utbildning. Dessa behandlare ska ha kontinuerlig handledning, minst 2 ggr/månad, av handledarkompetens psykolog. Behandlingsmetoderna ska vara uppföljningsbara. Behandlingar inom ramen för punkt 4 ovan ska successivt fasas ut till förmån för behandlingar av steg 1-utbildade behandlare.”

I 2011 års överenskommelse har denna punkt strukits, eftersom kompetenskraven då höjdes.

Överenskommelserna är relativt lika från 2008 och framåt – exempelvis är syftet i princip intakt förutom mindre förändringar. Värt att notera är dock att skrivelserna har utvecklats till att bli mer detaljerade och precisa vad det gäller den evidensbaserade behandling som anges och den ekonomiska ersättningen till landstingen, och alltså följer en utveckling mot ökad tydlighet i direktiven efter det första årets initiala implementeringsfas.

Informationsbroschyrer

SKL har utformat en informationsbroschyr som ger allmän information om rehabiliteringsgarantin. Broschyren har utkommit i två versioner, en från början av garantins införande och en omarbetad version från 2011. Omarbetningen är inte omfattande och det är endast på ett fåtal punkter som broschyrens innehåll genomgått en egentlig förändring.

Dokumentet riktar sig främst till landstingen, och innehåller grundläggande information om syftet med garantin, vilka målgrupper och vilka behandlingar som omfattas, ersättningsmodellen samt en beskrivning av sjukskrivningsprocessen.

Syfte med rehabiliteringsgarantin

Rehabiliteringsgarantins syfte inleder broschyren i den första versionen, och återkommer tydligt något längre ned i följande stycke:

”Rehabiliteringsgarantin ska ge snabbare och bättre hjälp till patienter med psykiska besvär eller långvarig smärta. [...] Syftet är att kvinnor och män som är sjukskrivna eller riskerar att bli det ska få utredning och behandling för att återfå sin arbetsförmåga och därmed återgå i arbete.”

(Rehabiliteringsgarantin, Sveriges Kommuner och Landsting)

Syftet ser i princip likalydande ut i den senare versionen, men har ändrats något:

”Syftet är att stödja män och kvinnor som är sjukskrivna eller att förebygga sjukskrivning. De ska få en utredning och behandling som syftar till att återfå förbättrad hälsa och arbetsförmåga och kunna återgå i arbete.”

(Rehabiliteringsgarantin 2011, Sveriges Kommuner och Landsting)

Det är intressant att en förbättrad hälsa lyfts fram i syftet. I överenskommelsen är detta ytterligt lagt i bakgrunden, och det är återgång i arbete som är syftets absoluta fokus där, och de behandlingsmetoder som anges i överenskommelsen sägs inte förbättra hälsa, utan verka för att patienten bättre ska kunna hantera sin smärta och därmed kunna återfå arbetsförmåga.

Genomförande av rehabiliteringsgarantin

En annan förändring är att ett genusperspektiv förs in i 2011 års broschyr, och den s.k. Genushanden presenteras. Genusperspektivet har förts in för att uppmärksamma landstingen på att verksamheten inom garantin bör arbeta för att säkerställa att kvinnor och män får vård och rehabilitering på lika villkor och man skriver:

”Det finns forskning som visar att kvinnor och män behandlas utifrån kön istället för att se till individens behov. Ett enkelt verktyg är att ställa sig frågan ’Vad hade jag tänkt och gjort om patienten haft annat kön?’”

(Rehabiliteringsgarantin 2011, Sveriges Kommuner och Landsting)

Informationsbrochyrerna utgör en översiktlig sammanfattning av överenskommelsen, där överenskommelsens mer formaliserade språkbruk ”översatts” till ett enklare, mer vardagligt uttrycks sätt med rubriker som ”Rehabiliteringsgarantin sätter fart på vården mot ont i ryggen och själen” och ”Allas kunskaper behövs för att motverka smärtan”, och kan sägas utgöra ett komplement till överenskommelsen. Broschyrerna har spritts ut till landstingen och SKL har gett sitt medgivande till att landstingen får integrera dem i sina egna dokument om rehabiliteringsgarantin, exempelvis genom nytryck och med landstingens logotyp istället för eller tillsammans med SKL:s.

Nyhetsbrev

SKL ger ut två nyhetsbrev per år om rehabiliteringsgarantin som sprids ut till berörda aktörer i landstingen. Nyhetsbreven publiceras i form av ett pappersexemplar på fyra sidor i färg, samt i en internetversion på SKL:s hemsida. De berättar dels om vad som händer med rehabiliteringsgarantin, d.v.s. förmedlar nyheter, dels lyfts ofta enskilda aktörer och landsting eller en speciell aspekt av garantin fram. Ett stående inslag i nyhetsbreven är också uppdaterade statistiska uppgifter om hur många behandlingar som utförts inom respektive landsting under aktuellt år för nyhetsbrevet.

Genomförande

Många av inslagen i nyhetsbreven handlar om olika landstings erfarenheter av genomförandet av garantin. I ett nyhetsbrev intervjuas exempelvis projektledaren för sjukskrivningsfrågor i

Gävleborg, som berättar om arbetet med att utveckla multimodala team inom ramen för garantin och både framgångsfaktorer och svårigheter lyfts fram, bland annat nämns att det har varit svårigheter med att rekrytera läkare till teamen för multimodal behandling. Ett tema som återkommer i flera nyhetsbrev är bristen på bedömningsinstrument för urval av patienter, och i ett inlägg om checklista för multimodal rehabilitering uttalar sig en forskare som arbetar inom ett projekt för att utveckla nationella medicinska indikationer för MMR-behandling:

”Smärta är ett komplext och svårt fenomen. Också MMR är en komplex sak och en ganska dyr åtgärd. Det är därför viktigt att definiera vad man ska ha för kriterier för att erbjuda patienten MMR, säger Björn Gerdle och betonar att det också handlar om att patienterna ska erbjudas behandling på ett likartat sätt i hela landet.”
(*Nyhetsbrev 4:2010*)

Nyhetsbrevet förmedlar främst en positiv syn på rehabiliteringsgarantin. Problem och svårigheter i genomförandet lyfts fram och diskuteras, men det sker alltid i relation till hur problemen ska lösas för att vidareutveckla arbetet med och inom garantin.

Landsting A: landstinget centralt

För landsting A centralt ingår i analysen bland annat handlingsplan för rehabiliteringsgarantin, verksamhetsberättelser och verksamhetsplaner för primärvården och psykiatrin, dokument med riktlinjer för sjukskrivningsprocessen och rutindirektiv för mottagningarna i landstinget.

Syfte med rehabiliteringsgarantin

I dokumenten framträder syftet tydligt i landstingets handlingsplan för rehabiliteringsgarantin 2011. Intentionen är densamma som i överenskommelsen, men syftet är inte exakt likalydande med syftet från överenskommelserna 2009-2010 samt 2011:

”Intentionen är att kunna stärka sjukskrivna personer med hjälp av evidensbaserade och medicinska behandlingsmetoder för att dessa ska kunna återgå i arbete.”
(*Handlingsplan för genomförande av rehabiliteringsgarantin i primärvården i A läns landsting 2011*)

Detta är att jämföra med överenskommelsernas skrivelse:

”Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting har tecknat en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti i syfte att åstadkomma en återgång i arbete.”
(*Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting om en rehabiliteringsgaranti för 2009 och 2010*)

En intressant aspekt är att landstinget i handlingsplanen har uttrycket ”kunna stärka sjukskrivna personer”, vilket används i den första överenskommelsen 2008, men finns inte med i de senare. Det verkar dock som om handlingsplanen i övrigt följt med ändringarna i garantin, och man refererar bland annat till att kompetenskraven för KBT kommer att höjas 2011. Troligen handlar det om ett gammalt citat som följt med i texten, men att de aktuella versionerna av garantin är det underlag som används. Principiellt är det dock en företeelse värd att notera, eftersom det hittills finns tre versioner av överenskommelsen och det är viktigt att landstingen kontinuerligt uppdaterar sina styrdokument i relation till den senaste versionen för att kunna anpassa verksamheten till eventuella ändringar och tillägg.

Genomförande av rehabiliteringsgarantin

Landstingets dokument om rehabiliteringsgarantin följer väl överenskommelsens direktiv för genomförande, både vad gäller vilka behandlingar som ska utföras och vad de ska innehålla, samt behandlande personals kompetens (särskilt avseende KBT). Dessutom relaterar de do-

kument som behandlar hur arbetet med garantin gått till de krav som ställs i överenskommelsen:

”I dagsläget har vi några vårdcentraler som kommit igång bra och kan erbjuda MMR enligt kraven i Rehabgarantin. Flertalet av de som kommit igång har tillgång till den extra sjukgymnast och kuratorsresurs som finns tillgänglig för uppbyggnaden av garantin.”

(Handlingsplan för genomförande av rehabiliteringsgarantin i primärvården i A läns landsting 2011)

Även i dokument som inte är direkt kopplade till rehabiliteringsgarantin återkommer arbetet inom garantin i relation till måluppfyllelse inom garantin. I primärvårdens verksamhetsberättelse för 2010 står på första sidan:

”Arbetet med att uppfylla rehabiliteringsgarantin går vidare med kompetensutveckling inom KBT och uppbyggnad av multimodala team.”

(Verksamhetsberättelse Primärvård 2010)

Senare i samma dokument konstaterar man som uppföljning av arbetet med garantin att samverkan i team etablerats på primärvårdens vårdcentraler, med syfte att rehabilitera sjukskrivna utifrån garantins krav. Man anger också att varje vårdcentral enskilt eller i samverkan måste kunna tillhandahålla KBT-kompetens samt behandling i multimodalt team enligt rehabiliteringsgarantins definitioner. Uppföljningen visar att alla vårdcentralerna har tillgång till KBT-kompetens, men att endast en tredjedel av vårdcentralerna kunde erbjuda multimodal rehabilitering. Detta följs kort upp i primärvårdens verksamhetsplan för 2011 (liksom i verksamhetsplanen för landstingets psykiatriverksamhet 2011), där man skriver:

”Vid utgången av 2011 ska rehabiliteringsgarantin vara uppfylld.”

(Verksamhetsplan 2011 Primärvården, A läns landsting)

I landstingets handlingsplan för genomförandet av rehabiliteringsgarantin 2011 beskrivs läget mer utförligt. Man konstaterar att landstinget står inför en utmaning vad gäller att möta garantins krav:

”Den utmaning vi står inför är att samtliga vårdcentraler behöver kunna erbjuda MMR och där klarar vi inte det i dagsläget. Endast en tredjedel kan i dagsläget erbjuda MMR med den extraresurs som vi haft under 2010.”

(Handlingsplan för genomförande av rehabiliteringsgarantin i primärvården i A läns landsting 2011)

Som lösning föreslås i handlingsplanen att gemensamma MMR-team byggs upp för varje länsdel samt ett för A-stad (största tätort i A län), och till dessa team kan landstingets vårdcentraler remittera patienter för den multimodala rehabiliteringsinsatsen, medan bland annat utredningsdel och medicinskt ansvar för läkarinsatser finns kvar på remitterande vårdcentral.

Också i andra dokument som används för styrning och uppföljning av landstingets vårdverksamhet tydliggörs arbetet inom rehabiliteringsgarantin. I dokumentet *Mål och rutiner för sjukskrivningsarbetet på mottagnings/verksamhetsnivå*, som generellt behandlar sjukskrivningsprocessen i landstinget, uppmärksammas garantin då det gäller patienter med diffus smärta i nacke, axlar och rygg samt patienter med lättare psykisk ohälsa. Man beskriver här rutiner för sjukskrivning och anger att den medicinska bedömningen ska innefatta om patienten är ”[...] betjänt av medicinsk behandling/rehabilitering enligt rehabiliteringsgarantin” – antingen MMR eller KBT-behandling.

Landstinget har även utvecklat informations- och instruktionsdokument till vårdgivarna om hur arbetet inom garantin ska genomföras, som bland annat handlar om teamsamverkan i primärvården och vad multimodal rehabiliteringsbehandling ska innehålla. Dessa dokument följer innehållet i överenskommelsen och de direktiv och beskrivningar som görs där utan avvikelser.

Att rehabiliteringsgarantin återfinns i andra dokument än de som är producerade inom garantin kan tolkas som ett tecken på att garantin håller på eller har integrerats i övrig verksamhet och utgör en del av helheten mer än att fungera som en separat del, mer eller mindre isolerad från övrig verksamhet. Det är viktig del av implementeringsprocessen och visar dels på det genomslag garantin har i organisationen, dels på att integreringsprocessen fungerar. Integrering utgör också en viktig faktor för vidmakthållande.

Hinder och framgångsfaktorer

Det är framför allt i handlingsplanen som man kan läsa om de hinder och framgångsfaktorer som arbetet med garantin har genererat. Som nämnts ovan, konstaterar landstingets uppföljning att arbetet med rehabiliteringsgarantin ännu inte lett till måluppfyllelse, särskilt vad det gäller MMR-behandlingar, där en tredjedel av vårdcentralerna kan erbjuda MMR-behandling i relation till målet att samtliga vårdcentraler ska kunna göra det:

”Övriga vårdcentraler har inte kommit igång och kan ej erbjuda MMR enligt kraven. Av de vårdcentraler som ej kommit igång finns oftast en välfungerande teamsamverkan mellan läkare, sjukgymnast och kurator, men man klarar ej av att erbjuda behandlingsinsatser enligt de krav som ställs.”

(Handlingsplan för genomförande av rehabiliteringsgarantin i primärvården i A läns landsting 2011)

I handlingsplanen anger man även orsakerna till att det har varit svårigheter med att få igång MMR-team enligt garantins villkor:

”De vanligaste anledningarna till att man ej kommit igång med MMR är att man inte har tillräckligt patientunderlag för att fylla smärtgrupper och/eller att man inte hinner avsätta den tid som krävs för att bedriva denna mer omfattande och resurskrävande verksamhet.”

(Handlingsplan för genomförande av rehabiliteringsgarantin i primärvården i A läns landsting 2011)

Hinder i arbetet med att uppfylla rehabiliteringsgarantin utgörs alltså av att MMR-behandling är en resurskrävande verksamhet som tar både tid, personal och ekonomiska kostnader i anspråk. För att lösa problemet planerar landstinget att samordna teaminsatserna i landstinget, och utveckla team för varje länsdel, vilket är beskrivet i temat *Genomförande* ovan. Dessutom förslår man i handlingsplanen att en tjänst för en sjukgymnast samt en kurator per länsdel permanentas i syfte att vidmakthålla rehabiliteringsverksamheten:

”Vi föreslår att permanenta dessa tjänster för kunna få god stabilitet och rekrytera sjukgymnaster och kuratorer med god kompetens till denna verksamhet.”

(Handlingsplan för genomförande av rehabiliteringsgarantin i primärvården i A läns landsting 2011)

Detta är ett intressant inslag, eftersom man här går utanför ramarna för rehabiliteringsgarantin. Garantin sker i projektform, och det är idag osäkert hur många år garantin kommer att fortsätta. Att garantin avslutas innebär att ersättningen för dessa insatser inte kommer att tilldelas, vilket kommer att ha betydande konsekvenser för de landsting som tilldelats medel inom garantin. Att landstinget trots detta vill satsa på att bygga upp en mer permanent verksamhet visar att viljan att utveckla rehabiliteringsverksamheten, och kanske särskilt den multimodala delen, är stark och att arbetet prioriteras.

