



Karolinska
Institutet

En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin

Slutrapport



**Karolinska
Institutet**

En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin

Slutrapport

I juni 2012 fick Karolinska Institutet i uppdrag att genomföra en fördjupad utvärdering av rehabiliteringsgarantin (Regeringsbeslut S2012/1431/SF). I uppdraget ingår att undersöka vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Vidare fokuserar utvärderingen på vilken inverkan de multimodala rehabiliteringsteamens arbetssätt, sammansättning, och samarbete har för effekten av multimodal rehabilitering (MMR) när det gäller att minska sjukfrånvaro för personer med långvarig smärta i rygg och nacke samt att beskriva rehabiliteringspersonals erfarenheter av att arbeta med MMR utifrån rehabiliteringsgarantins syfte och riktlinjer.

Utvärderingen genomförs vid Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet.

Uppdragsgruppen består av:

Professor Irene Jensen, uppdragsansvarig
Med dr Therese Hellman, projektledare
Docent Gunnar Bergström
Fil mag Hanna Bonnevier, projektassistent
Fil dr Jan Hagberg
Fil dr Hillevi Busch
Fil dr Elisabeth Björk Brämberg

Stockholm 28 maj 2014

Denna rapport refereras enligt följande: Hellman T., Bonnevier H., Jensen I., Hagberg J., Busch H., Björk Brämberg E., Bergström G. *En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin Slutrapport*. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm 2014.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	7
Kartläggning av insatser vid lindriga och medelsvåra psykiska besvär.....	8
Kartläggning av insatser vid smärta i rygg och nacke	9
Kartläggning av vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering	11
Slutsatser	14
Implikationer för fortsatt utveckling av rehabiliteringsgarantin	16
Bakgrund	18
Rehabiliteringsgarantin	18
Förändringar i överenskommelsen för rehabiliteringsgarantin	18
Tidigare utvärderingar av rehabiliteringsgarantin	19
Lindriga och medelsvåra psykiska besvär.....	20
Insatser vid lindriga och medelsvåra psykiska besvär.....	20
Smärta i rygg och nacke	21
Insatser vid smärta i rygg och nacke	21
Att arbeta med återgång i arbete.....	22
Att arbeta med teambaserad rehabilitering	23
Utvärderingsuppdraget.....	24
Utvärderingens upplägg	25
Metod	26
Kartläggning av insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin.....	26
Enkät.....	26
Enkätadministration.....	26
Analys av enkätsvar.....	27
Kartläggning av vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering	27
Sjukfrånvarodata.....	28
Analys.....	28
Erfarenheter av att arbeta med MMR utifrån rehabiliteringsgarantins syfte och riktlinjer samt av att arbeta i team.....	29
Deltagare.....	29
Datainsamling	29
Analys av intervjudata.....	29
Etiska aspekter	30
Resultat	31
Kartläggning av insatser vid lindriga och medelsvåra psykiska besvär.....	31
Psykoterapi	32
Arbetsrelaterade inslag i behandlingen.....	33
Förutsättningar för ett evidensbaserat arbetssätt.....	37
Sammanfattning av resultaten.....	37
Kartläggning av insatser vid smärta i rygg och nacke	38
MMR-teamets verksamhet.....	38
Rehabiliteringen.....	40
MMR-teamens samarbete	43
Förutsättningar för ett evidensbaserat arbetssätt.....	44
Sammanfattning av resultaten.....	45
Kartläggning av vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering	46
Beskrivning av patienterna	46
Sjukfrånvaroutveckling efter MMR	47
Faktorer som inverkar på rehabiliteringens utfall.....	48
Sjukfrånvarons längd	49

Rehabiliteringens tidsmässiga omfattning	49
Teamens samarbete samt inställning till arbete, hälsa och evidens	50
Faktorer med starkast påverkan på rehabiliteringens utfall	51
Jämförelse mellan mer och mindre framgångsrik rehabilitering	51
Sammanfattning av resultaten.....	52
Beskrivning av erfarenheter av att arbeta med multimodal rehabilitering utifrån rehabiliteringsgarantins syfte och riktlinjer	53
Återgång i arbete – en långsiktig process som sträcker sig bortom den multimodala rehabiliteringens ramar och ansvar	53
Rehabiliteringspersonalens inställningen inverkar på rehabiliteringen	54
Patienternas förutsättningar inverkar på rehabiliteringen	55
Rehabiliteringen skapar plattform för fortsatta insatser mot återgång i arbete.....	56
Sammanhållen länk med externa aktörer främjar återgång i arbete på lång sikt	58
Beskrivning av erfarenheter av teamarbete i den multimodala rehabiliteringen	60
Samverkansformer i rehabiliteringsprocessen	61
Förhållningssätt gentemot varandra i teamet	61
Stödja varandra i patientarbetet	62
Förmedla samma budskap till patienterna	63
Diskussion	65
Kännetecknen för framgångsrik multimodal rehabilitering	65
Diagnos och sjukfrånvaro för patienter som genomgått MMR.....	65
Rehabiliteringens tidsmässiga omfattning.....	66
Rehabiliteringspersonalens inställning till arbete.....	67
Teambaserad rehabilitering	68
Evidensbaserade insatser vid lindrig och måttlig psykisk ohälsa	69
Styrkor och svagheter i utvärderingen	69
Slutsatser	71
Implikationer för fortsatt utveckling av rehabiliteringsgarantin.....	73
Referenser	75
Bilagor	

Sammanfattning

Överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti undertecknades av representanter från Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) första gången i december 2008. Syftet med rehabiliteringsgarantin är att öka tillgången på evidensbaserade metoder för att öka återgång i arbete eller förebygga sjukfrånvaro för personer i arbetsför ålder med lindrig eller medelsvår ångest, depression och stress samt för personer med smärta i rygg och nacke. De behandlingsformer som inbegrips inom ramen för rehabiliteringsgarantin för personer med lindrig eller medelsvår ångest, depression och stress är kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT) och för personer med smärta i rygg och nacke ska multimodal rehabilitering (MMR) erbjudas. Flera utvärderingar av rehabiliteringsgarantin har genomförts och resultaten från dessa visar förbättrad hälsa och arbetsförmåga efter rehabilitering, dock har inte sjukfrånvaron minskat mer bland personer som tagit del av rehabiliteringen jämfört med de som inte gjort det. Tänkbara förklaringar diskuteras i utvärderingarna och rehabiliteringspersonalens ovana att arbeta med arbetsåtergång som ett explicit mål har lyfts fram. Vidare beskrivs rehabiliteringsteamets utgöra en viktig del i MMR, men det finns fortfarande begränsad kunskap om i vilken mån rehabiliteringsteamens arbetssätt inverkar på behandlingsutfallet i MMR. Detta ledde till att ett behov av ytterligare utvärderingar av rehabiliteringsgarantin identifierades.

I juni 2012 fick Karolinska Institutet (KI) i uppdrag att genomföra en fördjupad utvärdering av rehabiliteringsgarantin (Regeringsbeslut S2012/1431/SF). I uppdraget ingår att KI ska kartlägga vad som kännetecknar de multimodala rehabiliteringsteam som bedriver en framgångsrik rehabilitering, som i detta sammanhang definieras utifrån rehabiliteringens effekt på sjukfrånvaro.

De frågeställningar KI har att ta ställning till är följande:

- a) I vilken mån arbetar vårdenheterna utifrån rådande evidens i multimodal rehabilitering och psykisk behandling? Till exempel när det gäller behandlarkompetens, kontakt med arbetsplatsen, behandlingens längd och ingående behandlingsmetoder och tekniker.
- b) Är rehabilitering med hög grad av evidens mer effektiv när det gäller att minska sjukfrånvaro efter MMR än rehabilitering med mindre grad av evidensbaserade inslag?
- c) Vilken påverkan har teamet, dess arbetssätt, sammansättning, egenskaper och samarbete för effekten av MMR när det gäller att minska sjukfrånvaro?
- d) Vad går i övrigt att identifiera för faktorer som skiljer framgångsrik rehabilitering från mindre framgångsrik rehabilitering?

Denna utvärdering har genomförts i Region Skåne, Västra Götalandsregionen och i landstinget i Jönköpings län. Dessa landsting valdes ut då de hade rapporterat flest antal patienter som erhållit multimodal rehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin under

de tre första kvartalen 2012. Detta urval gjordes för att få ett tillräckligt stort patientunderlag för att genomföra statistiska analyser. Utvärdering baseras på tre olika datamaterial; enkätdata, registerdata och intervjudata. Enkätstudien genomfördes i syfte att undersöka hur rehabiliteringen för de två diagnosområdena bedrivs i praktiken. Vidare avsåg denna studie att undersöka i vilken mån rådande evidens följs i de olika insatserna. Resultaten från enkätstudien som riktade sig mot den multimodala rehabiliteringen användes också för att undersöka vilka faktorer som bidrar till en framgångsrik rehabilitering. Dessa resultat ställdes då mot patienters sjukfrånvarodata vilka inhämtades från Försäkringskassans register. Intervjustudien genomfördes för att ge en fördjupad bild och kunskap om rehabiliteringspersonalens erfarenheter av att arbeta med de faktorer som identifieras som viktiga i enkät- och registerdelen. Exempelvis vilka erfarenheter de har av att arbeta i team och med återgång till arbete.

Kartläggning av insatser vid lindriga och medelsvåra psykiska besvär

En svarsfrekvens på 71 procent (329 personer) erhöles i enkäten. Resultatet från enkätstudien visar att de grundläggande kompetenskrav som står angivna i överenskommelsen mellan staten och SKL generellt sett uppfylls. Av de personer som bedriver behandling vid lindriga och medelsvåra psykiska besvär och som besvarat enkäten är nästan hälften psykologer (47 %) och av övriga professioner är socionom/kurator vanligast förekommande (26 %). Utöver grundutbildning krävs att behandlaren innehar psykoterapiutbildning på minst steg 1 nivå för att få ge behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Två tredjedelar uppger att de har psykoterapiutbildning steg I och 73 procent uppger att de går i psykoterapihandledning. Endast 38 procent uppger att de har en legitimationsgrundande psykoterapiutbildning (steg II).