Vinster

I samband med förslaget ovan att permanenta tjänster för att skapa länsdelsgemensamma multimodala team nämns vinster detta skulle medföra. Stabilitet och kontinuitet är en av dessa, men man menar också att vårdgivarens behandlingskompetens kan öka, samt att alla skulle få tillgång till denna extraresurs, vilket skulle ge bättre möjligheter för alla att bedriva rehabilitering utifrån ett multimodalt behandlingsperspektiv.

Landsting A: vårdenheterna

Från vårdenheterna har inkommit rehabiliteringsplaner, utbildningsplaner, manualer för MMR, rutinbeskrivningar, programbeskrivningar för smärtrehabilitering och en ansökan till ett pris för den smärtrehabilitering en vårdcentral utvecklat.

Syfte med rehabiliteringsgarantin

I de dokument som vårdenheterna skickat in finns få syftesformuleringar, men de som finns följer garantins intentioner, dock utan att specifikt i syftet nämna återgång i arbetet:

”Syftet med arbetet har varit att i teamsamverkan vidareutveckla rehabiliterings möjligheterna för patienter med långvarig eller kronisk smärta som ett led i den multimodala rehabiliteringen som patienterna erbjuds här på vårdcentralen.”

(Ansökan till kvalitetspris 2010)

Däremot förs återgång i arbetet som ett mål för rehabiliteringsinsatserna in i vårdenheternas dokument vid flera andra tillfällen, som exempelvis i denna programbeskrivning som först presenterar sin övergripande målsättning enligt följande:

”[...] målsättning är att erbjuda kvalificerad analys och rehabilitering för patienter med långvarig, icke malign, mångfacetterad smärtproblematik.”

(Rehabiliteringsmedicinska kliniken)

Målsättningen följs av en lista på hur målet ska uppnås, och där återfinns återgång till arbetet som en punkt:

”då arbetsförmåga föreligger planera för optimal återgång i arbete”

Av landstingets dokument att döma, framstår det som att de arbetar med satsningarna sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin relativt integrerat, och därmed inriktat rehabiliteringsverksamheten mot återgång i arbete för patienterna som får behandling inom ramen för garantin.

Genomförande av rehabiliteringsgarantin

Dokumentgenomgången visar att verksamheterna har utvecklat rutiner för arbetet inom rehabiliteringsgarantin, och bland annat framarbetat instruktioner för hur rehabiliteringsprocessen ska genomföras. Instruktionerna följer i hög grad överenskommelsens skrivelser. Dock finns ett mindre undantag vad gäller tidsramarna för rehabiliteringsinsatsen, där det i en av mottagningarnas instruktion för rehabiliteringens genomförande anges följande:

”Om patienten skall få sin rehabilitering på vårdcentralen så bör den komma igång så snart som möjligt men inom 3 månader från sjukskrivningens början.”

(Rehabilitering av patienter på AA vårdcentral)

Detta är en längre tidsram än vad som anges som målsättning i överenskommelsen där det står:

”Målsättningen är att berörda patienter ska få behandling/rehabilitering inom 6 – 8 veckor från sjukskrivningens början.”

(Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting om en rehabiliteringsgaranti för 2009 och 2010)

En möjlig tolkning är att denna förskjutning i tidsramarna beror på att man anpassat genomförandet till de lokala villkor som råder för mottagningens arbete, vilken kan präglas av tidsbrist och även brist på personalresurser – ett inte ovanligt förhållande inom hälso- och sjukvården.

På en av vårdenheterna används överenskommelsen som underlag för rehabiliteringsverksamheten, samt även ett informationsdokument om garantin som utformats av landsting A. Dokumentet lyfter fram de viktigaste punkterna i överenskommelsen: målgrupperna som omfattas av garantin, hur arbetet ska genomföras avseende tidsramar och arbetsgång, samt beskrivning av MMR och KBT genom att ange de kriterier som karaktäriserar behandlingsformerna enligt överenskommelsens direktiv. Dessutom anges ersättningsformerna. Andra dokument som används på vårdenheterna utgörs av blanketter för bedömningsunderlag, direktiv för hur redovisning av verksamhet inom garantin ska redovisas till försäkringskassan etc. En vårdcentral har dessutom utvecklat en smärtskola som ingår i rehabiliteringsprogrammet, och som genom landstingets processledare spridits till landstingets vårdcentraler för att även de ska kunna ta del av det koncept som utvecklats av vårdcentralen. Utifrån dokumentationen framgår att smärtskolan är en relativt omfattande verksamhet som riktar sig till rehabiliteringspatienter, och som bland annat omfattar sju lektioner och som syftar till att öka kunskapen om bakomliggande faktorer till smärta och förmedla strategier för förändring av beteenden som medför nedsatt fysisk och mental funktion.

En annan vårdenhet i landsting A som arbetar med MMR har utvecklat en programbeskrivning för sin rehabiliteringsverksamhet. Programbeskrivningen följer intentionerna i garantin både vad gäller urval av målgrupper för rehabilitering och genomförande, främst enligt MMR, men lyfter även fram en utgångspunkt för sin verksamhet som är tydligt inriktad på individens livskvalitet, och inte återgång till arbete:

”Vi har en grundsyn som också stöds av aktuell forskning att personer med långvarig smärta är angelägna om att upprätthålla sin värdighet samt att det finns ett starkt samband mellan smärta och livskvalitet d v s att minskad smärta medför ökad livskvalitet. [...] Vår människosyn präglas av respekt för individen och att personens kön, yrkesmässiga eller ekonomiska situation, sociala eller etniska bakgrund, politiska eller religiösa uppfattning eller sexuella läggning inte får utgöra hinder för att få tillgång till smärtsektionens resurser.”

(Programbeskrivning)

Programbeskrivningen anlägger alltså ett delvis annat perspektiv på orsakerna till varför man rehabiliterar jämfört med garantin, men också detta perspektiv, i likhet med garantin, utgår från och hänvisar till aktuell forskning.

Landsting B: landstinget centralt

Inga dokument har inkommit från landstinget centralt. Dock anger några av vårdenheterna att de använder ett dokument för rutiner för rehabiliteringsgarantin i landsting B, som utvecklats centralt. Eftersom dokumentet sänts in av de enskilda vårdenheterna återfinns analysen av detta i följande avsnitt (Landsting B: vårdenheter), men bör även ses som ett dokument representativt för landstinget centralt. Viktigt att notera är dock att det på landstingets hemsida

finns en sida om rehabiliteringsgarantin, med länkar till ett antal dokument som används inom ramen för landstingets arbete med garantin. Förutom ovan nämnda styrdokument om rutiner för genomförandet finns också en uppsättning formulär, bland annat blanketter att fylla i för vårdenheter som ansöker om att ge behandlingar i MMR och KBT inom garantin, samt formulär för patienter att fylla i om arbetsförmåga och självskattat hälsotillstånd inför rehabilitering. Dessutom finns ett informationsblad till allmänheten som beskriver vad garantin är och vilka behandlingar som ingår. Detta informationsblad tydliggör att behandlingarna syftar till återgång i arbete.

Där finns även en uppsättning kunskapsunderlag för insatser inom garantin som utgörs av rapporten *Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta* från samarbetsprojektet Nationella medicinska indikationer (Svenska läkaresällskapet, SKL, Socialstyrelsen och SBU) utgiven 2011, SBU:s nyligen uppdaterade version av *Metoder för långvarig smärta* och länk till Socialstyrelsens preliminära rapport *Nationella riktlinjer för vård av rörelseorganens sjukdomar*.

Hemsidans innehåll indikerar att landstinget centralt dels fokuserar på arbetsåtergång i rehabiliteringsverksamheten inom garantin, dels använder uppdaterat och aktuellt forskningsbaserat kunskapsmaterial inom området.

Landsting B: vårdenheterna

Olika typer av dokument har inkommit från vårdenheterna, bland annat rutiner för multimodal behandling, ett av landstinget centralt utvecklat dokument om rutiner för rehabiliteringsgarantin, informationsblad om multimodala metoder, formulär för rehabiliteringsplan och rehabiliteringsprogram.

Syfte med rehabiliteringsgarantin

Flera av vårdenheterna anger att de använder dokumentet *Rehabiliteringsgarantin – Rutin i Landstinget B 2011*. I dokumentets bakgrund beskrivs överenskommelsens viktiga element, bland annat syfte målgrupp, valda behandlingsmetoder med fokus på garantins intention är att all behandling inom garantin ska ske med angivna evidensbaserade metoder. Också intentionerna för landstinget rutin för garantin anges inledningsvis:

”Föreliggande rutindokument har tillkommit utifrån landstingets intention om att arbetet med rehabiliteringsgarantin ska hålla god kvalitet och att rehabiliteringsgarantin ska vara rättvis och omfatta de patienter som mest behöver kvalificerade insatser. Det finns därför en strävan mot att göra patientens väg in i rehabiliteringsgarantin så enhetlig som möjligt och att förutsättningar måste finnas på vårdenheterna för såväl bedömning som för att kunna tillhandahålla de olika behandlingsinsatserna antingen i egen regi eller genom att remittera till upphandlad aktör. Avsikten med rutinen är att ge ram och struktur till rehabiliteringsgarantin i lä B.”

(Rehabiliteringsgarantin – Rutin i Landstinget B 2011)

Efter bakgrunden om den nationella rehabiliteringsgarantin följer rutinbeskrivningen av hur garantin ska genomföras i landstinget, vilket också inleds med syfte:

”Syftet med rehabiliteringsgarantin är att stärka den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen och ge fler personer möjlighet till evidensbaserad behandling i tidigt skede.”

(Rehabiliteringsgarantin – Rutin i Landstinget B 2011)

Det är inte helt tydligt om detta utgör landstingets eget syfte för garantins lokala implementeringsprocess, eller om man strävar efter att följa den nationella garantins syfte. Också här syns

spår av den första garantins formulering i överenskommelse 2008, där uttrycket ”stärka den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen” förekommer, men som försvinner i senare överenskommelser.

Målformuleringarna för landstingets verksamhet inom garantin följer dock i hög grad garantins intentioner då de fokuserar på arbetsåtergång och arbetsförmåga:

”Målen med rehabiliteringsgarantin i Landstinget B är något/några av följande:

- förebygga sjukskrivning
- förkorta sjukskrivningstiden
- förebygga insjuknande

Det utesluter inte andra samtidigt mål såsom reducerad smärtintensitet, större samhällelig delaktighet, bättre hälsa och livskvalitet.”

(Rehabiliteringsgarantin – Rutin i Landstinget B 2011)

Man har här valt att tydliggöra de andra värden som visserligen återfinns i överenskommelsen men inte på central textnivå, och här lyfta fram dem till en mer fokuserad plats och ställa dem i direkt relation till verksamhetens mål för rehabiliteringsverksamheten.

Genomförande av rehabiliteringsgarantin

Dokumentet som anger landstingets rutin för rehabiliteringsgarantin följer i sin beskrivning av genomförandet i princip helt överenskommelsens aktuella beskrivningar över de diagnoser som omfattas av garantin, vilka behandlingsmetoder som ska användas samt kompetensnivån för KBT-behandlare som lägst omfattar steg 1-utbildning, samt garantins ersättningssystem. Sedan följer ett för landstinget lokalt utvecklat flödesschema för patientens väg i rehabiliteringsgarantin, som övergripande anger vad som ska ingå i faserna omhändertagande, bedömning, behandling och utvärdering. Ur detta mer omfattande dokument har även kortare s.k. lathundar utvecklats, var funktion är att skapa och stödja rutiner utifrån ett pragmatiskt verksamhetsperspektiv.

En vårdenhet har utvecklat ett eget program för smärtrehabilitering, som används inom ramen för garantin. Dokumentet ger en omfattande och tydlig beskrivning av behandlingsprogrammet för patienter med ”[...] långvarig icke malign smärta” från teamutredning till utskrivning, bland annat av vilka olika åtgärder som de olika professionerna som ingår i teamet ska utföra samt vilka bedömningsinstrument i form av exempelvis formulär som bör användas och ställer upp de villkor man har för att behandla patienter inom programmet:

”Det ska föreligga behov av insatser från ett helt eller större del av ett interdisciplinärt team. Patienterna kan vara helt eller delvis sjukskrivna eller i arbete med risk för sjukskrivning. Det är viktigt att motivering finns för att återgå/fortsätta arbeta.”

(Rehabprogram för smärtrehabteamet 2009)

Genom hela programmet löper som fokus att rehabiliteringsinsatsernas syfte är återgång i arbete, och i en smärtrehabiliteringskurs inom programmet ingår att patienten tillsammans med personalen planerar för återgång i arbete genom exempelvis kontakter med arbetsgivare och försäkringskassa och arbetsplatsbesök.

Hinder och framgångsfaktorer

I ett av vårdenheternas PM för ett möte för Utbildningsrådet för MMR-team anges problematiska förhållanden för enhetens multimodala behandlingar – patientflödet är för lågt vilket lett

till att personalkostnaderna inte kunnat täckas och inga utbildningsmedel har kommit in, vilket medfört att planerade utbildningssatsningar ställts in.

Landsting C: landstinget centralt

För att genomföra rehabiliteringsgarantin i landstinget har en mängd dokument tagits fram, bland annat avrop, manualer för patientbedömning och rehabilitering och utbildningsplanering.

Syfte med rehabiliteringsgarantin

Landstinget följer ordagrant överenskommelsens syftesformulering genom att citera den i sina styrdokument för rehabiliteringsgarantins genomförande. Syftet följs även i de direktiv och beskrivningar som görs i dokumenten.

Genomförande av rehabiliteringsgarantin

Landstinget har centralt arbetat fram en mängd dokument som används för styrning och uppföljning samt instruktion för genomförandet av rehabiliteringsgarantin. Bland annat finns avrop för garantin, som ger instruktioner för vårdgivaren ska ansöka om ersättning för rehabiliteringsinsatser utförda inom garantin. Avropen innehåller en beskrivning av garantins huvudpunkter; bland annat syfte, vilka målgrupper som omfattas, vilka behandlar som kan ges samt de summor som utgår för behandlingarna – dvs. regleringen av ersättningen. Avropen innehåller även bilagor med instruktioner för inrapportering av psykologisk behandling och multimodal behandling. Bilagorna anger kompetensnivån för psykologisk behandling enligt rehabiliteringsgarantin och vilka kriterier patienten måste uppfylla för att omfattas av garantin, samt vilka villkor som ska vara uppfyllda för att få ersättning för multimodal rehabilitering, bland annat teamets sammansättning, vilka moment som bör ingå samt vilka kriterier patienten ska uppfylla för att omfattas av garantin, bland annat att ”Arbetsåtergång efter genomgången multimodalt rehabiliteringsprogram bedöms rimlig/trolig”. Bland de moment som anges som viktiga i den multimodala rehabiliteringen nämns även arbetsåtergång:

”Teamen har regelbundna möten för att diskutera utredning, rehabiliteringsprocess och resultat. Teamet har också ett utvecklat och genomtänkt sätt att låta patienten vara en del av teamarbetet. Vid uppföljning i teamet tillsammans med patienten sker utvärdering av behandlingen samt planering för framtiden. Viktigt att planering sker i samråd med berörda parter vad gäller arbetsåtergång, aktiviteter mm.”

(Avrop, Landstinget i C län 2010)

I avropen tydliggörs att syftet med rehabiliteringsinsatserna ska vara att få patienterna att kunna återgå i arbete, och detta nämns på flera ställen genom att tydligt referera Överenskommelsen eller genom direkta citat ur den.

Landstinget har tagit fram flera dokument som ska användas inom ramen för garantin som stöd för systematisk bedömning och behandling. Av dessa dokument utgör *PR-team. primärvårdens rehabiliteringsutredning i team* en hörnsten. Dokumentet är, som titeln antyder, en manual för rehabiliteringsutredningar som täcker in patientens egen framtidsbild och mål, social, psykologisk och medicinsk sårbarhet, stress, arbete och arbetsförhållanden, socioekonomisk status och livsstilsfrågor. Manualen följer även upp förutsättning för arbete och gör en rehabiliteringsplan som innefattar både medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering samt anger att en plan för återgång i arbete ska göras. Manualen syftar till att vara ett stöd i bedömningsprocessen och strukturerar genomförandet både vad gäller vad som ska göras och vem/vilken profession i teamet som ansvarar för de olika bedömningsdelarna. För att stödja

och skapa en gemensam struktur för landstingets rehabiliteringsverksamhet har också en processbeskrivning utvecklats som beskriver processflödet under rehabiliteringsprocessen.

Landstinget har i stor utsträckning sedan rehabiliteringsgarantin infördes i landstinget satsat på utbildning och kunskapsutveckling i form av kurser och seminarier. Som exempel kan nämnas kurser i tillämpad avslappning riktad till sjukgymnaster, bedömning av arbetsförmåga, arbetsterapi i primärvård för personer med smärttillstånd, kurser och samrådsmöten kring arbetet med multimodal rehabilitering och föreläsningar om smärtpsychologi. Att döma av dokumentationen kring denna del av implementeringen av garantin är satsningen omfattande och varierad samt tydligt inriktad på att utgöra ett strategiskt utvecklingsarbete med kompetensstärkande syfte.

Hinder och framgångsfaktorer

Landstinget har gjort en uppföljning av arbetet med rehabiliteringsgarantin i landstinget med fokus på multimodal behandling, som dokumenterats i form av ett utskick till landstingets verksamhetschefer inom primärvården. Man konstaterar att både behandling och rapportering av patienter med psykisk ohälsa "[...] fungerar tillfredsställande i landstinget.", medan patientantalet som erbjudits multimodal rehabilitering bedöms vara för lågt:

"Vi har under sista året arbetat intensivt för att kunna erbjuda multimodal rehabilitering i primärvården i C län. Trots insatserna ser vi att antalet patienter som erbjuds multimodal behandling ligger för lågt. Att ändra arbetssätt tar tid, men det är samtidigt viktigt att vi värnar om att patienterna får den behandling de har rätt till."

(Rehabiliteringsgarantin – uppföljning av multimodal rehabilitering, landstinget i C län)

Man menar att orsaken till det låga patientantalet kan utgöras av bedömningssvårigheter när det gäller patienter som kan komma ifråga för multimodal rehabilitering och som riskerar sjukskrivning för sina besvär:

"En svårighet i arbetet kan vara urvalet, att hitta de patienter som behöver en mer omfattande rehabiliteringsinsats och riskerar att hamna i en lång sjukskrivning."

(Rehabiliteringsgarantin – uppföljning av multimodal rehabilitering, landstinget i C län)

I dokumentet anges också att det finns ett evidensbaserat screeninginstrument som kan användas för att bedöma om patienter riskerar utveckla kronisk funktionspåverkan och rekommenderar att detta används för att "[...] på ett bättre sätt göra urval och hitta patienter i behov av behandling.", samt tillhandahåller en länk till instrumentet. Troligen kan en del av landstingets omfattande utbildningsverksamhet också ses som en strategi för att komma åt denna problematik.

Landsting C: vårdenheterna

Vårdenheterna använder dels material som landstinget centralt har utvecklat, dels egenproducerat material såsom rutinbeskrivningar och manualer. Dessutom anger en vårdenhet att de använder SBU-rapporter och Socialstyrelsens samt Försäkringskassans riktlinjer som underlag för rehabiliteringsverksamheten inom garantin.

Syfte med rehabiliteringsgarantin

Flertalet av vårdenheterna anger att de i stor utsträckning använder centralt producerat material vilket innebär att de syftesbeskrivningar som finns i vårdenheternas dokument utgör samma som landstingets centralt, d.v.s. överenskommelsens syfte.

Genomförande av rehabiliteringsgarantin

En stor del av dokumenten som används av vårdenheterna har alltså producerats inom landstinget centralt. Detta gäller exempelvis för en vårdenhet som använder C läns landstings material för implementeringen av rehabiliteringsgarantin, samt underlag från forskning och myndigheter. Forskningsunderlaget består av SBU:s systematiska översikter om rehabilitering vid långvarig smärta, metoder för att främja fysisk aktivitet, m fl. Myndighetsunderlaget består bland annat av Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 och Försäkringskassans underlag för sjukskrivning.

Av de dokument som utvecklats centralt i landstinget för att ge direktiv och instruktioner för arbetet inom rehabiliteringsgarantin, kan även nämnas exempelvis dokumentet *Instruktion för rapportering av multimodal rehabilitering*, som ger direktiv för vad som ska ingå i en multimodal rehabilitering för att få ersättning inom rehabiliteringsgarantin, samt praktiska instruktioner för hur inrapporteringen sker. Dokumentet följer i sin beskrivning överenskommelsens villkor för MMR-team, och lyfter därvid fram den etiska utgångspunkt som bör prägla rehabiliteringsprocessen:

”Teamet har en gemensam värdegrund i ett biopsykosocialt synsätt med helhetssyn på patienten, vilket tillämpas under utredning och behandling. Patienten är alltid subjekt i utredningen. Utredningen skrivs för patienten som tillsammans med sjukvården äger utredningen.”

(Instruktion för rapportering av multimodal rehabilitering, Landstinget i C län)

I likhet med vad som sker i vissa andra landsting läggs även här viss emphasis på individperspektivet, här i syfte att visa fram patientens delaktighet och status som jämlik i rehabiliteringsprocessen.

Majoriteten av vårdenheterna använder också en mängd formulär och checklistor för rehabiliteringsarbetet. Bland formulär som fylls i av patienten eller patienten och vårdgivare finns bland annat EQ-5D för bedömning av hälsorelaterad livskvalitet, Neck Disability Index (NDI) och Frågeformulär om smärtproblem. Även flera checklistor och manualer för att tillse att rutinerna följs används: PM för rehabiliteringsgarantin, primärvårdens manual för rehabiliteringsutredning i team där båda psykosociala aspekter (bland annat genus) och medicinska aspekter uppmärksammas, checklista för bedömning i psykosociala team vid MMR-rehabilitering vid smärta, flödesschema för PR-team och multimodal behandling, m fl. checklistor och manualer. Dokumentunderlaget tyder på att man som underlag för arbetet inom garantin inte endast använder det material som producerats inom garantin, utan också utgår från forskningsresultat, som integreras i det praktiska arbetet. Forskning och landstingsproducerat material, anpassat till den lokala verksamheten samverkar alltså i implementeringsprocessen, som av allt att döma utifrån dokumentgranskningen sker i enlighet med rehabiliteringsgarantins intentioner.

Vårdenheterna använder även dokument som ger instruktioner och direktiv för sjukskrivningsprocessen, och dessa dokument tycks i hög utsträckning ha integrerats i utformningen av patienternas rehabiliteringsbehandling, som uttryckligen beskrivs ska inriktas till återgång i arbete. I dokumenten anges bland annat att det inom rehabiliteringsbehandlingen ska ingå kontakter mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och vårdgivaren, för att främja samverkan om patientens återgång i arbete.

Tre vårdcentraler i landsting C som arbetar inom rehabiliteringsgarantin har skrivit en uppföljande rapport om den första tidens arbete under 2009, där genomförandet beskrivs. Dessa

tre vårdcentraler har fungerat som pilotmottagningar för att initiera och utveckla rehabiliteringsbehandling inom ramarna för rehabiliteringsgarantin, för att sedan sprida det utvecklingsarbete de utvecklat vidare i landstinget. Under tiden för utvecklingsarbetet, då vårdcentralerna fungerade som piloter, utvecklade de team för multimodal behandling, och utformade behandlingsprocessen och arbetsrutiner utifrån deras respektive lokala förhållanden.

”Ramarna/kärnan är gemensam och har samlats i en gemensam processbeskrivning. Vi har utformat flöden och arbetssätt olika exempelvis när det gäller struktur och organisation utifrån lokala förhållanden. Olika arbetssätt har provats när det gäller fast eller rörligt team vid bedömningar, flödet kring urval av patienter och utformning av den multimodala rehabiliteringen.”

(Rapport från de tre piloterna inom projektet Rehabiliteringsgaranti mars – december 2009, Landstinget i C län)

I rapporten nämns att ett ”[...] gediget kunskapsmaterial om multimodal rehabilitering och vad detta skulle innehålla låg till grund för arbetet.” Detta kunskapsmaterial nämns ovan, och består av forskningslitteratur, SBU-sammanställningar om evidensbaserade metoder för bland annat rehabilitering, myndigheters riktlinjer, manualer och frågeformulär som till stora delar i sig utgör tillämpad forskning. Underlaget har tillsammans med vårdgivarnas erfarenheter och kunskaper resulterat i att vårdcentralerna utvecklat rehabiliteringsprogram för behandling inom garantin, egna manualer och s.k. lathundar anpassade till de lokala förhållandena.

Av rapporten framgår att vårdcentralerna arbetat med att utveckla en struktur för verksamheten inom garantin. Det är tydligt att behandlingarna följer de villkor som anges i överenskommelsen, men att den lokala kontexten satt sina spår i exempelvis hur rutiner utformas och hur teamens sammansättning sett ut – vissa vårdcentraler verkar ha arbetat med mer fast sammansatta team, medan andra har arbetat i rörliga team:

”Teamarbetet kring PRbedömning och multimodal behandling har i C-stad inte utförts av ett fast reahabteam. Vid varje tillfälle har ett team med inblandade professioner kallats samman. [...] Valet av rörliga team grundade sig i viljan att bygga upp ett mindre sårbart arbetssätt som kan vara hållbart i längden och få spridning på hela vårdcentralen.”

(Rapport från de tre piloterna inom projektet Rehabiliteringsgaranti mars – december 2009, Landstinget i C län)

Utvecklingsarbetet var planerat att avslutas hösten 2009 för att därefter påbörja spridningsarbetet ut i landstinget, men enligt rapporten kom påtryckningar från övriga vårdcentraler i landstinget, och därför påbörjades spridningsarbetet något tidigare i augusti 2009.

Hinder och framgångsfaktorer

I *Rapport från de tre piloterna inom projektet Rehabiliteringsgaranti* presenteras framgångsfaktorerna i implementeringsprocessen av rehabiliteringsgarantin. Gemensamt för vårdcentralerna är engagerade medarbetare, att logistiken för teamsamverkan fungerar, ledningens stöd som skapar förutsättningar att genomföra förändringar av arbetssätt och verksamhetsorganisation. Dessutom poängteras vikten av att hitta rätt patienter i ett tidigt skede, något som även lyfts fram i rehabiliteringsgarantin, samt att teamarbetet runt patienten finns och fungerar. Man nämner också att tillgång till processledare som bland annat följt utvecklingen och möjligheten att i mindre omfattning testa metoderna har utgjort förutsättningar för att personalen har lyckats förändra sina arbetssätt.

Något som inte konkret beskrivs som ett hinder, men som framträder som en möjlig problematisk företeelse är urval av patienter till behandling och bedömning. I rapporten står:

”Urval till behandling och bedömning har gjorts av rehabsamordnare och distriktsläkare i samråd med andra professioner som tidigare varit inblandade i patientärendet. När det gäller urvalet är vår erfarenhet att det inte är helt självklart vilka patienter som kan vara aktuella för teambedömning och multimodal behandling på vårdcentralen. Detta kan utvecklas vidare efter ytterligare erfarenhet av arbetet.”

(Rapport från de tre piloterna inom projektet Rehabiliteringsgaranti mars – december 2009, Landstinget i C län)

Citatet ovan visar att det finns en grad av osäkerhet vid urval av patienter i bedömningsprocessen, vilket är något som återkommer i flera dokument från både landstingen centralt och från vårdcentralerna som ingår i denna studie.

Vinster

Man kan betrakta vinster i ett projekt i anslutning till framgångsfaktorer. Framgångsfaktorer är det som underlättar i genomförandet av ett förändringsarbete, och är oftast också viktiga element i det som uppfattas som projektets vinster. I *Rapport från de tre piloterna inom projektet Rehabiliteringsgaranti* beskrivs vinsterna med utvecklingsarbetet av rehabiliteringsgarantin, och benämns som ”guldkorn”. Vårdcentralernas rehabiliteringsteam menar att arbetet medfört en bättre arbetsmiljö genom ökat samarbete med kollegor, att de upplever att patienten uppskattar teamarbetet, att delaktigheten har ökat för alla och att teamarbetet upplevs som ett roligt arbetssätt. Man upplever också att ansvarsfördelningen fördelad i team som mer positiv jämfört med att vara ensam behandlande vårdgivare, samt att det blivit tydligare vad de olika professionerna i teamet gör. Dessutom anger enskilda vårdcentraler att exempelvis teamverktyget medför kvalitetssäkring, skapar delaktighet genom att alla, både teamet och patienten, tillsammans arbetar med verktyget och att verktyget betraktas som användbart för flera ändamål än för arbetet med rehabiliteringsgarantin.

Landsting D: landstinget centralt

Landstinget använder ett flertal dokument för genomförandet av rehabiliteringsgarantin, bland annat manualer och s.k. lathundar för multimodal rehabilitering och KBT-behandling, projektplan för koordinatörer i primärvården som arbetar övergripande med att sänka länets ohälsotal, användarhandledning för rehabiliteringsplan, ramavtal för MMR utförd av extern leverantör, politiskt beslut om genomförande av garantin i landstinget och en uppföljningsrapport av garantin.

Syfte med rehabiliteringsgarantin

I landstingets dokument framgår tydligt att rehabiliteringsverksamheten inom ramen för garantin ska syfta till återgång i arbete. I landstingsstyrelsens ärendebeskrivning för införande och tillämpning av rehabiliteringsgarantin nämns på flera ställen, bland annat överst i dokumentet, att återgång i arbete är garantins syfte. Detta syfte återkommer även i projektplanen för koordinatörer i primärvården, där det står:

”Det övergripande målet är att sänka ohälsotalen i D län. [...] handläggning av sjukskrivning/rehabilitering ska främja individens hälsa och tillfrisknande samt stärka förutsättningarna att bibehålla och/eller återfå arbetsförmågan och därmed förmågan till sin egen försörjning.”