Resultaten visar att endast 61 procent av respondenterna uppger att de har en kognitiv beteendeterapeutisk inriktning i sin utbildning. Vidare visar resultaten också att drygt hälften av respondenterna tidigare utövat någon annan psykoterapimetod vilket tyder på att en mängd respondenter har bytt inriktning i sin behandling och knappt hälften uppger att de har arbetat med KBT/IPT mellan ett och fem år. Om detta byte av inriktning skett i samband med att rehabiliteringsgarantin infördes kan det betyda att majoriteten av behandlarna är oerfarna i psykoterapeutisk behandling med KBT- eller IPT-inriktning vilket skulle kunna påverka resultatet. Flertalet av behandlarna uppger att de bedriver kognitiv beteendeterapi (KBT) inom ramen för rehabiliteringsgarantin och tio procent bedriver interpersonell psykoterapi (IPT) vilket kan tolkas som att de metoder som står angivna i överenskommelsen är de som tillämpas i den praktiska verksamheten. Landstingen har därmed gjort en beundransvärd insats för att stärka tillgång och kompetens för psykoterapeutiska insatser. Trots detta ger resultaten sammantaget en bild av att kompetensen för KBT är undermålig med en hög andel oerfarna icke legitimerade terapeuter. Utifrån antagandet om att utbildning ger ökad kompetens kan det dock diskuteras huruvida rehabiliteringsgarantins lågt ställda krav kan ha påverkat effekterna av insatsen då man för yrkesgruppen psykoterapeuter släppt kraven på legitimation. Resultaten i tidigare utvärderingar har inte kunnat påvisa någon större positiv

effekt på sjukfrånvaro och återgång i arbete. Ett ökat krav på säkerställd kompetens för psykoterapeutisk KBT-behandling kan vara ett sätt att öka kvaliteten i rehabiliteringsgarantins insatser.

Ur perspektivet evidensbaserade insatser, som överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin utgår ifrån, föreligger inga evidensbaserade insatser för stressrelaterad psykisk ohälsa (utmattningssyndrom) vilket även påvisats i rehabiliteringsrådets utredning. I rehabiliteringsrådets rekommendationer sägs, i enlighet med rådande evidens, att depression och ångestsyndrom skall behandlas med KBT och läkemedel men för stressrelaterad psykisk ohälsa rekommenderas multimodala insatser med tydlig arbetsplatsanknytning. Ytterligare stärkning av kvaliteten i rehabiliteringsgarantin kan vara att KBT skall ges enligt rådande evidens för depression och ångestsyndrom och för stressrelaterad ohälsa i enlighet med rehabiliteringsrådets rekommendationer.

Omkring två tredjedelar anser att det är viktigt att patienten återgår i arbete efter behandlingen och drygt hälften av respondenterna uppger att de alltid diskuterar arbetsrelaterade problem i behandlingen. Trots detta visar resultaten att endast 14 procent alltid inkluderar arbetsrelaterade inslag i behandlingen och de vanligaste inslagen är att patienterna får göra arbetsplatsbesök under behandlingsperioden eller andra arbetsrelaterade hemuppgifter. Drygt hälften av respondenterna anser inte alls att det är viktigt att de har kontakt med patientens arbetsgivare för att underlätta rehabiliteringen och en anknytning och samverkan med arbetsplatsen är lågt prioriterad. I rehabilitering för smärta i rygg och nacke visar evidensen att det är avgörande med arbetsplatsnära insatser för att få effekter på sjukfrånvaro och återgång i arbete. Nyare studier om rehabilitering för psykisk ohälsa indikerar att detta också är fallet för denna typ av besvär. Resultaten om behandlarnas lågfrekventa kontakt med arbetsgivare kan därför inverka på behandlingens resultat. Kontakt med andra aktörer, såsom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen beskrivs dock förekomma i något större utsträckning. 42 procent uppger att de oftast eller alltid samverkar med dessa aktörer.

Merparten av respondenterna uppger att ledningen uppmuntrar till att arbeta evidensbaserat. Trots detta uppger endast hälften att man diskuterar kring bästa möjliga kunskapsläge och evidens på arbetsplatserna.

Kartläggning av insatser vid smärta i rygg och nacke

Denna enkät har besvarats av 383 personer (72 %) vilka representerar 101 rehabiliteringsteam. I 13 av dessa team erhöles svar från endast en teammedlem varför dessa exkluderades ur analyserna. Resultatet baseras således på 370 personer som representerar 88 olika team. Enkätresultaten visar att samtliga team uppfyller kravet på att teamet inbegriper flera olika professioner och samtliga team uppger att de har minst tre yrkeskategorier inkluderade. De tre vanligast förekommande yrkeskategorierna är läkare, sjukgymnast och arbetsterapeut.

Merparten av teamen uppger dock att de arbetar mindre än 25 procent med multimodal rehabilitering. Vidare anges den tidsmässiga omfattning i rehabiliteringsprogrammen vara något mindre omfattande än vad som rekommenderas i överenskommelsen för rehabiliteringsgarantin. Resultaten från enkätundersökningen visar att drygt 60 procent av teamen bedrev rehabilitering som pågick i 5-8 veckor och 47 procent uppgav att rehabiliteringens tidsmässiga omfattning per vecka understeg fem timmar.

Resultaten från enkätstudien visar att endast drygt hälften av teamen uppger att det är viktigt eller mycket viktigt att patienterna återgår i arbete efter avslutad rehabilitering och resterande team anser det vara ganska viktigt. Detta tyder på att ett tydligt fokus på arbetsrelaterade insatser i hög grad fortfarande saknas vilket även är ett resultat som framkom i intervjustudien. Personerna som intervjuades upplevde ofta att återgång i arbete var en långsiktig process som det inte alltid fanns utrymme för under rehabiliteringsperioden eftersom patienterna ofta mådde väldigt dåligt då de startade rehabiliteringen. Att arbetsrelaterade inslag ibland uteslöts berodde på flera anledningar. Exempelvis uppgav flera personer i intervjuerna att deras uppdrag handlade om att främja hälsa och välbefinnande snarare än att fokusera på återgång i arbete. Andra beskrev att rehabiliteringsgarantins befintliga ramar inte medger en långsiktig kontakt med patienterna efter avslutad intensiv rehabiliteringsperiod. Deltagarna beskrev att de sällan hade möjlighet att följa patienterna under deras fortsatta process mot återgång i arbete efter rehabiliteringsperioden vilket av vissa upplevdes som frustrerande. Deltagarna beskrev att i de få fall de utförde arbetsplatsbesök eller fanns med som stöd då patienterna startade upp en arbetsträning underlättades patienternas process mot återgång i arbete.

Sammantaget visar resultaten att landstingen fortsatt måste arbeta för att stärka insatserna mot mer arbetsrelaterad rehabilitering. Den internationella evidensen pekar på vikten av att inkludera arbetsplatsen i insatser för att nå återgång i arbete eller undvika sjukfrånvaro vid ryggbesvär. Metoder för att öka detta kan exempelvis vara att inkludera arbetsmedicinsk/arbetshälsokompetens i rehabiliteringsteamet genom att köpa in tjänster från företagshälsovården, nyanställa alternativt öka befintlig personals kompetens inom området. Vid ett flertal universitet ges magisterutbildningar inom arbete och hälsa som är öppna för olika professioner inom vården. Ett ytterligare alternativ är att öppna upp rehabiliteringsgarantin för företagshälsovården.

Resultaten från enkäten visar att samarbetet i teamen upplevs fungera väl. Detta resultat framkommer även i intervjuerna där deltagarna tar upp flera fördelar med det teambaserade arbetet. Bland annat att teamens medlemmar fungerar som stöd till varandra i svåra patientmöten. Vidare beskrev deltagarna att deras teambaserade arbetssätt skapar ett helhetstänkande runt patienterna där alla inblandade professioner bidrar med sitt specifika perspektiv. Detta var något som deltagarna upplevde främjade patienternas rehabiliteringsprocess. Några deltagare beskrev även vissa svårigheter med att arbeta i sitt team. Dessa svårigheter beskrevs ofta uppstå i samband med personalförändringar i teamet. Även resultaten från enkäten visar att personalförändringar är relativt vanligt förekommande i de multimodala teamen. 63 procent av teamen uppger att det skett personalförändringar under

det senaste året och 60 procent av dessa team uppger att det inverkat negativt på verksamheten. Flertalet deltagare uppger att en bidragande orsak till den höga personalomsättningen i teamen kan vara den osäkerhet som de tidsbegränsade anställningarna inom rehabiliteringsgarantin ger. De tidsbegränsade anställningarna beskrivs av deltagarna vara en konsekvens av de kortvariga överenskommelserna för rehabiliteringsgarantin som enbart sträcker sig över ett år.

Merparten av respondenterna uppger att ledningen uppmuntrar till att arbeta evidensbaserat. Trots detta uppger enbart mindre än två tredjedelar att man diskuterar kring bästa möjliga kunskapsläge och evidens på arbetsplatserna.

Kartläggning av vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering

Resultaten i denna utvärdering visar att drygt hälften (51 %) av de patienter, med någon sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringen och som hade en diagnos dokumenterad i Försäkringskassans register, hade diagnoser inom kapitlet ”Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven” då de påbörjar rehabiliteringen. Data från Försäkringskassan visar dock att även sjukdomar och tillstånd inom kapitlet ”Psyksiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar” är högt representerade bland dessa patienter som erhöll MMR. 29 procent av patienterna hade en huvuddiagnos registrerad inom det kapitlet vid tidpunkten för rehabiliteringens start. Vidare visar resultaten att 19 procent av samtliga patienter (utförsäkrade undantaget) hade en registrerad sjukfrånvaro motsvarande minst tre kvartal året före påbörjad rehabilitering. Detta resultat belystes även i intervjuerna i vilka deltagarna beskrev att många av deras patienter hade en lång sjukfrånvaro bakom sig då de påbörjade rehabiliteringen och i många fall även stod långt från arbetsmarknaden.