(Projektplan för Koordinatörer i Primärvård, Landsting D)

Poängteringen av att syftet är återgång i arbetet återkommer i beskrivningar av och direktiv för verksamheten inom garantin, men då som en del av genomförandeprocessen. Även i ramavtalet för upphandlade externa aktörer som ska utföra multimodal behandling lyfts detta syfte fram, här i direktiv för uppdragets inriktning. I avtalet anges att behandlingen ska inriktas på:

”Multimodal behandling enligt rehabiliteringsgarantin, SBU rapport 2006 Nr 177/1-2, för patienter med långvarig funktionsnedsättning på grund av smärta från rörelseapparaten. Det primära målet med rehabiliteringsgarantin och därmed den multimodala rehabiliteringen är en återgång till arbete.”
(*Ramavtal. Multimodal rehabilitering, 2009*)

Landstingets direktiv och regleringar följer alltså i tydlig linje med rehabiliteringsgarantins intentioner genom att fokusera syftet på att rehabiliteringsinsatserna ska inriktas mot återgång i arbete.

Genomförande av rehabiliteringsgarantin

I ärendebeskrivningen till landstingsstyrelsen beskrivs genomförandet initialt helt enligt överenskommelsen, antingen genom att i princip ordagranna referat eller direkta citat och inga avvikelser från garantins innehåll sker. Denna beskrivning innehåller överenskommelsens syfte, att garantin ska genomföras med de evidensbaserade metoder som anges av SBU eller motsvarande internationella systematiska sammanställningar ”[...] med evidens för att återfå arbetsförmågan.”, att behandlingsmetoderna omfattar multimodal rehabilitering och KBT samt garantins målgrupper, dvs. vilka kriterier som måste uppfyllas för få behandling inom garantin. Man anger även vad som karaktäriserar multimodal behandling vad gäller team-sammansättning och genomförande, bland annat att behandlingen också ska innehålla planering för återgång i arbete. För KBT-behandling anges de besvär som omfattas av garantin samt kompetensnivån på behandlarna.

Landstingsstyrelsens ärendebeskrivning innehåller förutom beskrivning och direktiv för garantin på nationell nivå även en anpassning till landstingets förhållanden. Man har genomfört en kartläggning av landstingets rehabiliteringsinsatser som visat att de sker i enlighet med garantin, men att omfattningen av insatserna är för låg:

”Volymen av de insatser som utförs i nuläget är inte av den omfattningen att landstingets andel av de avsatta medlen kommer att förbrukas.”
(*Införande och tillämpning av rehabiliteringsgarantin, Ärendebeskrivning, Landstingsstyrelsen 2009*)

För att motverka denna utveckling anger dokumentet att vissa åtgärder kommer att genomföras: behandlingsöverenskommelser ska utvecklas för att förbättra insatserna, kapaciteten inom både primärvård och specialiserad vård för multimodal rehabilitering och KBT ska ökas och dessutom ska externa aktörer upphandlas för multimodal rehabilitering.

I en uppföljning gjord 2010 av genomförandet av rehabiliteringsgarantin konstateras att målet för multimodal rehabilitering, som var 200 behandlingar under 2010 inte har nåtts – 180 behandlingar hade genomförts. Däremot nåddes målet med KBT-behandlingar där man översteg målet på 640 behandlingsperioder, då totalt 792 hade genomförts. För att nå de uppsatta målen har främst personalen utökats både vad gäller multimodal behandling och KBT-behandling vilket medfört att antalet rehabiliteringsinsatser successivt ökat:

”Dessa personalförstärkningar har bidragit till att volymen för smärtrehabilitering på specialistnivå är högre än innan rehabiliteringsgarantin infördes. Tidigare kunde väntetiden till rehabilitering vara relativt lång och det fanns kö på smärtrehabilitering, efter personalförstärkningen har väntetiden förkortats avsevärt.”
(*Resultat rehabiliteringsgarantin 2010, landsting D*)

Man anger även i samma dokument ett antal andra åtgärder som genomförts för att uppfylla rehabiliteringsgarantins villkor, bland annat utbildning av sjukgymnaster i funktionsbedömning och arbetsterapeuter i aktivitetsförmågebedömning – två bedömningsinsatser som är nära länkade till patientens återgång till arbete. Man har även utvecklat ett certifieringssystem för

multimodal behandling i team som används som ekonomiskt incitament – de vårdcentraler som uppfyller certifieringskraven, utformade efter rehabiliteringsgarantins villkor, får ta del av rehabiliteringsgarantins behandlingsersättningar. Dessutom har personal med KBT-kompetens steg 1 frigjorts för att arbeta inom garantin, samtidigt som man satsar på att ytterligare utöka den KBT-kompetenta personalen genom steg 1-utbildningar.

För landstingets genomförande av garantin finns också flera instruktionsdokument för behandlingar inom ramen för garantin, bland annat s.k. lathundar för att fylla i de redovisningsblanketter som finns för de behandlingar som genomförts. I lathundarna anges även direktiv för vad som bör känneteckna en multimodal rehabilitering, inklusive planering av återgång i arbete, samt vilken kompetens som krävs för att utföra KBT-behandling inom garantin, samt kort beskrivning av de psykiska tillstånd som omfattas: ångestsyndrom, depression och stress.

I ett certifieringsunderlag av multimodal rehabilitering enligt rehabiliteringsgarantin till landstingets kliniker beskrivs metoden helt enligt överenskommelsen, och även här tydliggörs att behandlingsinsatserna ska syfta till att åstadkomma återgång i arbete och innehålla planering för ett framtida arbetsliv.

Hinder och framgångsfaktorer

Ett hinder för genomförandet av rehabiliteringsgarantin i landstinget beskrivs i *Ärendebeskrivning till landstingsstyrelsen om införandet och tillämpningen av rehabiliteringsgarantin*. Som nämnts ovan under temat *Genomförande* har för få insatser inom garantin utförts och man har haft svårt att nå ersättningstaket för garantin, vilket tycks bero på att man inte inom landstingsvården haft tillräcklig kapacitet. I samma dokument anger man därför att kapaciteten för att erbjuda evidensbaserade behandlingsmetoder ska ökas, vilket bland annat ska ske genom upphandling av multimodal rehabilitering av externa aktörer. Landstingsstyrelsen beslutar att:

”De åtaganden som görs får inte innebära att landstinget långsiktigt åtar sig nya permanenta kostnader som inte är finansierade.”

(Införande och tillämpning av rehabiliteringsgarantin, Ärendebeskrivning, Landstingsstyrelsen 2009)

Skrivelsen i dokumentet visar på att det inte ges ekonomiska förutsättningar för långsiktiga satsningar och vidmakthållande av den verksamhet som initieras och genomförs inom ramarna för garantin. Även om detta i dokumentet inte beskrivs som ett hinder, utgör det ett potentiellt hinder eftersom särskilt multimodal rehabiliteringsbehandling är en resurskrävande verksamhet, både vad det gäller kostnader, tidsåtgång och personal. För att vårdgivare ska vara beredda att satsa på den typen av behandling krävs ofta stödstrukturer i form av möjligheter till långsiktig verksamhetsplanering och kontinuitet i de ekonomiska förutsättningarna.

Landsting D: vårdenheterna

En av verksamhetscheferna anger att de inte har några egna dokument om rehabiliteringsgarantin, utan endast använder dem som finns inom landstinget centralt och hänvisar till att processledaren skickat in dessa. Verksamhetschefen anger dock inte vilka landstingsdokument som kliniken använder. I övrigt återfinns rutiner för sjukskrivning, smärtrehabilitering och teamarbete för rehabiliteringsinsatser inom garantin, formulär för patienter och vårdgivare att fylla i för att skapa underlag för och följa upp rehabiliteringsbehandlingen, informationsblad till patienter om smärthanteringskurser som erbjuds samt rehabiliteringsinternat.

Syfte med rehabiliteringsgarantin

I likhet med flertalet övriga vårdenheter som ingår i denna dokumentstudie finns få syftesformuleringar i de dokument vårdenheterna anger de använder inom garantin, utan de är istället genomgående inriktade på genomförandet av rehabiliteringsverksamheten. En syftesformulering återfinns dock i en rutinbeskrivning av teamarbete:

”Regeringen och försäkringskassan har satsat på att sänka ohälsotalet, d.v.s. minska antalet sjukskrivna personer, och har bland annat infört rehabkedjan med tidsgränser för sjukskrivning. Detta ställer högre krav på verksamheten i primärvården gällande tex kvalitet på medicinska underlag och rehabilitering. D läns landsting har erhållit riktade ekonomiska bidrag från regeringen för att arbeta med dessa frågor i projektet Rehabiliteringsgarantin och ett av målen där är att utveckla det multimodala arbetet i Primärvården.”
(*Teamarbete. Bakgrund, mål och arbets-/genomföranderutiner*)

Här läggs det övergripande syftet för flera regeringssatsningar samman – att minska sjukskrivningarna i landet - med rehabiliteringsgarantin och man anger att det specifika målet för landstingets rehabiliteringsverksamhet inom garantin är att utveckla primärvårdens MMR-rehabilitering.

Genomförande av rehabiliteringsgarantin

En vårdenhet har angett att dokumentet *Rutin för sjukskrivning* som utvecklats specifikt för vårdcentralen används i arbetet inom rehabiliteringsgarantin. Rutinbeskrivningen har utvecklats för att ”sträva efter god försäkringsmedicinsk praxis” och där står bland annat:

”Alla sjukskrivna över 5 månader får en tidsplanerad behandlingsstrategi utformad i samklang med sjukför-säkringens rehabiliteringskedja.”
(*Rutin för sjukskrivning DD vårdcentral*)

I det fall dessa rutiner, som är tydligt inriktade på att motverka långa sjukskrivningar och syftar till att främja återgång i arbete, är integrerade i rehabiliteringsarbetet inom garantin kan de medverka till att behandlingarna fokuserar på just återgång i arbete och en kort sjukskrivningsperiod. Det framgår dock inte helt tydligt av dokumentet hur vårdcentralens sjukskrivningsrutiner är integrerade i garantiverksamheten. Samma vårdcentral har även utvecklat rutiner för teamarbete i rehabiliteringsverksamheten, och man anger att rehabiliteringsgarantin utgör orsak till detta. I samband med att denna orsak anges att det:

”[...] finns stark evidensstyrka för att multimodal rehabilitering långsiktigt ger bättre resultat vid långvarig smärta och leder till positiva effekter på arbetsåtergång och sjukskrivning än mindre omfattande åtgärder.”
(*Rutin för sjukskrivning DD vårdcentral*)

Generellt tycks detta landsting beakta rehabiliteringsgarantins syfte om återgång i arbetet i stor utsträckning, då man finner det inskrivet i princip alla dokument som handlar om genomförandet av garantin. Som ytterligare exempel kan nämnas en vårdenhets information till sina rehabiliteringspatienter om en kurs i smärthantering respektive ett rehabiliteringsinternat, där man skriver:

”Om du är inne i en sjukskrivningsprocess vill vi att Du inför rehabiliteringsperioden kontaktar din handläggare på Försäkringskassan. Detta för att diskutera ditt framtida mål vad gäller din arbetssituation.”
(*ur informationsblad om internat på rehabiliteringscenter landsting D*)

Här syns spår av integrering av planering av arbetsåtergång inom rehabiliteringsbehandlingen. Utifrån de dokument som granskats från detta landsting är återgång till arbetet och en inte-

ring av planering inför ett framtida arbetsliv för patienten den linje som landstinget framhåller gäller för rehabiliteringsverksamheten inom garantin.

Landsting E: landstinget centralt

Landstinget anger att de centralt inom garantin använder en informationsbroschyr om garantin, ett kortfattat informationsdokument om garantins direktiv samt ett mer omfattande styrdokument för genomförandet av garantin i landstinget.

Syfte med rehabiliteringsgarantin

Samtliga av landstingets dokument innehåller syftesbeskrivningar som följer överenskommelsens formuleringar, i princip genom direkt citering. Dessutom återfinns i ett dokument ett specifikt syfte för rehabiliteringsinsatserna:

”Rehabiliteringen syftar till att så långt som möjligt återställa patientens funktionsförmåga, bevara uppnådd funktion, träna kompenserade funktioner och därigenom förbättra förutsättningarna för full aktivitet och delaktighet i samhällslivet.”

(Rehabiliteringsinsatser, Landstinget i E)

I samma dokument finns också överenskommelsens syfte, dock i den äldsta versionen:

”Syftet med överenskommelsen är att stärka den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen.”

Vad som inte nämns i detta dokument är att rehabiliteringsinsatserna ska inriktas mot arbetsåtergång. Man kan dock tolka det först förekommande syftets formulering om att rehabiliteringens inriktning mot ”full aktivitet och delaktighet i samhällslivet” som ett uttryck för detta, även om det inte är helt tydliggjort vad som avses.

Genomförande av rehabiliteringsgarantin

Landstinget centralt anger tre dokument som används i verksamheten inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Ett av dessa är en beskrivning av hur landstingets rehabiliteringsinsatser inom garantin bör utformas, och bland annat nämns de dokument som reglerar verksamheten inom landstinget: överenskommelsen och Socialstyrelsens föreskrifter om samordning av insatser för rehabilitering. Ett annat av dokumenten utgör en mer övergripande beskrivning som har funktionen av allmän information om garantin främst till vårdgivare och är den informationsbroschyr som producerats av SKL (se sid 90), men som landstinget satt sin logotyp på, enligt SKL:s medgivande. Dokumentet är mer beskrivande än att det ger direktiv. Det tar upp garantins syfte, vilka målgrupper som omfattas, en kortfattad beskrivning av ersättningssystemet och vilka behandlingar som ingår samt beskrivningar av dessa. Dessutom anger dokumentet att sjukskrivning inte alltid är aktuellt och att läkaren före sjukskrivning bör konsultera Socialstyrelsens beslutsstöd för sjukskrivning vid diagnoserna akut stressreaktion, depression, diskbråck och lumbagoischias samt vid etablerad långvarig smärta i rörelseapparaten. Dokumentet avslutas med en beskrivning av sjukskrivning i relation till rehabiliteringskedjan och där står bland annat:

”Att människor har haft långa perioder av passiv sjukskrivning utan behandling och rehabilitering har visat sig ha negativa effekter. Patienten kan bli sjukare och ha svårare att återgå i arbete. Nu bedöms rätten till sjukpenning enligt rehabiliteringskedjan.”

(Rehabiliteringsgarantin, Landstinget F)

Landstinget har även ett dokument om rehabiliteringsgarantins genomförande i landstinget som är mer formaliserat och mer utformat som ett beskrivande direktiv. Detta dokument lyfter

fram garantins syfte – att insatserna inom garantin ska inriktas på att ”förbättra patientens arbetsförmåga och därmed möjliggöra en återgång i arbete efter behandling och rehabilitering.”. I dokumentet lyfts också fram att en av garantins intentioner är att patienten får tillgång till evidensbaserade metoder i större utsträckning. Dessutom skriver man att behandlingar inom garantin inte endast omfattar sjukskrivna, utan även kan ges för att motverka en potentiell sjukskrivning. Dokumentet följer väl de beskrivningar och direktiv som anges i rehabiliteringsgarantin, med beskrivningar av vad som bör ingå i multimodal rehabilitering samt vilken kompetens som krävs för KBT-behandling för att behandlingarna ska omfattas av rehabiliteringsgarantin. Dokumentet beskriver även garantins ersättningsystem samt ger övergripande direktiv för hur behandlingsinsatser ska inrapporteras för att ge ersättning.

Landsting E: vårdenheterna

Två av vårdenheterna har uppgett att de inte har några dokument om verksamheten inom rehabiliteringsgarantin. En av dessa tillägger att vårdenheten inte använder några speciella dokument, utan istället informerat om garantin på ledningsmöte, samt tillägger att de sedan länge arbetat med aktuell patientgrupp och KBT. Övriga vårdenheter anger att de använder dokument utvecklade inom landstinget centralt och även har utgått från bland annat Socialstyrelsens riktlinjer för långvarig smärta samt SBU-rapporter. Dessutom har de utvecklat egna dokument för verksamheten inom rehabiliteringsgarantin.

Genomförande av rehabiliteringsgarantin

En vårdenhet använder dels de dokument som landstinget utvecklat centralt, dels utvecklat egna riktlinjer för multimodal behandling. Riktlinjerna har formen av en s.k. lathund och beskriver rehabiliteringsteamets sammansättning, insatsens målgrupp, samt kortfattat behandlingens uppläggning, bland annat att den ska innefatta planering inför framtiden och arbetsåtergång genom bland annat kontakter med arbetsplatsen. Det är dock oklart vem som ska ha kontakter med arbetsplatsen och om vad.

En annan vårdenhet anger i ett informationsblad om mottagningens smärtrehabilitering att de utför sin smärtrehabiliterande verksamhet utifrån SBU:s riktlinjer:

”Vår målsättning är att patienter ska återfå balans, ökad funktionsförmåga, framtidstro, värde och arbetsförmåga. Detta gör vi genom att bekräfta, ge kunskap som leder till insikt och praktisk tillämpning. Vi arbetar evidensbaserat utifrån SBU:s riktlinjer för behandling av långvarig smärta (SBU-rapport från 2006).”
(*Smärtrehab, Landstinget i F*)

I samma dokument beskriver man att det vid rehabiliteringens avslutande tillsammans med patienten ”[...] förbereder och medverkar vid ett avstämningsmöte med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och arbetsgivaren.”. Vårdenheten arbetar alltså aktivt med att hjälpa patienten tillbaka till arbetet, genom att inrikta rehabiliteringsinsatserna mot återgång i arbetet samt initiera och medverka i möten med aktörer från arbetslivet.

För vårdenheterna finns även ett gemensamt processdokument för multimodal rehabilitering som deklarerar målet för landstingets rehabiliteringsverksamhet, anger kriterier för patienturval för behandling samt innehåller en manual för hur behandlingen ska genomföras. Som mål anges att:

”Vår målsättning är att patienter ska återfå balans i livet, ökad funktionsförmåga och delaktighet i samhället, framtidstro, självkänsla och arbetsförmåga.”
(*Processbeskrivning Smärtrehab, Landstinget i F*)

Här framträder tydligt och integrerat både det vårdande perspektivet som fokuserar på främjande av individens livskvalitet och att behandlingen ska syfta till återgång i arbete. Detta återkommer i manualen för MMR:s genomförande, där man följer det som anges i överenskommelsen som utmärkande för denna typ av behandlingar med inriktning mot ökad funktionsförmåga, smärthantering och planering inför återgång i arbete.

Vinster

I ett dokument beskrivs de utvecklingsmöjligheter som rehabiliteringsgarantin kan medföra för vårdenhetens verksamhet. Utvecklingsområdena är tre och omfattar resursvinst genom att en heltidstjänst för en sjukskrivningskoordinator lösgör rehabiliteringspersonal som då kan ägna mer tid åt rehabiliteringsverksamhet och också en tydligare försäkringssituation för patienten, resursförstärkning till rehabiliteringsteam vilket skulle medföra fler rehabiliteringsbedömningar och rehabiliteringsinsatser, samt utveckling av ett nytt koncept i samarbete med ryggortopedin för att förbättra diagnostiken av komplexa ryggpatienter så att rätt patienter opereras och de som inte opereras får förbättrad rehabilitering, vilket skulle ge vinster i form av färre ryggoperationer, bättre operationsresultat samt bättre rehabiliteringseffekter på icke opererade patienter.

Landsting F: landstinget centralt

Landstinget har skickat in ett antal olika typer av dokument som används inom arbetet med rehabiliteringsgarantin. De består av styrdokument såsom projektplaner och beslutsdokument (exempelvis förvaltningsledningens tjänsteutlåtande), direktiv och instruktioner för redovisning av den verksamhet som faller inom rehabiliteringsgarantin, information till vårdgivare och befolkningen/patienter, inbjudningar till kurser och informationstillfällen om garantin samt uppföljning i form av rapport.

Syfte med rehabiliteringsgarantin

Syftesbeskrivningarna i landstingets olika dokument följer i princip i detalj överenskommelsens syfte:

”Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting har tecknat en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade och medicinska insatser i syfte att åstadkomma en återgång i arbete.”

En avvikelse från de exakta syftesrefereringar sker dock. I en rapport från 2010 om hur arbetet med rehabiliteringsgarantin har utvecklats har ett syfte lagts till förutom att rehabilitera patienter till arbetsförmåga: ”[...] samt att ett större belopp skall kunna avropas från staten så att modellen för Rehabgarantin kan fortsätta utvecklas och då särskilt i primärvården.” (Rapport 2010, Landstingsstyrelsens förvaltning). Detta utökade syfte strider inte mot garantins intentioner, men det är intressant att man här utvecklar syftet för att fokusera på behovet av att utveckla primärvårdens MMR-behandlingar.

Genomförande med rehabiliteringsgarantin

Generellt i landstingets dokument följs överenskommelsens direktiv i beskrivningarna av hur genomförandet av garantin ska göras. Detta gäller i såväl Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltnings tjänsteutlåtande som i projektplaner och information till vårdgivare och befolkning/patienter. Genomförandebeskrivningarna tar formen av direktiv, precis som hos överenskommelsen. Vikten av att överenskommelsen följs understryks av att viktiga delar av den citeras ordagrant i landstingets dokument, vilket exempelvis gäller syfte, målgruppsangivelse, resursfördelning och med vilka metoder arbetet ska utföras. Dock sker en viss anpassning till lokala förhållanden i vissa av dokumenten. I tjänsteutlåtandet förslår man att insatserna i

landstinget ska bygga på tidigare erfarenheter från projekt som genomförts för att minska sjukskrivningstalen i länet och utveckla rehabiliteringsverksamheten inom landstinget.

Projektplanerna följer tydligt och utan avvikelser överenskommelsen och citerar överenskommelsens syfte samt direktiv för vad som ska ingå i en verksamhet för att uppfylla garantins krav. I projektplanerna poängteras att rehabiliteringsinsatserna ska syfta till arbetsåtergång, och man anger att Socialstyrelsens riktlinjer i *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd* ska följas vid sjukskrivning vid de diagnoser som omfattas av garantin:

”[...] sjukskrivning alltid bör vara kopplad till aktiva åtgärder i form av funktionsutredning, funktionshöjande åtgärder, arbetsträning etc. Vidare anger de att trots kvarstående besvär kan en betydande del av patienterna efter hand återgå i lämpligt arbete på hel eller deltid och med välplanerad rehabilitering efter några månader upp till ett år.”

(Projektplan, F läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning 2011-03-11)

Man har dessutom lokalt för landstinget ställt upp ett antal effekt- och projektmål som en strategi att uppfylla garantins syfte. Som effektmål utgör överordnat mål att en ökad andel patienter i målgrupperna ska återfå arbetsförmåga, samt upplever delaktighet och sitt behov av rehabilitering tillgodosett, vilket är samma syfte som garantin har. Därtill tillkommer ett antal effektmål som bland annat stipulerar att det ska finnas ett antal MMR-team och KBT-behandlare som arbetar enligt rehabiliteringsgarantin. Som projektmål anges bland annat att information om garantin ska öka till patienter och vårdgivare samt att stimulansinsatser till godkända vårdgivare utifrån behov och grunduppdrag ska göras. Bland målen finns även en utredning av behov och utbud bland målgrupperna.

Ett intressant inslag i projektplanen 2011 är att den tydligt fokuserar på att det är de evidensbaserade metoder som anvisas i SBU-rapporter och i Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av depression, samt andra vetenskapliga underlag och myndigheters sammanställningar som anges av överenskommelsen som det som ska gälla för verksamheten inom rehabiliteringsgarantin. Dock lyfter projektplanen även fram att SBU och Socialstyrelsen samtidigt anger att:

”[...]de vetenskapliga underlagen för rehabilitering är otillräckliga och nyttan är svår att värdera.”

(Projektplan, F läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning 2011-03-11)

I projektplanen anges även de vårdjuridiska aspekter som styr verksamheten inom garantin: lagen om vårdgarantin, rehabiliteringskedjan, hälso- och sjukvårdslagen samt landstingets regelböcker och avtal. Dock skrivs i projektplanen:

”[...] regelböcker och avtal för olika uppdrag inom olika vårdområden ska följas, men kan vid behov anpassas genom förvaltningens arbetsprocesser för regeländringar så att det evidensbaserade arbetssättet för rehabiliteringsgarantin säkras.”

(Projektplan, F läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning 2011-03-11)

Det är alltså tydliggjort att garantin äger företräde före landstingets eget regelverk, vilket visar den prioritet den har tilldelats inom landstinget.

Landstinget har även följt upp arbetet inom rehabiliteringsgarantin, och resultaten publicerades i en rapport 2010. Rapporten visar bland annat att det krävs fler MMR-vårdgivare, främst inom primärvården, för att få in ökat antal patienter till MMR-behandling, men också att det krävs behovsutredning av vilket antal MMR- och även KBT-behandlare som behövs.

Rapporten berättar också att vårdgivare, och då främst MMR-behandlande vårdgivare, i initialskedet av garantins införande anslöt sig i långsam takt, vilket anses bero på att landstingsförvaltningen i början inte gav någon extra ersättning för verksamhet inom garantin:

”Med det något knapphändiga projektdirektiv som fanns och förvaltningens hållning att se vårdtjänsterna som ordinarie uppdrag och initialt inte ge någon extra ersättning för tjänsterna inom Rehabgarantin, blev anslutningen mycket låg bland vårdgivarna. Det gällde särskilt för MMR, som är en betydligt mer komplex arbetsmodell än den ordinarie. Att bilda ett MMR-team är en långsam process; ett team med gemensamt synsätt på smärtehabilitering ska bildas, utvärderingsinstrument och ett rehabiliteringsinnehåll ska överenskommas och skapas struktur för.”

(Rapport 2010, Nationella Rehabiliteringsgarantin 2010, Landstingsstyrelsens förvaltning)

Antalet MMR-vårdgivare som anslöt sig till garantin ökade dock då förvaltningen beslutade att ge ersättning för insatser inom garantin.

Rapporten nämner även att det framkommit önskemål från yrkesgruppen läkare om att särskilda bedömningsteam ska finnas, för att kvalitetssäkra sjukintygprocessen och bedömningar av patientens behov av MMR-behandling. Rapporten kommenterar dock detta önskemål med att denna typ av insatser inte täcks av rehabiliteringsgarantins ersättningsmodell.

Landstinget har även distribuerat mer allmän information om garantin till vårdgivarna och till befolkningen. Informationen till vårdgivarna är främst deskriptiv och följer utan avvikelser överenskommelsens innehåll, men håller en mer förklarande informativ ton utan att ge direktiv. Ett exempel på information till invånarna/vårdtagarna utgörs av ett informationsblad som landstinget har utformat, som kort och med ett relativt okomplicerat språkbruk beskriver vad rehabiliteringsgarantin är och vilka besvär man ska ha för att omfattas av den. Dock används ett par möjligen väl komplicerade uttryck i informationsbladet:

”MMR [multimodal behandling beskrivs tidigare i dokumentet] innebär att olika yrkesgrupper samordnar sitt arbete för att få ett både fysiologiskt och psykosocialt synsätt på smärtan.”

(Dokument inskickat av rehabiliteringsgarantins koordinator, ursprungligen från landstingets/hälso- och sjukvårdens externa hemsida)

Det är inte säkert att folk i allmänhet vet vad begreppen ”fysiologiskt” och ”psykosocialt” innebär, och vad detta synsätt medför vad gäller den multimodala behandlingen. Begreppen kan nog anses vara mer relaterade till yrkesspecifik vokabulär än till de vardagsuttryck som tydligare skulle kunna förklara detta.

Kommunikations- och beslutsprocesser

Projektplanerna anger relativt detaljerade översikter över organisationen av arbetet med garantin genom att nämna de grupper som ska ingå, samt deras roller och ansvarsområden. Dessutom beskrivs hur kommunikationen ska ske i en kommunikationsplan, där man anger vilken information som ska spridas till vilka aktörer och organisationer samt hur ofta de olika grupperna ska träffas för informationsutbyte, planering och beslutsfattande.

Sammantaget visar projektplanen upp ett kontinuerligt flöde av kommunikation, som dels består av dialog mellan landstingets tjänstemän, dels av information riktad utåt till vårdgivare och till befolkningen/patienter. Kommunikationsplanen karaktäriseras av täthet i tid, samt kontinuitet och regelbundenhet, vilket är faktorer som främjar ett utvecklingsarbete vid en implementeringsprocess.

Hinder och framgångar

Förutom att ange direktiven för garantin listas även i projektplanerna ett antal potentiella hinder och framgångsfaktorer för implementeringsprocessen, vilka i planen benämns ”risker” respektive ”möjligheter”. Som risker nämns att vårdgivarnas vilja att delta i garantin kan minska på grund av bristande kompetens särskilt vad gäller MMR, av tidsbrist eftersom MMR är en tidskrävande metod, att man saknar tillräckligt patientunderlag, att garantin saknar långsiktighet och att man därför är ovillig att satsa resurser på att utveckla något som sedan inte har förutsättningarna för en fortsättning, och en bristfällig administration som innebär att behandlade patienter inte rapporteras in.

Man anger även att informationen riskerar att skapa fel förväntningar, men det är oklart vad som avses. En möjlig tolkning kan vara att det är patientinformationen om garantin som skapar förväntningar hos patienten att man ska bli frisk, eller i alla fall avsevärt bättre, medan behandlingen i realiteten främst är inriktad på att skapa förutsättningar för och främja återgång i arbete, d.v.s. höja funktionsförmågan trots de besvär man har.