I kartläggning av vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering har ett antal faktorer relaterade till rehabiliteringens omfång och teamens egenskaper och inställningar ställts i relation till de enskilda patienternas sjukfrånvarodata. Med sjukfrånvaro avses frånvaro registrerad hos Försäkringskassan vilket innebär att den kortare sjukfrånvaron (upp till 14 dagar) då sjuklön betalas av arbetsgivaren inte finns med. Detta innebär generellt att i de fall patienterna beskrivs ha *högst 14 registrerade sjukfrånvarodagar* i realiteten har upp till en månads sjukfrånvaro med arbetsgivarperioden inräknad. Detsamma gäller för gruppen som beskrivs ha *mer än 14 registrerade sjukfrånvarodagar*, d.v.s. de har i de flesta fall mer än en månads sjukfrånvaro.

Kartläggningen av vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering visar att den enskilt starkaste faktorn som inverkar på rehabiliteringens utfall, d.v.s. sjukfrånvaro kvartalet efter avslutad rehabilitering, är sjukfrånvarons längd innan rehabilitering. För patienterna i denna utvärdering ökar längden på sjukfrånvaron kvartalet efter rehabiliteringen med 0,7 dagar för varje sjukfrånvarodag kvartalet före rehabilitering. Exempelvis har patienter med 50 dagar registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering i genomsnitt 15 dagar längre sjukfrånvaro kvartalet efter rehabilitering än patienter med 30 dagar registrerad sjukfrånvaro

före rehabilitering. Detta talar för att det är fördelaktigt att sätta in insatser så tidigt som möjligt under en sjukfrånvaroperiod vilket även tidigare utvärderingar visat.

Resultatet visar att rehabiliteringens tidsmässiga omfattning är relaterat till rehabiliteringsutfallet. En lågintensiv rehabilitering över längre tid är bättre för personer som har mer än 14 registrerade sjukfrånvarodagar kvartalet före rehabiliteringen. Med lågintensivt rehabiliteringsprogram avses i denna utvärdering ett program som pågår mindre än fem timmar i veckan under mer än åtta veckor. Ett rehabiliteringsprogram som pågår nio veckor eller längre var relaterad till knappt sex dagar kortare sjukfrånvaro per patient under kvartalet efter insats jämfört med om rehabiliteringen pågår 2-8 veckor för denna grupp. För de med kort eller ingen registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringens start indikerar resultaten att en högintensiv insats är fördelaktig. Resultaten går därmed emot det som studier visat och som rekommenderas i evidensbaserade internationella riktlinjer. En systematisk litteraturoversikt som tittat på multidisciplinära interventioner vid kronisk smärta har visat att rehabiliteringsprogram som understiger totalt 30 timmar inte ger några positiva effekter. Föreliggande studie är inte en kontrollerad studie som prövat olika intensitet i rehabiliteringsprogram utan har endast via noggranna statistiska analyser kunnat påvisa att det föreligger en interaktionseffekt mellan sjukfrånvaro innan och behandlingens intensitet i den riktningen. Vi kan dock med säkerhet rekommendera att man bör sträva efter att erbjuda patienter insatser i rehabiliteringsgarantin tidigt i sjukfrånvaroförloppet. Denna rekommendation har även stöd av tidigare utvärderingar och internationella studier. Fortsatta kontrollerade studier behövs dock för att fastställa fyndet om intensitetens betydelse för olika grupper.

Teamens inställning till huruvida det är viktigt att patienterna återfår hälsa samt återgår i arbete efter rehabilitering är också relaterat till rehabiliteringens utfall. Patienter med mer än 14 dagars registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringen som får insats av team som anser att det är viktigt eller mycket viktigt att patienten återfår hälsan och återgår i arbetet efter rehabiliteringen har knappt fem respektive drygt fyra dagar kortare sjukfrånvaro kvartalet efter insats jämfört med patienter som får insats av team som anser detta vara ganska viktigt. För patienter med kortare sjukfrånvaro (högst 14 dagar registrerad frånvaro i Försäkringskassans register) ses inte detta lika tydligt. Med detta i åtanke är det viktigt att arbeta med att stärka rehabiliteringspersonalens kompetens om förhållandet mellan hälsa och arbete då endast drygt hälften av rehabiliteringsteamens ansåg att det är viktigt eller mycket viktigt att patienterna återgår i arbete efter avslutad rehabilitering. Deltagarna i intervjuerna ansåg att den primära uppgiften oftast var att bedriva medicinsk rehabilitering med det primära målet att främja hälsa och välbefinnande snarare än att explicit arbeta med återgång i arbete. Flera deltagare beskrev ett dualistiskt perspektiv i patientens rehabiliteringsprocess där man ansåg att hälsa och välbefinnande alltid kommer först och efter att det uppnåtts kan fokus läggas på återgång i arbete.

Hälften av teamen uppger i enkäten att samverkan med externa aktörer alltid eller oftast förekommer under rehabiliteringsperioden. I intervjuerna framkom beskrivningar av att samverkan oftast skedde med Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen. Samverkan med

arbetsgivare var mycket sällan förekommande. Vidare visar resultatet från intervjuerna att denna samverkan inte alltid fungerar optimalt. Att detta samarbete har varit svårt att praktiskt få till på ett fullgott sätt är sedan tidigare känt och Försäkringskassan har haft i uppdrag att tillsammans med hälso- och sjukvården samt andra aktörer utveckla samspelet i sjukskrivningsprocessen för att förbättra det tidiga stödet till sjukskrivna på en strukturell nivå. Resultaten från analyserna av framgångsrik rehabilitering visar dock att samverkan inte alltid är av godo. Patienter med kort sjukfrånvaro innan rehabiliteringen och som träffade team som uppgav att de ofta/alltid samverkade med externa aktörer uppvisade högre sjukfrånvaro kvartalet efter rehabilitering jämfört med de som träffat team där samverkan inte var lika vanligt förekommande. Däremot är samverkan mellan aktörerna viktig för de med lång sjukfrånvaro före rehabilitering. Dessa resultat bör dock tolkas med stor försiktighet eftersom vi inte har information eller möjlighet att mäta olika selektionsmekanismer som kan finnas. Det kan därför finnas andra faktorer som vi inte har kunnat beskriva i denna rapport som förklarar varför samverkan mellan flera aktörer är framgångsrik för vissa patienter och mindre framgångsrik för andra.

I de team som instämmer helt i påståendet att de diskuterar bästa möjliga evidensbas och kunskapsläge på sin arbetsplats har patienterna med mer än 14 dagar registrerad sjukfrånvaro knappt fem dagar kortare sjukfrånvaro kvartalet efter rehabiliteringen jämfört med de patienter som erhöll rehabilitering av team som inte instämmer helt i detta.

Resultaten visar att bland de faktorer vi undersökt i denna utvärdering är patienternas sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering, rehabiliteringens längd, teamens inställning till hur viktigt det är att patienten återfår hälsa, samt huruvida teamen diskuterar evidens på sin arbetsplats de faktorer som har starkast påverkan på rehabiliteringsutfallet. Tillsammans förklarar dessa faktorer 57 procent av resultat i sjukfrånvaro efter rehabilitering. Detta visar att dessa faktorer är viktiga att ta hänsyn till i utformandet av ett rehabiliteringsprogram för att uppnå goda resultat. Sjukfrånvarons längd innan rehabilitering är dock den enskilt starkaste faktorn för att förklara utveckling av sjukfrånvaro efter rehabilitering.

Slutsatser

Generellt

- Rehabiliteringsgarantins grundläggande krav på behandlarkompetens vid kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT), och teamsammansättning vid multimodal rehabilitering (MMR) tycks uppfyllas.
- Ett tydligt fokus på arbetsrelaterade insatser saknas. Drygt hälften av rehabiliteringspersonalen i MMR uppger att det är viktigt eller mycket viktigt att patienterna återgår i arbete efter avslutad rehabilitering och omkring hälften av personer som ger behandling vid psykisk ohälsa uppger att de alltid diskuterar arbetsrelaterade problem med sina patienter. Ett fåtal uppger att arbetsplatsnära insatser ingår i behandlingen vid psykisk ohälsa. Detta framkommer även vid intervjuerna med personer som arbetar med MMR.
- Åtgärder på arbetsplatsen skall ingå i rehabiliteringsgarantin. Detta kan medföra att primärvårdens kompetens och mandat bör ses över.
- Merparten av behandlings- och rehabiliteringspersonalen uppger att ledningen uppmuntrar till att arbeta evidensbaserat. Trots detta uppger en lägre andel av behandlings- och rehabiliteringspersonalen att sådana diskussioner faktiskt förs på arbetsplatsen.

Multimodal rehabilitering

- Ett stort antal av de patienter som genomgick multimodal rehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin hade en lång sjukfrånvaroperiod innan rehabiliteringen startar. 19 procent (undantaget utförsäkrade) hade en sjukfrånvaro som motsvarar minst tre kvartal året innan rehabilitering och 10 procent var utförsäkrade.
- En hög andel (29 %) av patienter med någon sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering och med en diagnos dokumenterad i Försäkringskassans register hade vid rehabiliteringens start en huvuddiagnos relaterad till psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar.
- Sjukfrånvaro före rehabiliteringen är den enskilt starkaste faktorn för sjukfrånvaro efter avslutad multimodal rehabilitering.
- De faktorer i rehabiliteringen som positivt relaterar till utfallet (sjukfrånvaro efter avslutad rehabilitering) skiljer sig åt beroende på längden på sjukfrånvaron innan rehabiliteringen.