I *Rapport 2010* som följt upp arbetet med garantin nämns, vilket även beskrivs i avsnittet ovan, att beslutet i garantins initialfas att inte ge extra ersättning till insatser utförda inom garantin till vårdgivarna resulterade i en långsam uppslutning, vilket utgjorde ett hinder i den första tidens genomförandeprocess. Dessutom nämns i rapporten att läkare efterfrågar bedömningsteam för sjukintyg och rehabiliteringsbehov, vilket tyder på att dessa moment är problematiska och att det därför bland annat finns behov av tydligare bedömningsinstrument och möjligen även ökade resurser i form av exempelvis tid och personal.

Som framgångsfaktorer nämns i projektplanerna att rehabiliteringsgarantin ger kompetensutveckling i form av utbildningsinsatser till vårdgivarna, samt att andra stödinsatser kan riktas från landstinget centralt till vårdgivarna. Garantin kan också medföra förbättrad administration av vårdgivarnas patient- och behandlingsregistrering och rapportering. Även tydliga beslutsprocesser anges som en framgångsfaktor, vilket avspeglas i den tydliga beskrivningen av arbetsgrupper och deras roll i beslutsprocessen. Insikt om fördelar med teamarbete och garantins fördelar som arbetsmodell för målgrupperna anges också som en framgångsfaktor, liksom vikten av det finns öronmärkta pengar som säkerställer att insatser görs inom garantin.

Vinster

I projektplanen anges ökad jämställdhet som en potentiell vinst, genom att två tredjedelar av sjukskrivningarna som faller inom ramen för garantin utgörs av kvinnor och man skriver:

”[...] att främja ett evidensbaserat utbud inom medicinsk behandling borde ge önskvärda jämställdhetseffekter. Även jämlikhet generellt anses kunna gynnas om utbudet styrs efter behov, och särskilt personer med utländsk härkomst lyfts fram som en grupp som skulle kunna gynnas.”

(Projektplan, F läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning 2011-03-11)

Det är endast i några få undantagsfall ett jämställdhetsperspektiv på sjukskrivning och rehabilitering förs fram i de dokument som ingår i studien, och detta är troligen en avspeglning av att högsta nivåns direktiv, överenskommelsen, inte omfattar genusfrågor. Dock ryms detta i SKL:s informationsbroschyr från 2011, vilket antyder att jämställdhet är ett område som kommer att bli mer fokuserat inom garantin i framtiden.

Landsting F: vårdenheterna

Vårdenheterna använder olika blanketter och formulär för patientbedömning, bland annat EQ-5D för hälsorelaterad livskvalitet, rutinbeskrivningar för MMR och vårdprogram för rehabilitering. Dessutom använder en vårdenhet i stor utsträckning material som utvecklats för rehabilitering inom ett tidigare projekt.

Syfte

I vårdenheternas dokument återfinns inga syftesbeskrivningar som är tydligt kopplade till verksamhet inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Detta beror på att huvuddelen av dokumenten utgörs av rutiner, lathundar etc., d.v.s. relativt kortfattade dokument som tillkommit för att ange hur verksamheten ska genomföras, inte varför.

Genomförande

En av vårdenheterna använder förutom ett antal formulär även överenskommelse mellan patient och vårdgivare för behandlingen. Överenskommelsen som ska signeras av båda parterna stipulerar ett antal åtaganden som ska fyllas under behandlingstiden. Patienten åtar sig bland annat att fylla i de formulär som behövs för att få behandlingsunderlag och att delta i behandlingsprocessens olika moment. I överenskommelsens inledning står att behandlingen bygger på att patienten tar ett eget ansvar för sin behandling, vilket bland annat innebär att patienten delvis styr sin behandling genom att själv boka in föreläsningar och friskvård som ingår i programmet. Det multidisciplinära teamet åtar sig bland annat att erbjuda behandlingar som är vetenskapligt beprövade, respektera tystnadsplikten, erbjuda hjälp utformad efter individuella behov och skapa samarbete mellan patienten, arbetsgivare, försäkringskassa och arbetsförmedling. Överenskommelsen tydliggör också att rehabiliteringsverksamheten inte syftar till att bota, utan till att öka förmåga/funktion i relation till de besvär man har:

”[...] återfå, bevara, och om möjligt utöka Din funktionsförmåga trots de besvär Du har.”
(*Överenskommelse, FF Ryggcentrum*)

En annan av vårdenheterna uppger att de inte specifikt har implementerat rehabiliteringsgarantin, eftersom de redan sedan tidigare projekt inom rehabiliterings- och sjukskrivningsområdet utvecklat och använt de arbetssätt som garantin föreskriver. Av de dokument vårdenheten skickat in framgår att de arbetar med MMR i team enligt evidensbaserade metoder, utifrån överenskommelsens beskrivning.

En av vårdenheterna uppger att de har arbetat med att implementera rehabiliteringsgarantin i verksamheten, och att detta arbete fortgår samtidigt som man behandlar patienter. Av dokumentationen framgår att man bland annat ägnat utvecklingsarbetet åt att arbeta fram team för rehabilitering samt rutiner som följer garantins direktiv, bland annat har enkla instruktiva s.k. lathundar för MMR utvecklats som används i verksamheten. I ett mötesprotokoll från vårdenheten finns vissa hinder noterade, relaterade till bristande patientunderlag. Ett problem har varit att finna motiverade patienter, då vissa har haft en negativ inställning till att träffa psykolog. För att överkomma detta hinder beslöt man att tydliggöra att psykologkontakten fokuserar på smärthantering:

”[...] enas om att vara tydliga med att beskriva att kontakten med psykolog ska vara för att hitta former att hantera smärtan.”
(*Protokoll Rehabgarantimöte 4/4 2011, FF Husläkare AB*)

Ett annat hinder som nämns i protokollet är att vårdenheten har problem med att läkare inte remitterar patienter till mottagningen för rehabilitering, vilket man tror beror på att läkarna behöver hjälp med bedömningen av sjukgymnast.

Sammanfattning dokumentanalys

I dokumentanalysen ingår en mängd olika dokument från nationell nivå - SKL, landsting centralt som utgör regional nivå och vårdenheter på lokal nivå. Dokumenten kan indelas i olika grupper efter den funktion de haft i implementeringsprocessen. Dessa grupper består av information (exempelvis broschyrer), direktiv (exempelvis handlingsplaner), instruktion och verksamhetsstöd (exempelvis manualer) och uppföljning (rapporter). Dokumenten utgör viktiga element i implementeringsprocessen, och man kan anta att de haft stor påverkan på hur verksamheten inom ramen för rehabiliteringsgarantin har utformats.

Dokumentanalysen visar att implementeringsprocessen i hög utsträckning karaktäriseras av direktiv. Direktiven förekommer ofta i form av beskrivningar av hur implementeringen av garantin ska eller bör utformas. Rehabiliteringsgarantin utgör i sig själv ett direktiv som utgått från regeringen, i samverkan med SKL, och är i sin form av avtal i överenskommelsen reglerande för den verksamhet som man anger ska utföras inom ramen för garantin.

Dokumentanalysen visar också att garantins beskrivande och reglerande form har behållits då den förts in i olika kontexter, här främst på regional nivå, dvs. central administrativ och beslutande landstingsorganisation och lokal nivå, dvs. vårdenheterna som i mötet mellan vårdgivare och patient utgör slutpunkt för garantins vandring genom samhället. Tecken på detta är att texten i överenskommelsen i princip ordagrant citeras när implementeringsprocessen har genererat nya dokument för att genomföra garantin i olika kontexter – överenskommelsens direktiv och beskrivningar ligger mer eller mindre orörda kvar när de bäddas in i andra kontexter och kommer på så sätt troligen att i hög grad att forma verksamhetsorganisation och praktik på de olika implementeringsnivåerna. Detta tyder på att garantins genomslag har varit starkt i implementeringsprocessen, även om dokumentanalysen inte kan visa på om detta också stämmer i realiteten. Att garantin har kunnat hållas så intakt genom kontexterna beror säkerligen på att fyra av de mest kraftfullt verkande styrmedel som samhället har till förfogande har kombinerats för att implementera garantin: högsta nivåns politiska vilja och beslut, lagar och direktiv i form av Hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens regelverk, vetenskaplig legitimitet genom evidensbaserade metoder och ekonomiska incitament, vilket genererat en schematisk och i hög grad reglerande styrstruktur för implementeringsprocessen.

Rehabiliteringsgarantin har alltså genererat en mängd dokument både på regional och på lokal nivå, vilket tyder på att garantin tas på allvar och tillhör ett prioriterat område i landsting och på kliniker – inte minst utformandet av manualer och instruktioner för dess implementering visar på detta. Dessa dokument som producerats och använts för att implementera garantin följer i princip utan avvikelser garantins intentioner när de exempelvis anger vad som ska ingå i en behandling och hur samt varför den ska genomföras. Att rehabiliteringsinsatserna inom garantin ska inriktas mot återgång i arbetet löper genom landstingens och vårdenheternas dokument, och utgör ett genomgående dominant tema för implementeringsprocessen. Dock finns viss tendens till förskjutning i syftesformuleringar när garantin implementeras på lokal nivå och ett annat, mer vårdande individcentrerat fokus läggs till. Detta perspektiv lyfter fram individens livskvalitet och vårdens uppgift att lindra lidande, medan garantins överordnade syfte att garantin ska främja återgång i arbete inte kan sägas hamna i bakgrunden, men väl vid sidan om denna, för vården traditionella, värdegrund.

Vad gäller de behandlingar som anges av garantin visar dokumentanalysen på vissa problematiska aspekter. I flera av dokumenten påtalas ett bristande patientunderlag för multimodal behandling, och man anger att det orsakats av svårigheter att göra patienturval till rehabilitering med MMR. Det finns alltså behov av bedömningsinstrument och kriterier för MMR, och kanske särskilt instrument som anpassats till rehabiliteringsbedömning och patienturval inom primärvården.

Ytterligare problematik när det gäller MMR är att det är en komplex behandlingsmetod som kräver resurser i form av personal, kompetens, tid och ekonomiska medel. Den kräver också stabilitet och kontinuitet både vad gäller tilldelning av ekonomiska medel och långa tidsramar för att kunna utvecklas som effektiv behandlingsmetod i den lokala praktiken. Rehabiliteringsgarantins projektmodell har en motverkande effekt på detta, och dokumentanalysen visar bland annat att den kortsiktiga projektformen och den osäkra finansiella framtiden tenderar att göra exempelvis verksamhetsansvariga på vårdenheter tveksamma till om de har utrymme att göra den resurssatsning som MMR kräver. Dessutom förekommer svårigheter att inom primärvården samla tillräcklig kompetens för att starta upp ett rehabiliteringsteam på separata vårdenheter. Detta har exempelvis vissa landsting löst genom att ha kompetensen för ett MMR-team utspritt över flera vårdenheter inom landstinget, vilket inte är en optimal lösning då det gäller att effektivisera MMR-behandlingarna och patienternas tillgång till den och ur utvecklingssynpunkt för teamens samverkan.

Också KBT bär på problematiska inslag. I överenskommelsen framstår förankringen av KBT-behandling som främjande återgång i arbetet som svag. Det finns inga direktiv eller beskrivningar som anger hur KBT ska användas för att främja återgång till arbete, och inte heller att KBT ska inriktas på detta.

Inom alla projekt ryms hinder och problem, men också framgångsfaktorer – de element som underlättar genomförandet. En av dessa framgångsfaktorer har utgjorts av den ersättning som utgått för rehabiliteringsverksamhet inom ramen för garantin. De extra ekonomiska resurserna har lett till utveckling av landstingens rehabiliteringsinsatser, och att fler patienter fått behandling. En annan framgångsfaktor som nämns i dokumenten är erfarenheter från liknande satsningar, vilket underlättat genomförandet av garantin, då det redan funnits strukturer för de rehabiliteringsinsatser som garantin anger.

Verksamheten inom garantin anges också i dokumenten ha genererat vinster. Av vissa landsting och vårdenheter lyfts garantin fram som en utvecklingsfaktor för verksamheten, och bland annat nämns att den skapat möjligheter att utveckla personalens rehabiliteringskompetens, likväl som att den genererat delvis andra sätt att arbeta - främst i team. Ökad samverkan mellan kollegor har haft synergieffekter och den anges ha medfört ökad delaktighet för både personal och patienter, samt ökade kunskaper om kollegors specifika yrkesområden. Garantin har även medfört att vårdenheternas rehabiliteringsverksamhet utvecklats och stärkts genom att personal, kompetens och tid har kunnat tillföras genom garantins ersättningssystem. Att arbeta utifrån manualer som bygger på evidensbaserade metoder lyfts också fram som vinst, och man menar att det lett till en kvalitetssäkring av behandlingarna. Också ökad jämställdhet nämns som en vinst, dock ännu så länge potentiellt. Genus återfinns som ett nytt inslag i SKL:s senaste informationsbroschyr om rehabiliteringsgarantin från 2011, och i ett fåtal landsting lyfts ett jämställdhetsperspektiv fram, och man menar att garantin kan leda till att kvinnor och män behandlas mer jämlikt både i sjukskrivningsprocessen och under rehabiliteringen.

Diskussion och slutsatser

Syftet med denna processutvärdering har varit att kartlägga och beskriva arbetet med rehabiliteringsgarantin utifrån ett övergripande organisationsperspektiv samt beskriva arbetet med garantin utifrån ett verksamhetsperspektiv och genom detta besvara frågorna:

- Hur har regeringens övergripande målsättning konkretiserats och vilka åtgärder har medverkande landsting vidtagit för att införa och tillämpa rehabiliteringsgarantin?
- Vilka lokala faktorer och omständigheter har underlättat respektive försvårat landstingens förutsättningar att tillämpa rehabiliteringsgarantin?
- Vilka åtgärder har genomförts på klinisknivå i syfte att tillämpa rehabiliteringsgarantin för de aktuella behandlingsformerna och hur har dessa åtgärder organiserats?

Utvärderingsstudien har använt flera olika typer av data för att få en så bred bild som möjligt av rehabiliteringsgarantins implementeringsprocess: enkätsvar, intervjuer och dokument. Enkätundersökningen, som omfattar landets samtliga landsting, utgör grund för det urval av landsting och vårdenheter som ingår i intervju- och dokumentstudierna. Intervjuerna har genomförts med landstingens processledare och hälso- och sjukvårdsdirektörer samt verksamhetsansvariga på de vårdenheter som ingår i urvalet i syfte att få en inblick i dessa nyckelaktörers perspektiv på rehabiliteringsgarantin. En begränsning i intervjustudien utgörs av att det skett ett mer omfattande bortfall av informanter som representerar privata specialistenheter samt i viss mån även privat primärvård. Detta innebär att deras perspektiv inte kommer till uttryck i samma omfattning som övriga informanternas. Dokumenten som analyserats har producerats inom ramen för garantin och har ingått i genomförandet av den inom de landsting och vårdenheter som ingår i urvalet till intervjustudien. Dokumentanalysen har syftat till att studera hur man genom dessa texter har informerat, reglerat, stött och följt upp den verksamhet som utförts inom garantin, och de utgör viktiga element i implementeringsprocessen.

Nedan sammanfattas huvuddragen av utvärderingens resultat kopplade till ovanstående frågeställningar. Med avseende på utvärderingens *första* frågeställning visar de samlade resultaten att samtliga i studien ingående landsting inrättat en projektorganisation med ansvar att organisera arbetet med rehabiliteringsgarantin i redan befintliga organisationer för sjukskrivningsmiljarden. En centralt ansvarig processledare, projektledare alternativt kontaktperson har i merparten av de undersökta landstingen utsetts att leda arbetet tillsammans med en projektgrupp. Funktionen har sannolikt varit av central betydelse för implementeringsprocessen och dess utfall. Mot bakgrund av Rogers (2003) olika typer av implementeringsaktörer kan processledarens roll här beskrivas som såväl ”förändringsagent” som ”opinionsledare”. Generellt sett har landstingens projektorganisation haft stor betydelse för verksamheternas förutsättningar att driva arbetet med rehabiliteringsgarantin.

Majoriteten av landstingen har utformat en skriftlig handlingsplan för genomförandet av rehabiliteringsgarantin med överenskommelsen mellan regeringen och SKL som grund. Verksamhetsrepresentanterna har överlag fått del av landstingsproducerad information samt information från SKL genom processledarna, främst via möten och nyhetsbrev. Kompetensutvecklande åtgärder, nyanställningar och utökning av befintliga personalresurser är andra exempel på åtgärder som landstingen vidtagit. En certifieringsprocess har i vissa landsting införts som en kvalitetssäkring för att säkerställa att kraven för rehabiliteringsgarantin uppfylls av verksamheterna.

Både intervju- och dokumentstudien visar att garantins intentioner behållits intakta då de införlivats i landstingens verksamhet. Garantin har implementerats med fyra av de mest kraftfullt verkande förändringsinstrument som finns att tillgå: politiska beslut, lagar och direktiv, vetenskapligt stöd och ekonomiska incitament, vilka samverkat under implementeringsprocessen för att konkretisera garantins målsättningar. Resultatet av denna samverkan har lett till att garantin förts in i och implementerats i de olika kontexterna utan de förskjutningar och förändringar som ibland sker vid en implementeringsprocess av denna omfattning. Detta tyder på att garantins genomslag har varit starkt i implementeringsprocessen och i hög grad troligen format verksamhetsorganisation och praktik på de olika implementeringsnivåerna. En lätt tendens till förskjutning är dock att notera främst på den verksamhetsnivå som utgörs av vård- enheterna. Ett mer individfokuserat perspektiv inriktat på vård, omsorg och livskvalitet läggs i vissa fall till vid sidan om rehabiliteringsgarantins syfte att verksamheten inom garantin ska inriktas mot arbetsåtergång.

Studien visar dock att rehabiliteringsinsatserna uppges syfta till arbetsåtergång, och därmed följer garantins intentioner. Det är emellertid värt att notera tendensen till förskjutning eftersom det kan finnas en risk att det framför allt på lokal implementeringsnivå utvecklas konkurrerande syften – ett nationellt direktiv som syftar till återgång till arbetet och lokalt utvecklade syften som fokuserar på att lindra, bota och främja livskvalitet. Detta är traditionella värden och denna värdegrund som ingår i hälso- och sjukvårdens uppdrag har länge fungerat som utgångspunkter för verksamheten. Det finns en vaghet i överenskommelsen vad gäller värdegrund och det kan vara att den behöver få ett tydligare uttryck. I förlängningen kan konkurrerande syften få konsekvenser för i vilken grad rehabiliteringsinsatserna inriktas mot arbetsåtergång. För att säkra att rehabiliteringsgarantins intentioner följs i den lokala praktiken, och att behandlingarna inom ramen för garantin fokuserar på återgång i arbete, skulle garantins syfte tydligare kunna kopplas till vårdens värdegrund. Eftersom den effektutvärdering som utförs inom ramen för detta utvärderingsuppdrag visar att rehabiliteringsinsatserna inom garantin inte gett signifikanta effekter på arbetsåtergång i form av minskade sjukskrivningar (se Slutrapport del I) kan det behövas en utvärdering som fokuserar på hur insatserna inriktats mot arbetsåtergång och med en sådan uppföljning som utgångspunkt utarbeta nationella riktlinjer för utformningen av den delen av rehabiliteringsinsatserna.

Omfattande implementeringsforskning understryker vikten av att beakta omständigheter i mottagarorganisationens omgivning eller kontext. Greenhalgh et al (2004) betonar att innovationer anpassade till lokala förhållanden har större chans att bli framgångsrikt implementerade och beträffande utvärderingens *andra* frågeställning visar resultaten att engagemang och motivation hos berörda medarbetare, att driva arbetet med rehabiliteringsgarantin, utgjort en central underlättande omständighet. Resultaten visar också att en försvårande faktor i vissa fall varit personalens motstånd mot förändring och anpassning av arbetet i enlighet med garantin. Den främsta orsaken anges vara en ovana vid att arbeta i team istället för individuellt.

En faktor som underlättat arbetet är den ekonomiska ersättningen för de aktuella behandlingsformerna, men den ekonomiska ersättningen bär också på viss problematik. Resultaten visar på att ersättningen i vissa fall helt eller delvis stannat på central landstingsnivå och inte tilldelats vårdenheterna som ersättning för utförda behandlingar, vilket lett till frustration och tveksamhet inför att fortsätta utföra rehabiliteringsinsatser inom garantin.

I fråga om landstingens etablerade stödstrukturer pekar resultaten på att centralt ansvariga kontaktpersoner tillsammans med rehabiliteringskoordinatorer och rehabiliteringssamordnare underlättat landstingens arbete med garantin. Landstingens tidigare erfarenheter av liknande

satsningar förefaller därtill ha underlättat arbetet med rehabiliteringsgarantin. Resultatet har stöd i den del av implementeringslitteraturen som uppmärksammar organisationens så kallade förändringsberedskap (jfr Weiner et al 2009) vilken bland annat beror på en organisations ”förändringshistoria”.

Avsaknad av långsiktighet i beslut framstår som en försvårande omständighet inom flera landsting. Sena beslut och tidsbegränsningar för planering och implementering av garantin, parallellt med ordinarie verksamhetsdrift framstår som andra försvårande omständigheter. I övrigt identifierar utvärderingen en rad hindrande omständigheter vilka alla kan kopplas till organisatoriska förutsättningar där några exempel är ”sönderslagning” av förvaltningen, att rehabiliteringsgarantin varit inskriven i Vårdvalet och ottydlighet vad gäller resursfördelning.

Vad gäller utvärderingens *tredje* frågeställning visar resultaten att verksamheterna inom de olika landstingen genomfört en rad olika åtgärder i syfte att tillämpa rehabiliteringsgarantin och de aktuella behandlingsformerna. Ett mönster är att färre åtgärder för förändring vidtagits inom specialistvården än inom primärvården. Specialistklinikerna uppger i hög grad att de redan innan garantin infördes arbetat i team och i enlighet med de angivna behandlingsalternativen, och har därför inte behövt förändra sin verksamhet i samma utsträckning som primärvården. I linje med detta har de privata aktörerna överlag vidareutvecklat redan etablerade arbetssätt vilka utformats i enlighet med rehabiliteringsgarantins intentioner. Nyanställningar samt utökande av befintliga tjänster återfanns inom både specialist- och primärvården, likaså omstrukturering avseende återrapporteringsrutiner. De flesta åtgärderna återfinns dock inom primärvården där den största förändringen består i omställningen från ett individbaserat arbetssätt till ett teambaserat arbetssätt med kontinuerlig samverkan genom samarbetsmöten. Behov av kompetensutveckling framhålls i hög grad både vad gäller KBT och MMR. Resultaten ger en bild av att köp av tjänster från privata aktörer ökat, vilket tillsammans med uppbyggnaden av kompetens hos landstingsdrivna aktörer möjliggjort att fler patienter erbjudits tillgång till de behandlingar som garantin anger. Vad gäller dessa behandlingar visar resultatet att man på verksamhetsnivå, likväl som på landstingsnivå, menar att garantin ökat möjligheten att arbeta evidensbaserat, vilket anses tillföra en kvalitetssäkring av rehabiliteringsinsatsen.

Ett problematiskt mönster som visar sig på såväl landstingens centrala nivå som på vårdenheter är svårigheterna att bedöma vilka patienter som ska remitteras till MMR-behandling. Det har bland annat lett till bristande patientunderlag. I både dokument och intervjuer uttrycks ett behov av bedömningsinstrument och kriterier för MMR. Då MMR utgör en så viktig del av rehabiliteringsgarantin, är det en tydlig brist som visat sig vara ett hinder för garantins genomförande att bedömningskriterier och rekommenderade instrument inte fanns vid införandet av garantin 2009 och att det fortfarande vid tidpunkten för denna utvärdering 2011 inte finns.

En ytterligare problematisk aspekt av MMR är att den är en resurskrävande och komplex metod som kräver långsiktighet för att implementeras. Den ska dessutom implementeras i en kontext som generellt utmärks av tidsbrist, vilket ökar komplexiteten i att föra in nya tidskrävande rutiner i verksamheten. Att rehabiliteringsgarantins drivs i projektform genererar i detta fall en osäkerhet angående kontinuitet, vilket exempelvis lett till att en del vårdenheters verksamhetschefer har varit tveksamma till att införa MMR som behandlingsmetod. Dessutom har primärvården haft vissa svårigheter med att samla den kompetens som behövs för ett fungerande MMR-team på enskilda vårdenheter, vilket i en del fall lett till att MMR-team finns utspridda på flera vårdenheter i landstinget. Detta motverkar troligen till viss del garantins

intentioner om en nationellt utbyggd väl fungerande MMR-rehabilitering som patienterna har god tillgång till. Sammantaget har dessa problematiska mönster angående MMR sannolikt lett till att behandlingen inte har kunnat erbjudas patienter i enlighet med garantins intentioner.

Ett annat, potentiellt problematiskt inslag vad gäller de behandlingsformer som garantin anger utgörs av överenskommelsens formuleringar kring KBT i de bilagor som beskriver samt anger direktiv för hur MMR och KBT ska genomföras. I dessa beskrivningar finns inga direktiv om att behandlingen ska inriktas mot arbetsåtergång. Evidensläget är också svagare för att KBT-behandling leder till arbetsåtergång. Analysen kan inte påvisa i vilken mån de KBT-behandlingar som utförts inom ramen för garantin har fokuserat på arbetsåtergång, men däremot att behandlingen kan behöva få en tydligare förankring i arbetsåtergång vid en fortsatt utveckling av rehabiliteringsgarantin.

När det gäller kopplingar mellan landstings- och verksamhetsnivå visar resultaten att landstingen centralt har styrt hur åtgärderna organiserats i verksamheterna genom bland annat handlingsplaner för genomförandet. Via landstingen har det även förekommit certifiering för att bedriva behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin och erhålla ersättning för detta. Vidare har kompetensutvecklande åtgärder och resursförstärkningar varit centralt styrda från landstinget till skillnad från andra mer verksamhetsbaserade åtgärder vilka verksamhetschefer tillsammans med ledningsgrupp och de olika professionerna har fått planera och genomföra. Samtliga studerade landsting har i arbetet med rehabiliteringsgarantin inrättat en specifik projektorganisation vilken integrerats i ett större verksamhetsprojekt eller organisation, i de flesta fall sjukskrivningsmiljarden.

Landstingens införande av rehabiliteringsgarantin karaktäriseras av decentralisering och anpassning till rådande lokala förutsättningar i landstingen. Denna utvärdering av rehabiliteringsgarantin har synliggjort en del av de förutsättningar som funnits, men även de som krävs för att få genomslag för en övergripande satsning som syftar till att ge snabbare och mer effektiva rehabiliteringsinsatser, och i förlängningen färre och kortare sjukskrivningar.

Implementeringsprocesser är långsamma, samtidigt som de ofta också är resurskrävande. Det är därför en utmaning och inte oproblematiskt att vidmakthålla komplexa och kostsamma insatser tills implementeringen är fullt ut genomförd. Rehabiliteringsgarantin befinner sig i en vidare samhällskontext som till stor del karaktäriseras av prioriteringar och värderingar av vinst och nytta i relation till andra, ”konkurrerande” insatser som görs för att täcka en rad olika behov i samhället. Frågan om vidmakthållande präglas därför ytterst av en komplex relation mellan de visioner och intentioner garantin bär på, de resultat och effekter som den genererar samt samhällsintressen som i hög grad karaktäriseras av mer eller mindre nödvändiga prioriteringar.

De sammantagna resultaten tillåter följande slutsatser:

- Landstingens projektorganisation med ansvar för att driva arbetet med rehabiliteringsgarantin har haft stor betydelse för verksamheternas förutsättningar att införa och utveckla arbetet med rehabiliteringsgarantin. En försenande faktor för genomförandet har dock i vissa fall varit personalens negativa inställning till de förändrade arbetssätt som det inneburit att gå från individuellt utformade arbetsrutiner till teambaserad samverkan.

- Ersättningsmodellen med tydlig prestationsinriktning har haft stor betydelse för verksamheternas möjligheter att bedriva kompetensutveckling, att nyanställa samt att utöka befintliga tjänster. I vissa fall har dock ersättningen inte tilldelats vårdenheterna utan helt eller delvis stannat på central landstingsnivå, vilket haft negativ inverkan på verksamheternas möjligheter och intresse av att fortsätta rehabiliteringsinsatserna inom garantin.
- MMR som rehabiliteringsform är resurskrävande vilket medfört att vårdenheter tvekat att utveckla denna verksamhet, bland annat i relation till den relativa kortsiktighet och osäkerhet som garantins projektform medför.
- Brist på bedömningskriterier för patienturval samt brist på specificering av innehåll och utformning av MMR har varit en försvårade faktor för införandet av garantin. Bristen på specificerade urvalskriterier uppges ha lett till ett bristande patientunderlag, vilket medfört att vårdenheter tvekat inför att utveckla denna verksamhet.
- Rehabiliteringsgarantin har medfört ett ökat fokus inom landstingen på den psykosociala ohälsan som inneburit ökade satsningar på kompetensutveckling och tjänster såväl som på insatser inom detta ohälsområde.