- Rehabiliteringens längd och intensitet bör vara olika för patienter med ingen eller kort sjukfrånvaro jämfört med de patienter som har en längre sjukfrånvaro innan rehabiliteringen påbörjas.
- Patienter med längre sjukfrånvaro (mer än 14 registrerade sjukfrånvarodagar) som genomgår ett lågintensivt rehabiliteringsprogram (längre än åtta veckor) har mindre sjukfrånvaro kvartalet efter rehabilitering jämfört med om de får ett kortare mer intensivt rehabiliteringsprogram.
- Samverkan med externa aktörer förekom i låg utsträckning. Men samverkan är framförallt viktig för de med lång sjukfrånvaro före rehabilitering. Patienter med kort sjukfrånvaro och som träffade team som uppgav att de ofta/alltid samverkade med externa aktörer uppvisade högre sjukfrånvaro kvartalet efter rehabilitering jämfört med de som träffade team där samverkan inte var lika vanligt förekommande.
- Desto viktigare rehabiliteringspersonalen anser det vara att patienten återfår hälsa och återgår i arbete desto kortare är sjukfrånvaron efter rehabilitering.
- I intervjuerna framkom det att rehabiliteringspersonalen ibland förefaller ha en dualistisk syn på hälsa och arbetsåtergång i arbete där man uttrycker dem som separata och ibland motsatta enheter snarare än som förutsättningar för varandra.
- Personalomsättningen beskrivs vara stor i rehabiliteringsteamerna och merparten av teamerna upplever att en personalförändring i teamerna har en negativ inverkan på rehabiliteringen.

Kognitiv beteendeterapi/Interpersonell psykoterapi

- Kognitiv beteendeterapi är den dominerande terapiform som bedrivs inom ramen för rehabiliteringsgarantin.
- Grundläggande kompetenskravet gällande psykoterapiutbildning motsvarande steg 1 är uppfyllt men endast drygt hälften av behandlarna har KBT-inriktning i sin psykoterapiutbildning.
- Över hälften av behandlarna uppger att de tidigare arbetat med annan terapiinriktning än de som ingår i rehabiliteringsgarantin.
- Anknnytning och samverkan med arbetsplatsen är lågt prioriterad. Kontakt med andra aktörer, såsom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen beskrevs förekomma i något större utsträckning.

Implikationer för fortsatt utveckling av rehabiliteringsgarantin

Genom rehabiliteringsgarantin har landstingen givits möjlighet att utveckla och förstärka insatser för de två dominerande diagnosområdena för sjukfrånvaro. En positiv utveckling med multimodala team för ryggbesvär och förstärkning av insatser för psykisk ohälsa via primärvården har skett under den relativt korta tidsperiod som rehabiliteringsgarantin funnits. Vidare visar SKL:s uppföljningar att landstingen arbetat med kvalitetssäkring och styrning av nya insatser och initiativ. Trots detta visar tidigare utvärderingar att insatserna inte ger önskat resultat på utvecklingen av sjukfrånvaro. I förliggande rapport kan vi påvisa områden som ytterligare behöver utvecklas och förstärkas för att förbättra rehabiliteringsgarantin och effekterna av insatserna.

Generellt

- Tydliggör ytterligare att rehabiliteringsgarantin är en speciell satsning med syfte att stärka insatser för att öka återgång i arbete.
- Arbetsplatsnära insatser bör stärkas ytterligare med konkreta inslag i behandlingen i uppdraget inom rehabiliteringsgarantin. Kompetensförstärkning inom arbetshälsa, attitydförändring samt organisatoriska möjligheter att arbeta med detta är avgörande.
- Öppna rehabiliteringsgarantin för företagshälsovårdens specialistkompetens inom arbetshälsa och dess nära samverkan med arbetsplatser.
- Ersättningssystemen behöver kopplas tydligare till behandlings- och rehabiliteringsmålen gällande återgång i arbetet.
- Möjligheten och kompetensen för evidensbaserad praktik behöver stärkas så att behandlings- och rehabiliteringspersonalen kan föra en löpande diskussion om evidens och dess tillämpning i verksamheten.

Multimodal rehabilitering

- Utveckla metoder och arbetssätt för att tidigt identifiera individer i behov av rehabilitering.
- Samverkan med andra aktörer (Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen) bör ske selektivt.
- Möjligheter för en mer långsiktig planering av verksamheten bör ses över för att minska personalomsättningen, och därmed öka kompetensen i rehabiliteringsteamerna.

Kognitiv beteendeterapi/Interpersonell psykoterapi

- Stärk kompetenskraven mot legitimeringsgrundad utbildning till legitimerad psykoterapeut eller legitimerad psykolog.

- Förändra överenskommelsen till att KBT-behandling skall ges enligt rådande evidens för depression och ångestsyndrom och för stressrelaterad psykisk ohälsa i enlighet med rehabiliteringsrådets rekommendationer.
- Genomför en uppdatering av evidensen för behandling av psykisk ohälsa med målet minskad sjukfrånvaro.

Bakgrund

Rehabiliteringsgarantin

I december 2008 undertecknade Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en första överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti. 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. Rehabiliteringsgarantins primära mål är sedan dess införande att öka återgång i arbete eller förebygga sjukfrånvaro för personer i arbetsför ålder med lindrig eller medelsvår ångest, depression och stress samt för personer med smärta i rygg och nacke. Detta primära mål utesluter dock inte att rehabiliteringen samtidigt fokuserar på andra mål såsom reducerad smärtintensitet, förbättrad fysisk och mental hälsa, ökad aktivitetsnivå och ökad delaktighet i samhället. I den bilaga som följer överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för rehabiliteringsgarantin 2014 står det dock att behandlingen och rehabiliteringen ska innehålla inslag som fokuserar på patienternas arbetsförmåga och arbetsåtergång. Vidare står det att ”för att landstingen ska få ersättning från rehabiliteringsgarantin krävs ett ökat arbete med fokus på återgång i arbete efter sjukskrivning eller på att patienten delvis kan stanna kvar i arbete trots nedsatt arbetsförmåga” (sid 3).

Den behandling och rehabilitering som inbegrips inom ramen för rehabiliteringsgarantin ska genomföras enligt evidensbaserade metoder. För att en behandling eller rehabilitering ska anses vara evidensbaserad krävs ett omfattande stöd från vetenskapliga studier av hög kvalitet. Därmed ska dock inte kliniskt kunnande och patientens önskemål och kontext förbises (1). De behandlingsformer som inbegrips inom ramen för rehabiliteringsgarantin för personer med lindrig eller medelsvår ångest, depression och stress är kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT) och för personer med smärta i rygg och nacke ska multimodal rehabilitering (MMR) erbjudas.

Förändringar i överenskommelsen för rehabiliteringsgarantin

Sedan rehabiliteringsgarantins införande 2008 har vissa förändringar gjorts i överenskommelserna mellan staten och SKL i takt med att ny evidens inom området tillkommit samt som en konsekvens av de utvärderingar som genomförts. En förändring genomfördes inför 2012 då en uppdelning i två nivåer (MMR1/MMR2) gjordes av den multimodala rehabiliteringen med utgångspunkt från ”Indikationen för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta” (2). MMR1 ska ses som den aktuella vårdformen om patientens problematik bedöms som komplex och erbjuds vanligtvis inom primärvården. MMR2 erbjuds oftast inom specialistvården och riktar sig till patienter med en mycket komplex problematik. Samma år tydliggjordes även kravet på att samordna insatser med bland annat arbetsgivare, företagshälsovård och arbetsförmedling med syfte att möjliggöra en tidig kartläggning av patientens möjligheter och förutsättningar att återgå till arbetsplatsen och på så vis upprätta tydliga och konkreta mål för behandlingen eller rehabiliteringen. Vidare har

kompetenskraven för behandlare som ger KBT ökat då det tydliggjorts att de personer som enbart innehar KBT-utbildning steg I måste ha handledning för att få bedriva behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Kravet på att antal behandlingstillfällen för KBT och IPT ska vara mellan 8 och 20 lades till i bilagan 2012.

Tidigare utvärderingar av rehabiliteringsgarantin

I den processutvärdering som har genomförts med syfte att beskriva i vilken utsträckning rehabiliteringsgarantin har implementerats enligt regeringens intentioner visar resultaten att landstingen har strävat efter att tydliggöra och följa regeringens intentioner med rehabiliteringsgarantin (3). I genomförandet av rehabiliteringsgarantin har – ur ett implementeringsteoretiskt perspektiv – fyra styrfaktorer kombinerats för att stärka implementeringsprocessen: 1) ekonomisk ersättning, 2) politiska beslut, 3) riktlinjer från myndigheter, samt 4) forskning. Den ekonomiska ersättningen har utgjort ett incitament för att delta i rehabiliteringsgarantin, de politiska besluten och riktlinjerna från myndigheterna har påverkat genomförandet av rehabiliteringsgarantin och det vetenskapliga underlaget har guidat vilka insatser som ska ingå i rehabiliteringsgarantins verksamhet samt hur dessa ska utföras. Resultatet av utvärderingen visar att dessa fyra styrfaktorer har medfört att rehabiliteringsgarantin har kunnat implementeras utan större avvikelser i syfte och mål, både på landstingsnivå och i den kliniska verksamheten. En viss tendens till förskjutning av syftet anas dock när rehabiliteringsgarantin implementeras på lokal nivå. Ett mer vårdande individcentrerat fokus läggs då till och rehabiliteringsgarantins överordnade syfte, att främja återgång i arbete, hamnar vid sidan om vårdens traditionella värdegrund (3).

I de effektutvärderingar av rehabiliteringsgarantin som har genomförts har resultat visat på en förbättrad upplevd hälsa och arbetsförmåga (4), och en förbättring av patienternas allmänna hälsotillstånd samt minskad oro och nedstämdhet efter rehabilitering/behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin (5). Båda utvärderingarna visade dock att denna förbättring inte ledde till minskad total sjukfrånvaro. För personer som genomgått MMR, oavsett om de var sjukskrivna eller inte vid rehabiliteringsstart, sågs snarare en ökad sjukfrånvaro, och ingen effekt på antalet läkemedelsförskrivningar (5). Utvärderarna diskuterade att en möjlig förklaring till detta kan vara att det explicita målet som är riktat mot återgång i arbete inte ligger i linje med hälso- och sjukvårdens mål, vilka ofta fokuserar på förbättrad hälsa och ökat välbefinnande. Denna aspekt har även poängterats i processutvärderingen (3). För att minska denna syftesförskjutning menar Bakshi och kollegor (3) att det är viktigt att i manualer och riktlinjer tydliggöra hur man inom de olika insatserna arbetar med det kombinerade syftet att främja hälsa genom arbetsåtergång och vissa förtydliganden går att läsa i de senare överenskommelserna gällande rehabiliteringsgarantin.

Lindriga och medelsvåra psykiska besvär

Lindriga och medelsvåra psykiska besvär är ett samlingsnamn som används för att beskriva vilka diagnosgrupper som omfattas av rehabiliteringsgarantin. I överenskommelsen för rehabiliteringsgarantin är ångest, depression och stress de diagnosgrupper som beskrivs och således dessa begrepp som används genomgående i föreliggande utvärdering. Minst 25 % av alla kvinnor och 15 % av alla män drabbas någon gång i livet av depression. Cirka 25 % av befolkningen drabbas av ångestsyndrom. Sedan 2011 har antalet personer som erhåller sjukpenning ökat i Sverige efter att tidigare ha minskat under flera år (6). Under perioden 2005 till och med 2012 var psykisk ohälsa den vanligaste orsaken till sjukpenning bland kvinnor i arbetsför ålder och bland män under 50 år (7). För sjuk- och aktivitetsersättning förklarades 40 % av alla nybeviljade sjukersättningar under 2012 av psykisk ohälsa (6). Psykisk ohälsa är även den främsta orsaken till längre sjukfrånvaro i en rad andra ekonomiskt utvecklade länder (8).

Insatser vid lindriga och medelsvåra psykiska besvär

De behandlingsformer som ingår i rehabiliteringsgarantin för personer med lindrig eller medelsvår ångest, depression och stress är kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT) trots att evidensläget för återgång i arbete efter behandling med dessa metoder får anses vara svagt (9). Forskning som utvärderat insatser i form av KBT har visat på ökad arbetsförmåga, minskade symtom samt minskad läkemedelsanvändning för personer med ångest (10). För personer med depression eller depressiva symtom har en systematisk översikt som utvärderat effekten av individriktade interventioner, såsom farmakologisk behandling, psykologiska behandlingar och kombinationer av dessa, för att förbättra arbetsförmåga/minska sjukfrånvaro visat att det inte finns något vetenskapligt belägg för att någon av interventionerna påverkade omfattningen av sjukfrånvaron under uppföljningsperioden som vanligen var upp till ett år (11). KBT och IPT har dock visat en symtomreducerande effekt för personer med ångest och depression (12) och är de insatser som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (13). En översikt från 2012 visade ett måttligt till begränsat stöd för att KBT inte påskyndade arbetsåtergång jämfört med ingen insats vid ettårsuppföljning bland personer med anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress. Samma översikt visade dock måttligt stark evidens för att problemlösningsmetoder, som ofta är ett inslag i KBT, kan påskynda återgång i arbete (14). I Holland har riktlinjer för en intervention som innefattar stresshantering, problemlösning, graderad återgång i arbete och återfallsprevention och som har en direkt koppling till arbetsplatsen tagits fram och testats (15). Den första utvärderingen visade att patienter som fick insatsen minskade sin sjukfrånvaro jämfört med sedvanlig behandling vid en 12-månadersuppföljning (16). En nypublicerad studie visade även att anställda som fick riktat stöd från företagshälsovården i samband med återgång i arbete hade en minskad risk för återkommande sjukfrånvaro (17).

Sammanfattningsvis kan sägas att för personer med lindriga eller medelsvåra psykiska besvär är evidensbasen för låg för att fastställa vilka behandlingsformer som leder till ökad arbetsförmåga, främst på grund av att det fortfarande finns för få studier genomförda inom området (9). I rehabiliteringsrådets slutbetänkande rekommenderas att rehabiliteringsgarantin ska ge stöd för multimodala insatser innehållande livsstilsförändring, stressreduktion, samtalsbehandling (som kan vara KBT-inriktad) samt arbetsinriktad rehabilitering för personer med lindriga och medelsvåra psykiska besvär.

Smärta i rygg och nacke

Långvarig smärta definieras som en ihållande smärta som är bestående i mer än tre månader (2). The International Association for the Study of Pain definierar smärta som ”en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada”. Ländryggssmärta drabbar upp till 80 % av alla människor någon gång under livet och nacksmärta drabbar upp till 50 procent av befolkningen (18). Prognosen är dock vanligen god och enbart ett fåtal utvecklar långvarig smärtproblematik. Statistik från Försäkringskassan visar att diagnoskapitlet ”Sjukdomar i muskuloskeletal systemet och bindväven”, i vilket långvarig smärta i rygg och nacke ingår, stod för 22 procent av samtliga pågående sjukfall i september 2013. Detta är den näst vanligast förekommande orsaken till pågående sjukfall.

Insatser vid smärta i rygg och nacke

För personer med icke-specifik långvarig smärta i rygg och nacke rekommenderas multimodal rehabilitering (MMR). MMR ges av ett team bestående av flera professioner och bör innehålla psykologiska, pedagogiska och fysiska komponenter (2). I denna form av rehabilitering krävs det att teamet som genomför rehabiliteringen planerar och samordnar åtgärder för att uppnå gemensamma mål som teamet, tillsammans med patienten, har identifierat. Denna form skiljer sig från exempelvis unimodal och intermediär rehabilitering. I *unimodal rehabilitering* utförs exempelvis enstaka åtgärder av en profession och i den *intermediära rehabiliteringen* är flera olika professioner involverade men utan att speciellt sammanhållna team utformas (2).

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har presenterat en systematisk litteraturöversikt om rehabilitering vid långvarig smärta (19) i vilken det vetenskapliga underlaget för att MMR vid långvarig smärta leder till minskad sjukskrivning och ökad återgång i arbete beskrivs som måttligt starkt. En annan systematisk översikt visar också att det finns evidens för tidiga insatser och gradvis stigande återgång i arbete (20). Ytterligare forskning har visat att MMR är kostnadseffektiv (21) upp till tio år efter interventionen (22) samt verksam när det gäller att minska symtom, funktionshinder och sjukfrånvaro (23). Jensen och kollegor (24) har utarbetat en manual för multimodal rehabilitering utifrån studieprotokoll som har använts i ett antal vetenskapliga studier.

I Rehabiliteringsrådets slutbetänkande rekommenderas att MMR alltid ska inbegripa en biopsykosocial ansats med både fysiska och psykiska behandlingsinslag av beteendeförändrande karaktär (företrädesvis KBT) samt att rehabiliteringen bör innehålla samverkan med företagshälsovården/arbetsplatsen (9). Vidare poängteras att primärvårdens och företagshälsovårdens roll i rehabiliteringen behöver tydliggöras för att underlätta samverkan och tidiga insatser. Denna rekommendation för tidiga insatser stöds vidare i litteraturen, bland annat genom en dansk randomiserad kontrollerad studie som har undersökt effekten av en enkel intervention bestående av två rådgivande samtal med en företagsläkare som fokuserar på att hantera svårigheter på arbetsplatsen samt på att underlätta och öka fysisk aktivitet. Denna studie visar att personer som erhållit denna intervention reducerade smärta och sjukfrånvaro i högre grad än kontrollgruppen (25).

Att arbeta med återgång i arbete

Som tidigare har nämnts är målet med rehabiliteringsgarantin att genom evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser åstadkomma en ökad återgång i arbete eller förebygga sjukskrivning. Att arbeta med arbetsåtergång inom hälso- och sjukvården är inte alltid en självklarhet. Tidigare forskning har visat att hälso- och sjukvårdspersonal upplever att deras primära uppgift är att förbättra patientens välbefinnande och livskvalitet, och återgång i arbete kan då vara ett möjligt men inte nödvändigt inslag (26). Vilket mål man fokuserar på i rehabiliteringen kan vara helt beroende av vad patienten identifierar som dennes primära mål, vilket kan leda till att fokus inte ligger på de delar av livet som berör arbete (27).

Att fokusera på patientens vardagliga liv är av betydelse i insatser som syftar till att minska sjukfrånvaro och öka återgång i arbete då en välfungerande vardag kan underlätta ett hållbart deltagande i arbetslivet (28). Tidigare studier har dock visat att patienter kan uppleva en osäkerhet kring hur de ska gå vidare i processen mot arbetsåtergång efter en genomgången rehabiliteringsperiod (29) och att en otydlig koppling mellan rehabiliteringsinsatserna och arbetslivet kan inverka negativt på patienternas arbetsåtergång (30). För att komma vidare i processen kan andra aktörer behöva kopplas in och interventionerna tydligt riktas mot arbetsplatsen (31, 32). I Överenskommelsen för rehabiliteringsgarantin 2014 rekommenderas samordnade insatser med externa aktörer. En sådan samverkan är dock inte alltid helt friktionsfri då de olika aktörerna kan ha olika syn på arbetsförmåga och processen mot arbetsåtergång (26). Detta har även framkommit i det utvecklingsarbete som Försäkringskassan haft i uppdrag att genomföra, tillsammans med hälso- och sjukvården och andra aktörer, för att utveckla samspelet i sjukskrivningsprocessen och förbättra det tidiga stödet till sjukskrivna (33). Utifrån denna bakgrund i kombination med resultaten från tidigare utvärderingar är det viktigt att studera hur rehabiliteringspersonal som arbetar med MMR inom rehabiliteringsgarantin upplever att det är att arbeta med målet återgång i arbete och minskad sjukfrånvaro samt beskriva deras erfarenheter av att samverka med externa aktörer.

Att arbeta med teambaserad rehabilitering

Multimodal rehabilitering är en multiprofessionell teambaserad rehabiliteringsform. Ett team kan definieras som ”ett mindre antal människor med kompletterande kunskaper som tillsammans arbetar mot ett gemensamt mål och har ömsesidigt ansvar för att detta uppnås” (34, sid 45) och med ett multiprofessionellt teamarbete menas att företrädare för ett antal olika professioner deltar i arbetet (35).