Referenser

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brommels M. (2006). Implementering är den kliniska forskningens största utmaning. *Läkartidningen*;103(30-31):2223-6.
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2(179219083).
- Donaldson, S., Mark, M., & Christie, C. (2009). *What counts as credible evidence in applied research and evaluation practice?* London: Sage Publications.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Francke, A., Smit, M., de Veer, A., & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *Bmc Medical Informatics and Decision Making*, 8.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581.
- Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*;362:1225-30.
- Hofmann, S.G. and Smits, J.A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*, 2008. 69(4): p. 621-32
- Kardakis, T., Sundberg, L., Nyström, M. E., Garvare, R. & Weinehall, L. (2011). *Utveckling och implementering av kliniska riktlinjer för hälso- och sjukvården: en litteraturoversikt*. Public Health Report Series 2011:1.
- Linton, S.J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 25(9): p. 1148-56.
- Livesey, E. & Noon, J. (2007). Implementing guidelines: What works. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*, 92(5), ep129.
- Matland, R. E. (1995). Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. *J Public Adm Res Theory* 5(2): 145-174.
- McDonald, R. M. (1991). Assessment of organizational context: A missing component in

- evaluations of training programs. *Evaluation and Program Planning*, 14(4), 273-279.
- Manchikanti, L., et al. (2009). Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain. *Pain Physician*. 12(4): p. E35-70.
- Nilsen, P., Roback, K. & Krevers, B. (2010). *Förklaringsfaktorer för implementeringsutfall – ett ramverk*. Bokkapitel i Nilsen (red.) Implementering: teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur.
- Pengel, L.H., et al. (2003). Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ*. 327(7410): p. 323.
- Pettigrew, A.M. & Whipp, R. (1993). *Managing change for competitive success*. Oxford: Blackwell.
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.
- SBU (2004). *Behandling av depressionssjukdomar. Volym 1. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU-rapport 166/1.
- SBU (2010). *Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt*. Statens Beredning för medicinsk utvärdering (SBU): Stockholm.
- Stenberg, J., & Olsson, O. (2005). *Transformera system – från öar till helhet*. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Weiner, B., Lewis, M., & Linnan, L. (2009). Using organization theory to understand the determinants of effective implementation of worksite health promotion programs. *Health Education Research*, 24(2), 292-305.
- Wittchen, H.U. and F. Jacobi. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2005. 15(4): p. 357-76.

Utvärdering av rehabiliteringsgarantins implementeringsprocess

Enkät hälso- och sjukvårdsdirektörer och processledare

Vad är din befattning i landstinget _____

Om rehabiliteringsgarantin

1. I vilken utsträckning anser du att överenskommelsen kring införandet av rehabiliteringsgarantin varit tydligt utformad?

- I mycket låg utsträckning
- I ganska låg utsträckning
- I ganska hög utsträckning
- I mycket hög utsträckning
- Vet ej

Genomförandet av rehabiliteringsgarantin

2. Har ditt landsting utformat en skriftlig strategi för införandet av rehabiliteringsgarantin?

- Ja
- Ja, till viss del
- Nej
- Vet ej

3. Har ditt landsting utformat skriftliga krav för hur själva rehabiliteringsinsatsen skall genomföras?

- Ja
- Ja, till viss del
- Nej
- Vet ej

4. Hur har landstinget organiserat arbetet med att införa rehabiliteringsgarantin?

[Öppet svarsalternativ]

Förändringar till följd av arbetet med rehabiliteringsgarantin

5. I vilken utsträckning har införandet av rehabiliteringsgarantin lett till:

- Nyrekrytering: Nej/Ja, i så fall vilken funktion?
- Vidareutbildning av befintlig personal: Nej/ Ja, i så fall vilken utbildning:
- Omorganisering: Nej/ Ja, i så fall vad:
- Annat, i så fall vad:

6. Beskriv kortfattat landstingets ersättning till behandlande verksamheter.

[Öppet svarsalternativ]

Underlättande och försvårande faktorer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

7. Vilka omständigheter har fram till idag underlättat landstingets arbete med att införa rehabiliteringsgarantin? Ange de tre främsta omständigheterna.

[Öppet svarsalternativ]

8. Vilka omständigheter har fram till idag försvårat landstingets arbete med att införa rehabiliteringsgarantin? Ange de tre främsta hindren.

[Öppet svarsalternativ]

Bilaga 1 (forts)

Enkät klinik- och verksamhetschefer

Om rehabiliteringsgarantin

1. I vilken utsträckning anser du att du känner till innehållet i rehabiliteringsgarantin?

- Ingen kännedom
- Något, men inga detaljer
- God kännedom med viss detaljkunskap
- Mycket god kännedom
- Vet ej

2. Vilka av garantins behandlings- och rehabiliteringsåtgärder erbjuder din verksamhet idag?

- Kognitiv beteendeterapi (KBT)
- Interpersonell psykoterapi (ITP)
- Multimodal rehabilitering (MMR)

Hur länge ni erbjudit var och en av dessa behandlingar:

- KBT: antal år _____ mån _____
ITP:antal år _____ mån _____
MMR:antal år _____ mån _____

3. Vilken är dina kollegors och medarbetares inställning till rehabiliteringsgarantin som sådan?

- Mycket negativ
- Ganska negativ
- Ganska positiv
- Mycket positiv
- Vet ej

4. Vilken prioritet anser du att arbetet med rehabiliteringsgarantin har i din verksamhet idag?

- Mycket låg prioritet
- Ganska låg prioritet
- Ganska hög prioritet
- Mycket hög prioritet
- Vet ej

5a. Har ni som enhet själva valt att vara leverantör inom rehabiliteringsgarantin?

- Ja
- Ja, till viss del
- Nej
- Vet ej

5b. Om nej, hur blev ni leverantör?

- Direktiv från landstingsledning
- I efterhand genom att vi fick förfrågan om att rapportera in patienter till rehabgarantin
- Annat sätt, ange hur _____

Genomförandet av rehabiliteringsgarantin

6. I vilken utsträckning anser du att direktiven kring införandet av rehabiliteringsgarantin varit tydligt utformade för din verksamhet?

- I mycket låg utsträckning
- I ganska låg utsträckning
- I ganska hög utsträckning
- I mycket hög utsträckning
- Vet ej

7. Beskriv kortfattat hur din verksamhet organiserat arbetet med att införa rehabiliteringsgarantin.

[Öppet svarsalternativ]

Bilaga 1 (forts)

8. Har er verksamhet de förutsättningar som krävs för att uppfylla rehabiliteringsgarantins intentioner?

Lokalmässigt_Ja/Ja, till viss del/Nej/Vet ej

Antal personal_Ja/Ja, till viss del/Nej/Vet ej

Kompetens hos personalen_Ja/Ja, till viss del/Nej/Vet ej

Antal remisser_Ja/Ja, till viss del/Nej/Vet ej

Ekonomiskt_Ja/Ja, till viss del/Nej/Vet ej

Förändringar till följd av arbetet med rehabiliteringsgarantin

9. I vilken utsträckning har införandet av rehabiliteringsgarantin lett till:

Nyrekrytering: Nej/Ja, i så fall vilken funktion?

Vidareutbildning av befintlig personal: Nej/ Ja, i så fall vilken utbildning:

Omorganisering: Nej/ Ja, i så fall vad:

Annat, i så fall vad:

Underlättande och försvårande faktorer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

10. Vilka omständigheter har fram till idag underlättat verksamhetens arbete med att införa rehabiliteringsgarantin och de aktuella behandlingsformerna? Ange de tre främsta omständigheterna.

[Öppet svarsalternativ]

11. Vilka omständigheter har fram till idag försvårat verksamhetens arbete med att införa rehabiliteringsgarantin och de aktuella behandlingsformerna? Ange de tre främsta hindren.

[Öppet svarsalternativ]

Uppföljning av införandet rehabiliteringsgarantin

För att minska problemen med långa sjukskrivningar och förtidspensioneringar har en överenskommelse ingåtts mellan staten och SKL om en rehabiliteringsgaranti. Rehabiliteringsgarantin infördes i januari 2009 och omfattar Sveriges samtliga landsting. Enligt överenskommelsen ska rehabiliteringsgarantin utvärderas. Karolinska Institutet (KI) har fått i uppdrag att utvärdera vilka effekter insatser inom rehabiliteringsgarantin har på individens hälsa och arbetsförmåga. För att få en helhetsbild av rehabiliteringsgarantin kompletteras utvärderingen med en processstudie som särskilt analyserar införandet av rehabiliteringsgarantin, en s k processutvärdering.

Processutvärderingen förväntas bland annat ge insikt i om överenskommelsen fungerar enligt regeringens intentioner, och tydliggöra områden som behöver förbättras likväl som områden som fungerar väl och av den anledningen behöver lyftas fram för vidareutveckling. Som ett led i detta genomför KI en enkätundersökning riktad till respektive landstingsledning, processledare och ett urval av berörda verksamhetschefer. Enkäten innehåller tre teman: (a) uppfattningar om rehabiliteringsgarantin, (b) arbetet med att införa rehabiliteringsgarantin och (c) effekter av detta.

Enkätsvaren kommer att ligga till grund för urval av personer att intervjua om genomförandeprocessen. Därefter avidentifieras dina svar. All redovisning av enkätsvaren sker på gruppnivå, och i denna redovisning är det inte möjligt att identifiera enskilda personers svar.

Du är nu välkommen att använda vår Web-baserade enkät. Instruktioner om hur du går tillväga för att besvara enkäten samt ta del av dina resultat finner du på webbsidan www.xxx, där du loggar in. Dina personliga inloggningsuppgifter är:

Användarnamn: «ID»

Lösenord: «Lösenord»

Du kan svara på enkäten fr.o.m. «PeriodFrom» t.o.m «PeriodTo».

När du loggar in första gången kommer du att bli uppmanad att byta till ett nytt lösenord som du väljer själv. Det ersätter det lösenord som finns i det här brevet. Inloggningsuppgifterna är till för att skydda din anonymitet. När du loggar in ger du samtidigt ditt godkännande till att delta i undersökningen enligt den information som finns i detta brev. Deltagandet i undersökningen är frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan vidare konsekvenser.

Har du problem med att logga in kan du kontakta Digital Information, tfn 019-12 31 70,
e-post: support@digitalinformation.se

Vi tackar på förhand för att du genom din medverkan bidrar till att göra utvärderingen bättre. Har du synpunkter eller funderingar kring enkäten är du välkommen att kontakta:

Johan Hansson, PhD, Senior Researcher
LIME, Medical Management Centre (MMC)
Karolinska institutet, 171 77 Stockholm
Johan.L.Hansson@ki.se
08-524 82 383

Principer för urval av landsting för fallstudier

Utifrån enkätresultaten identifierades tre landsting vars enkätsvar kan beskrivas som relativt positiva och tre landsting vars enkätsvar kan beskrivas som relativt negativa. För respektive informantgrupp (hälso- och sjukvårdsdirektör och processledare samt klinik- och verksamhetsansvariga) sammanfattas nedan tillämpade urvalskriterier.

Hälso- och sjukvårdsdirektör och processledare

Negativ

K₁: rapporterar att överenskommelsen kring införandet av rehabiliteringsgarantin i mycket låg utsträckning eller i ganska låg utsträckning varit tydligt utformad

och

K₂: rapporterar att landstinget ej utformat en skriftlig strategi för införandet av rehabiliteringsgarantin

Positiv

K₁: rapporterar att överenskommelsen kring införandet av rehabiliteringsgarantin i mycket hög utsträckning varit tydligt utformad

och

K₂: rapporterar att landstinget utformat en skriftlig strategi för införandet av rehabiliteringsgarantin

Klinik- och verksamhetsansvariga

Negativ

K₁: rapporterar att kollegors och medarbetares inställning till rehabiliteringsgarantin är mycket negativ (0) eller ganska negativ

och

K₂: rapporterar att rehabiliteringsgarantin har mycket låg prioritet eller ganska låg prioritet

Positiv

K₁: rapporterar att kännedomen om innehållet i rehabiliteringsgarantin är mycket god

och

K₂: rapporterar att kollegors och medarbetares inställning till rehabiliteringsgarantin är mycket positiv

och

K₃: rapporterar att rehabiliteringsgarantin har mycket hög prioritet i den egna verksamheten

Intervjufrågor

Introduktion: beskriv intervjuproceduren (bandspelare, transkription), analysförfarandet (anonymitet), informerat samtycke (signatur), informantens befattning/roll i arbetet med rehabiliteringsgarantin.

1. Syftet med rehabiliteringsgarantin (RG)

1.1 I december 2008 undertecknade Socialdepartementet och SKL en överenskommelse gällande RG. Beskriv kortfattat hur du uppfattar syftet med RG

- Tydligt?
- Realistiskt?
- Viktigt?
- Prioritet?

1.2 En central del i RG är evidensbaserade behandlingsmetoder - hur ser du på de evidensbaserade behandlingsmetoder som RG anger? (I jämförelse med andra metoder?)

1.3 Ser du några vinster med RG?

- På landstingsnivå?
- På individnivå?

1.4 Har landstinget erfarenheter av liknande satsningar? Används dessa erfarenheter av liknande satsningar (som t.ex. sjukskrivningsmiljarden) i arbetet med RG, hur?

2. Genomförandet av RG

2.1 Hur bedömer du landstingets förutsättningar att genomföra RG?

- Personal/kompetens/lokaler/ekonomi/remisser

2.2 Har större förändringar genomförts i landstinget i arbetet med RG - vilka? (kritiska/centrala åtgärder)

2.3 Finns det en handlingsplan som beskriver hur RG ska genomföras i ditt landsting?

- Finns andra styr-/strategidokument? Vilka?
- Hur viktiga är dessa (handlingsplan eller annat)? I vilken utsträckning följer man dessa?

2.4 Hur långt har ni *idag* hunnit i arbetet med RG?

- Längre/kortare än förväntat?
- Huvudsakliga anledningar till det?

3. Informationsmaterial som beskriver genomförandet av RG

3.1 Vilket material kring rehabiliteringsgarantin använder landstinget?

- SKL-material? (Central/marginell betydelse?)
- Annat material? (egenproducerat?) (Central/marginell betydelse?)

3.2 Har något material varit material särskilt användbart? (vilket och varför?)

3.3 Anser du att informationen från SKL är tillräcklig för landstingets arbete med RG?

4. Kommunikations- och beslutsstrukturer för genomförandet av rehabiliteringsgarantin

4.1 Hur gick det till när beslutet om att genomföra RG fattades?

- involverade aktörer

4.2 Hur fattas idag beslut som rör RG i ditt landsting? (Av vem/vilka?)

Bilaga 4 (forts)

4.3 Hur ser Ditt beslutsutrymme ut? (Möjlighet att påverka beslut? Vad är du ansvarig för? Ansvarig hur?)

4.4 Vilka stödstrukturer använder du idag för arbetet med RG?

- Interna/SKL
- Vilken behållning har du av dessa stödstrukturer?

5. Underlättande och försvårande faktorer för genomförandet av RG

5.1 Vad har underlättat genomförandet?

- I landstinget omgivning?
- I landstingets interna arbete?

5.2 Vad har försvårat genomförandet?

- I landstingets omgivning?
- I landstingets interna arbete?

6. Förändringar till följd av arbetet med RG

6.1 Har du kunnat se några förändringar till följd av arbetet med RG sedan införandet?

- För landstinget i stort?
- För berörda verksamheter?
- För berörda patientgrupper?

7. Det fortsatta arbetet med RG

7.1 Hur ser du på det fortsatta arbetet med RG? (öppen fråga)

- Viktiga ”nästa steg” (på kort ”innan årets slut”/lång sikt?)
- Inom särskilda områden?

7.2 Vilket behov av stöd har Du i det fortsatta arbetet med RG?

- Stöd från SKL?
- Internt stöd från landstinget?

[Typ av stöd: Ledning och organisation, Ekonomifrågor, Kompetensfrågor, Kommunikationsfrågor, Informationsmaterial]

7.3 Utifrån dina samlade erfarenheter - har rehabgarantin varit/är en satsning värd insatsen?

7.4 KI:s effektutvärdering visar inga eller små effekter för aktuella patientgrupper – vad beror det på anser du?