Att arbeta i team är vanligt förekommande i rehabiliteringssammanhang (35). Tidigare forskning har fokuserat på vad som hindrar och främjar ett fungerande teamarbete. En litteraturöversikt visade att främjande faktorer var att teamet inte var alltför stort, att de satt i samma lokaler, hade regelbundna möten samt tydliga och gemensamma mål (36). Dessa faktorer har även framkommit i senare studier som har undersökt personalens erfarenheter av att arbeta i team. Flera studier identifierade exempelvis kommunikation, formell såväl som informell, som en viktig faktor för ett fungerande teamarbete (37, 38). Vidare har tidigare forskning visat att god kommunikation, i sin tur, främjades av att teamets medlemmar utgjorde en stabil personalgrupp som var lokaliserade i samma lokaler (37, 39).

Vikten av att skapa en gemensam förståelse för patienters rehabilitering och att visa öppenhet och respekt gentemot varandras perspektiv har lyfts fram som viktigt i ett teamarbete (38, 39). Detta belyses även i en studie som har fokuserat på svårigheter i ett teamarbete. Denna studie visade att svårigheter i samarbetet uppstod då teamets övergripande beslut inte var överensstämmande med den enskilde teammedlemmens egna ståndpunkt, eller när teamets medlemmar överskred varandras professionella områden (40). Khalili och kollegor (41) har diskuterat vikten av att teamets medlemmar intar en dubbel identitet för att undvika dessa svårigheter. Denna dubbla identitet består av personens känsla av tillhörighet i den interprofessionella gruppen samt känslan av tillhörighet i den specifika professionen. Då teammedlemmarna upplever att de tydligt tillhör båda dessa grupper och kan kommunicera detta med varandra så främjas teamets samarbete (41).

När teamarbetet fungerar väl upplever rehabiliteringspersonal att detta arbetssätt är fördelaktigt i arbetet med personer som har komplexa behov (exempelvis personer med långvarig smärta) både för de patienter som erhåller rehabiliteringen men även för rehabiliteringspersonalen. Genom detta arbetssätt, upplever personalen, att samma budskap förmedlas till patienterna men på olika sätt och att de får en naturlig repetition vilket upplevs främja rehabiliteringen. Ytterligare en fördel med teamarbetet beskrivs vara att man på ett lätt sätt kan stötta varandra då exempelvis ett patientmöte varit svårt och frustrerande (37).

Utvärderingsuppdraget

Resultaten av tidigare utvärderingar av rehabiliteringsgarantin visar på förbättrad hälsa och arbetsförmåga efter rehabilitering, dock har inte sjukfrånvaron minskat mer bland personer som tagit del av rehabiliteringen jämfört med de som inte gjort det. Tänkbara förklaringar diskuteras i utvärderingarna och rehabiliteringspersonalens ovana att arbeta med arbetsåtergång som ett explicit mål har lyfts fram. Vidare beskrivs rehabiliteringsteamet utgöra en viktig del i MMR, men det finns fortfarande begränsad kunskap om i vilken mån rehabiliteringsteamens arbetssätt inverkar på behandlingsutfallet i MMR.

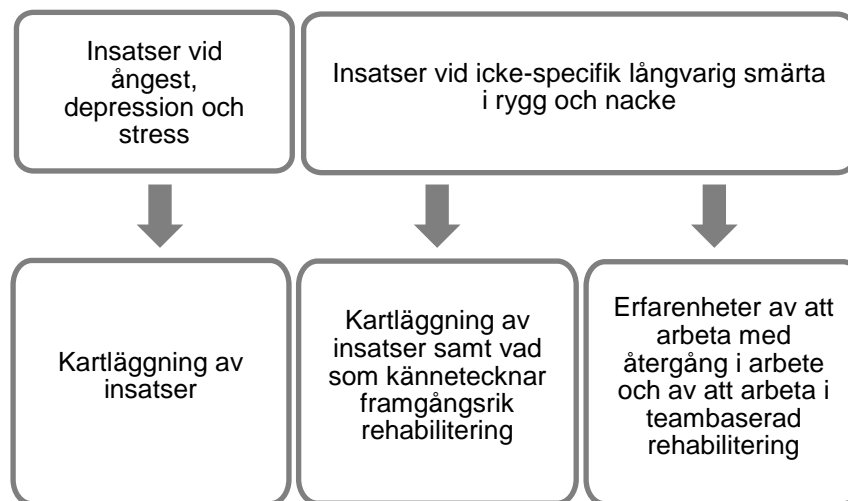
I juni 2012 fick Karolinska Institutet (KI) i uppdrag att genomföra en fördjupad utvärdering av rehabiliteringsgarantin (Regeringsbeslut S2012/1431/SF). I uppdraget ingår att KI i sin utvärdering ska kartlägga vad som kännetecknar de multimodala rehabiliteringsteam som bedriver en framgångsrik rehabilitering, som i detta sammanhang definieras utifrån rehabiliteringens effekt på sjukfrånvaro.

De frågeställningar KI har att ta ställning till är följande:

- a) I vilken mån arbetar vårdenheterna utifrån rådande evidens i multimodal rehabilitering och psykisk behandling? Till exempel när det gäller behandlarkompetens, kontakt med arbetsplatsen, behandlingens längd och ingående behandlingsmetoder och tekniker.
- b) Är rehabilitering med hög grad av evidens mer effektiv när det gäller att minska sjukfrånvaro efter MMR än rehabilitering med mindre grad av evidensbaserade inslag?
- c) Vilken påverkan har teamet, dess arbetssätt, sammansättning, egenskaper och samarbete för effekten av MMR när det gäller att minska sjukfrånvaro?
- d) Vad går i övrigt att identifiera för faktorer som skiljer framgångsrik rehabilitering från mindre framgångsrik rehabilitering?

Utvärderingens upplägg

Denna utvärdering innehåller tre parallella delar med olika syften (figur 1). Den första delen har syftet att beskriva hur kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT) inom ramen för rehabiliteringsgarantin bedrivs vid stress, ångest och depression samt att beskriva i vilken mån insatserna bedrivs utifrån rådande evidens (frågeställning a). Den andra delen syftar till att beskriva hur multimodal rehabilitering (MMR) inom ramen för rehabiliteringsgarantin bedrivs för patienter med långvarig ospecifik smärta i rygg och nacke samt att beskriva i vilken mån rehabiliteringen bedrivs utifrån rådande evidens (frågeställning a). Vidare innefattar denna del en kartläggning av vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering som i detta avseende definieras som rehabiliteringens effekt på sjukfrånvaro (frågeställning b - d). Den tredje delen fokuserar på att ge en fördjupad förståelse av hur rehabiliteringspersonal arbetar med målet återgång i arbete samt hur de upplever teamarbetet i den multimodala rehabiliteringen (frågeställning d).



Figur 1. Utvärderingens tre delar.

I utvärderingen har både enkätdata, registerdata samt intervjudata samlats in och analyserats. Detta beskrivs närmare i kommande avsnitt kring utvärderingens olika delar.

Metod

Denna utvärdering redovisar resultat från flera delar i vilka olika datamaterial och analysmetoder har använts. Genom att kombinera metoder som baseras på enkätdata, registerdata samt intervjudata ges goda förutsättningar för att utveckla kunskap om vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering. Analyserna av enkät- och registerdata bidrar med kunskap om vilka faktorer i rehabiliteringen som bidrar till minskad sjukfrånvaro efter avslutad rehabilitering och analyserna av intervjudata bidrar exempelvis med kunskap om hur rehabiliteringspersonal upplever sitt arbete med dessa faktorer.

I mars 2013 fick tre landsting en förfrågan av Karolinska Institutet om att delta i denna utvärdering. Landstingen valdes ut baserat på antal rapporterade patienter som erhållit multimodal rehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin under de tre första kvartalen 2012. De tre landsting som rapporterat flest patienter tillfrågades om deltagande och dessa var; landstinget i Jönköpings län, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Detta urval gjordes för att få ett tillräckligt stort patientunderlag för att genomföra statistiska analyser. Samtliga tre landsting tackade ja till att delta i utvärderingen.

I följande avsnitt sammanfattas hur varje del i utvärderingen genomförts. Utförligare information om hur de olika delarna har genomförts samt de olika delarnas material och studiepopulation redovisas i separata bilagor.

Kartläggning av insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin

För att beskriva hur insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin bedrivs samt i vilken mån insatserna bedrivs utifrån rådande evidens har två enkätstudier genomförts. En för personer som arbetar med KBT/IPT (bilaga 1) och en för personer som arbetar med MMR (bilaga 2). Två webbenkäter har utformats där den ena riktar sig till personer som arbetar med kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT) och den andra riktar sig till personer som arbetar med multimodal rehabilitering (MMR).

Enkät

Båda enkäterna innehåller frågeområden som avser att ge information om behandlarkompetens, behandlingen/rehabiliteringen samt förutsättningar för ett evidensbaserat arbetssätt. För utförligare information om enkäten till personer som arbetar med KBT/IPT, se bilaga 3. Enkäten som riktar sig till personer som arbetar med MMR innehåller även frågor om teamets samarbete samt verksamhetens utformning. Denna enkät återfinns i sin helhet i bilaga 4.

Enkätadministration

I maj 2013 samlades e-postadresser in till personer som arbetade inom ramen för rehabiliteringsgarantin via processledare och verksamhetschefer i de tre landsting som ingår i utvärderingen. Liknande tillvägagångssätt användes för att samla in e-postadresser till de respektive enkätutskicken. Enkäten som riktade sig till MMR-teamen skickades till alla

behandlare medan enkäten som riktade sig till KBT/IPT-terapeuter sändes till ett urval av behandlare. Utskicket av webbenkäten föregicks av ett informationsbrev där syftet med studien framgick. Då personerna öppnade länken till den enkät de skulle fylla i erhöll de information om sekretess och att de när som helst hade möjlighet att avbryta sitt deltagande i studien. Personerna samtyckte till att delta i undersökningen genom att besvara och skicka in enkäten. Enkäterna var öppna att besvaras i 24 dagar och under den perioden skickades påminnelser vid tre tillfällen.

Sammanlagt besvarade 329 behandlare inom KBT/IPT enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 71 procent (bilaga 1). Enkäten avseende MMR besvarades av 383 personer, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 72 procent. Dessa personer representerade 101 team. I 13 team besvarades enkäten endast av en teammedlem varför dessa exkluderas. Således är 87 procent (88/101) av de team som vi hade kontaktuppgifter till representerade i denna utvärdering. Ytterligare information om detta finns att läsa i bilaga 2.

Analys av enkätsvar

Deskriptiva analyser har genomförts och presenteras i form av frekvenser, typvärden och medelvärden.

Resultaten av enkäten som besvarats av personer som arbetar med KBT/IPT redovisas på individnivå. Resultaten som baseras på svaren från personer som arbetar med MMR redovisas enbart på teamnivå, d.v.s. samtliga svar från respondenterna tillhörande ett specifikt team har slagits samman och redovisas. För att göra denna sammanslagning krävdes att minst två personer från samma team svarade på enkäten.

För att redovisa ett sammanslaget teamresultat för variabler där svarsalternativen är färre än sju har teammedlemmarnas svar vägts samman baserat på vad majoriteten i teamet svarat. I de fall där det inte föreligger någon tydlig majoritet för ett svarsalternativ har teamets svar angivits som ”oklart”. För de variabler där skalstegen går från 1 - 7 (se bilaga 4) har teammedlemmarnas individuella svar summerats i respektive team och ett medelvärde har beräknats och avrundats till heltal.

Kartläggning av vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering

Ett av rehabiliteringsgarantins främsta mål är att förebygga och minska sjukfrånvaro. Minskad sjukfrånvaro kan därför ses som en indikator på framgångsrik rehabilitering, vilket i denna utvärdering definieras utifrån rehabiliteringens effekt på sjukfrånvaro. För att genomföra en kartläggning av vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering har teammedlemmarnas sammanvägda enkätsvar analyserats i relation till de enskilda patienternas sjukfrånvarodata som inhämtats från Försäkringskassan.

Sjukfrånvarodata

I september 2013 inhämtades uppgifter om vilka patienter som avslutat MMR inom ramen för rehabiliteringsgarantin från processledarna i de tre aktuella landstingen. De patienter vi erhöll uppgifter om kopplades därefter samman med de team som bedrivit respektive patients rehabilitering. 84 rehabiliteringsteam hade patienter kopplade till sina verksamheter och ingår därför i analyserna för sjukfrånvaro. Då avsikten var att koppla samman teamens svar med enskilda patients sjukfrånvarodata var det viktigt att inkludera patienter som erhållit rehabilitering i nära anslutning till den tidpunkt då enkäten skickats ut. Sjukfrånvarodata inhämtades från Försäkringskassan för patienter som genomgått MMR under perioden 120401 – 130831 i någon av de verksamheter som finns representerade i enkätaterialet.

Uppgifter om alla typer av sjukfrånvaro inhämtades (sjukpenning, rehabiliteringspenning, förebyggande sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning) samt uppgifter om personer som avlidit eller som uppnått maximal tid inom sjukförsäkringen. Endast sjukfrånvaro överstigande arbetsgivarperioden (14 dagar) var tillgänglig via Försäkringskassan och är således de sjukfrånvarodagar analyserna baseras på. Detta innebär generellt att i de fall sjukfrånvaron beskrivs vara *högst 14 dagar registerad sjukfrånvaro* är sjukfrånvaron i realiteten totalt en månads sjukfrånvaro med arbetsgivarperioden inräknad.

Analys

Syftet med denna utvärdering är inte att undersöka rehabiliteringens långsiktiga effekter. Sjukfrånvarodata används för att analysera vilka faktorer som påverkar sjukfrånvaro efter rehabiliteringen. I dessa analyser har vi därför använt sjukfrånvaro ett kvartal före och ett kvartal efter rehabiliteringen. Kompletterande analyser har gjorts med sjukfrånvarodata både från två och tre kvartal efter avslutad och resultaten skiljer sig inte från de resultat som framkommer då sjukfrånvarodata för ett kvartal efter avslutad rehabilitering används.

För att kunna jämföra sjukfrånvaro före och efter rehabiliteringen behöver det finnas uppgifter om när rehabiliteringen påbörjades respektive avslutades. På grund av att landstingen enbart rapporterar in datum för rehabiliteringens avslut till Försäkringskassan gjordes en uppskattning av längden på rehabiliteringsprogrammen utifrån de uppgifter som erhållits av teamen i enkäten. I enkäten uppgav majoriteten av teamen att rehabiliteringen pågår åtta veckor. I analysen har därmed tidpunkten för rehabiliteringens start uppskattats till två månader före det datum för rehabiliteringens avslut som rapporterats från landstingen.

För att jämföra utveckling av sjukfrånvaro användes kovariansanalys där sjukfrånvaro kvartalet innan rehabiliteringen kontrollerades för. Genom sådan analys kan man studera vilken effekt enskilda faktorer har på utfallet (exempelvis rehabiliteringens längd, samarbete, inställning till arbete och hälsa osv). För att undersöka vilka faktorer som bäst förklarar förekomst av sjukfrånvaro kvartalet efter avslutad rehabilitering genomfördes stegvisa regressionsmetoder.

Erfarenheter av att arbeta med MMR utifrån rehabiliteringsgarantins syfte och riktlinjer samt av att arbeta i team

För att utforska och beskriva rehabiliteringspersonalens erfarenheter av att arbeta med multimodal rehabilitering utifrån rehabiliteringsgarantins syfte och riktlinjer samt av att arbeta i team har en kvalitativ design använts. Denna metod valdes då en kvalitativ intervjustudie kompletterar enkätdelarna för att ge en fördjupad bild av och ny kunskap om vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering.

Deltagare

17 personer deltar i denna del av utvärderingen, vilka har rekryterats till studien i samverkan med processledarna i de tre förekommande landstingen. Ett lämplighetsurval har använts. Deltagarna arbetade som arbetsterapeut ($n=5$), kurator ($n=2$), läkare ($n=4$), psykolog ($n=2$) och sjukgymnast ($n=4$). Medelåldern var 52 år och 13 deltagare var kvinnor. Ytterligare information om deltagarnas bakgrundsdata finns beskriven i bilaga 5.

Datainsamling

Individuella semistrukturerade intervjuer (42) genomfördes med samtliga deltagare på deras respektive arbetsplatser. För att besvara syftet i föreliggande rapport har tre frågeområden formulerats och dessa fokuserade på hur teamets samarbete upplevdes, hur en sedvanlig rehabilitering såg ut, samt hur det upplevdes att arbeta med målet återgång i arbete/minskad sjukfrånvaro. Två pilotintervjuer genomfördes i ett annat landsting med syfte att testa intervjuguiden. Några justeringar av frågornas ordningsföljd gjordes men frågorna var i stort sett desamma även efter revideringarna. Bilaga 6 redovisar intervjuguiden i sin helhet.

Innan intervjuerna startade fick samtliga deltagare information om syftet med studien, att det var frivilligt att delta samt att när resultatet presenteras kommer materialet att vara oidentifierat och inte gå att härleda till någon specifik person. Skriftligt samtycke inhämtades från samtliga deltagare. Tidsåtgången för intervjuerna varierade mellan 55 och 80 minuter och samtliga intervjuer spelades in.

Analys av intervjudata

Samtliga intervjuer transkriberades ordagrant och genererade cirka 380 sidor text att analysera. Analysen av materialet har genomförts med en kvalitativ innehållsanalys (43). Initialt lästes de transkriberade intervjuerna igenom flera gånger och därefter markerades delar i texten som svarade mot det övergripande syftet och frågeställningarna. Dessa delar har sedan benämnts med koder som senare har jämförts med varandra i varje enskild intervju. Utifrån denna jämförelse har kategorier och subkategorier formulerats och sedan jämförts för att identifiera likheter och skillnader i samtliga intervjuer. För att säkra tillförlitligheten i resultatet har koderna och kategorierna jämförts mot varandra och mot grundmaterialet i flera omgångar. De koder och kategorier som identifierats har även diskuterats i forskargruppen vid flera tillfällen.

Etiska aspekter

De studier som ingår i denna utvärdering är godkända av Etikprövningsnämnden i Stockholm (diarienummer: 2012/1773-32 och 2013/997-32).

Registerdata har samlats in med stöd av 24 kap. 8 § Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Samtliga personuppgifter har behandlats med största aktsamhet och sekretess. All information innehållande känsliga personuppgifter förvaras i ett låst brandskyddad skåp dit enbart forskargruppen har tillgång. I detta skåp har även en kodnyckel förvarats. Denna sammankopplar löpnummer och personnummer och har använts vid insamling av data från Försäkringskassan. Personnummer har enbart använts vid datainsamlingar, därefter har materialet bearbetats i avidentifierat skick.

Resultat

Kartläggning av insatser vid lindriga och medelsvåra psykiska besvär

Följande avsnitt avser att ge en beskrivning av hur kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT) inom ramen för rehabiliteringsgarantin bedrivs vid stress, ångest och depression samt i vilken mån insatserna bedrivs utifrån rådande evidens.

Enkäten besvarades av 329 personer, varav 82 procent var kvinnor och 18 procent män. 55 procent var 50 år eller äldre och 52 procent av respondenterna arbetade på privatägda vårdenheter, se tabell 1.

Tabell 1. Information om respondenternas bakgrund.

Bakgrundsvariabel	Antal (%)
Ålder	
20-30 år	12 (4)
31-50 år	136 (41)
50 år eller äldre	180 (55)
Kön	
Kvinna	268 (82)
Man	59 (18)
Arbetsgivare	
Offentlig	156 (48)
Privat	170 (52)
Profession	
Arbetsterapeut	9 (3)
Läkare	7 (2)
Psykolog	155 (47)
Sjukgymnast	5 (2)
Sjuksköterska	29 (9)
Skötare psykiatrisk vård	10 (3)
Socionom/kurator	85 (26)
Annan	27 (8)

Respondenternas profession visas i tabell 1. Den vanligast förekommande professionen var psykolog (47 %), följt av socionom/kurator (26 %). Inom svarsalternativet ”annan” (8 %) ryms bland annat; leg psykoterapeut, beteendevetare, lärare.

Psykoterapi

I enkäten har respondenterna fått besvara frågor om deras psykoterapiutbildning samt erfarenhet av att arbeta med psykoterapi. Resultatet visar att 61 procent av respondenterna har genomgått psykoterapiutbildning, steg I och 38 procent har genomgått psykoterapiutbildning, steg II. Majoriteten av respondenterna (72 %) har bedrivit psykoterapi längre än 5 år.

Kognitiv terapi/kognitiv beteendeterapi är den vanligast förekommande psykoterapiformen (80 %) som bedrivs inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Interpersonell psykoterapi uppges av tio procent vara den terapiform som bedrivs. Tio procent uppger att man bedriver annan terapiform och dessa terapiformer uppges bland annat vara; ”både KBT och IPT” (detta fanns ej som ett fast svarsalternativ (n=12), integrativ psykoterapi (n=2), ACT (n=1), bildterapi (n=1), korttidsinriktad psykodynamisk (n=2) och lösningsfokuserad (n=1). Ytterligare information om psykoterapiutbildning och erfarenhet av att arbeta med psykoterapi beskrivs i tabell 2.

Tabell 2. Information om respondenternas psykoterapiutbildning samt erfarenhet av att arbeta med psykoterapi.

Psykoterapi	Antal (%)
Psykoterapiutbildning:	
Steg 1 (grundutbildning)	200 (61)
Steg 2 (psykoterapiutbildning)	125 (38)
Ingen psykoterapiutbildning	3 (1)
Inriktning i psykoterapiutbildning:	
KBT	193 (61)
Psykodynamisk	85 (27)
Annan	39 (12)
Erfarenhet av psykoterapi:	
Kortare än 1 år	3 (1)
1-5 år	89 (27)
Längre än 5 år	235 (72)
Psykoterapiform inom rehabiliteringsgarantin:	
Kognitiv terapi/kognitiv beteendeterapi (KBT)	263 (80)
Interpersonell psykoterapi (IPT)	32 (10)
Annan	33 (10)
Klinisk erfarenhet av ovanstående terapiform:	
Kortare än 1 år	5 (1,5)
1-5 år	161 (49)
Längre än 5 år	162 (49,5)
Tidigare arbetat med någon annan psykoterapimetod?	
Nej	155 (47)
Ja	173 (53)
Om ja, vilken annan psykoterapimetod?	
Psykodynamisk psykoterapi	90 (52)
Övriga	83 (48)

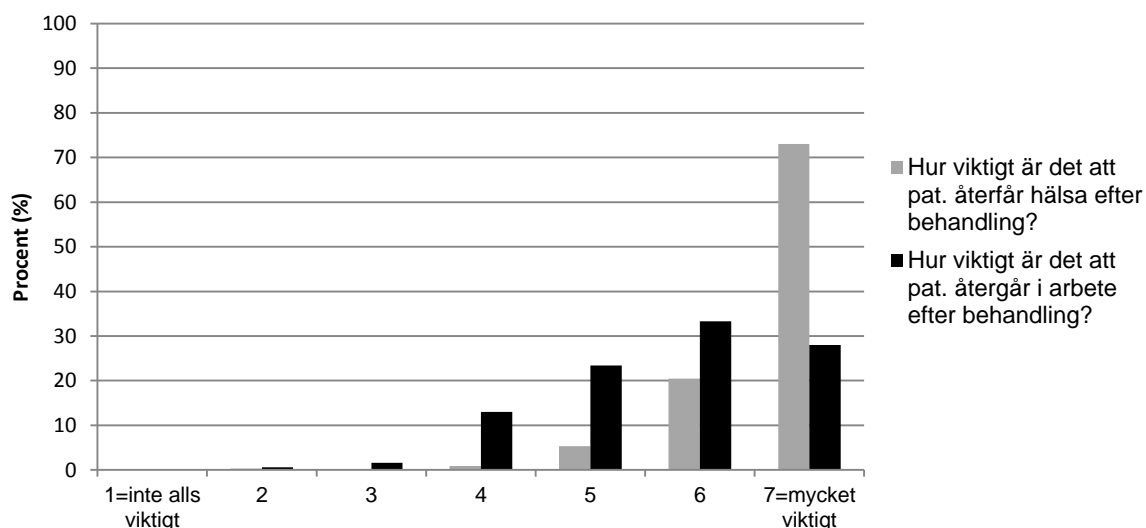
I bilagan till överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin 2014 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) står att behandlare med grundläggande utbildning (steg 1) bör ha handledning. Detta har undersökts i enkäten och 73 procent har svarat att de för närvarande går i psykoterapihandledning. Hur ofta och på vilket sätt handledningen bedrivs redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Information om hur ofta och på vilket sätt psykoterapihandledningen bedrivs.

Psykoterapihandledning	Antal (%)
Går du i psykoterapihandledning?	
Ja	238 (73)
Nej	88 (27)
Hur ofta går du i psykoterapihandledning?	
Mindre än 1 gång/månad	26 (11)
1 gång/månad	125 (53)
2 gång/månad	73 (31)
Mer än 2 ggr/månad	13 (5)
Hur sker handledningen?	
Grupp	148 (62)
Individuellt	89 (38)

Arbetsrelaterade inslag i behandlingen

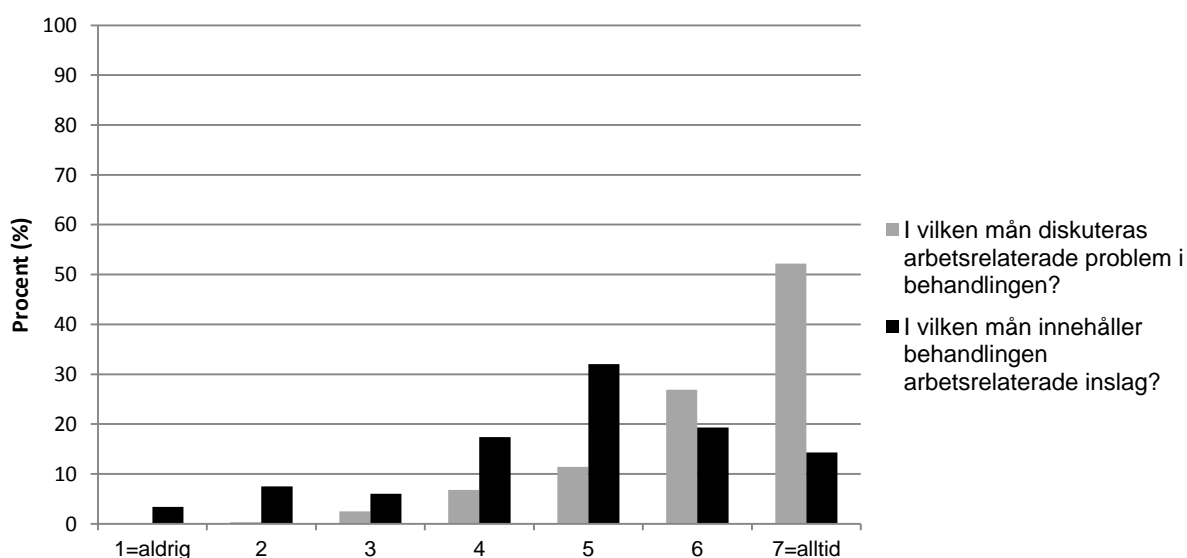
Det primära målet med rehabiliteringsgarantin är att öka återgång i arbete, eller att förebygga sjukfrånvaro, så att personers arbetsförmåga så långt som möjligt kan tas tillvara. För att landstingen ska få ersättning från rehabiliteringsgarantin krävs ett ökat arbete med fokus på återgång i arbete efter sjukfrånvaro eller på att patienten delvis kan stanna kvar i arbete trots nedsatt arbetsförmåga. Respondenterna har i enkäten besvarat frågor som handlar om arbetsrelaterade inslag i behandlingen och hur man arbetar med dessa frågor. Resultaten från dessa frågor redovisas i det följande. Respondenterna har svarat på hur viktigt det är för dem att patienten återfår sin hälsa respektive återgår i arbete efter behandlingen. Resultatet gällande dessa frågor ses i figur 2.



Figur 2: Figuren visar respondenternas uppfattning om hur viktigt det är att patienten återfår hälsa respektive hur viktigt det är att patienten återgår i arbete efter behandling.

73 procent av respondenterna ansåg att det var mycket viktigt att patienten återfår sin hälsa efter behandlingen medan 28 procent tyckte att det var mycket viktigt att patienten återgår i arbete efter behandlingen. Då svarsalternativ sex och sju summeras visar resultatet att 93 procent tyckte att det var viktigt eller mycket viktigt att patienten återfår sin hälsa efter behandlingen och 61 procent tyckte att det var viktigt eller mycket viktigt att patienten återgår i arbete efter behandlingen.

Respondenterna har även fått ange i vilken mån arbetsrelaterade problem diskuteras under behandlingen samt i vilken mån behandlingen innehåller arbetsrelaterade inslag. Figur 3 visar att drygt hälften av respondenterna (52 %) angav att arbetsrelaterade problem alltid diskuteras i behandlingen. 14 procent av respondenterna angav att deras behandling alltid innehåller arbetsrelaterade inslag.



Figur 3: Figuren visar i vilken mån arbetsrelaterade problem diskuteras i rehabiliteringen samt i vilken mån rehabiliteringen innehåller arbetsrelaterade inslag.

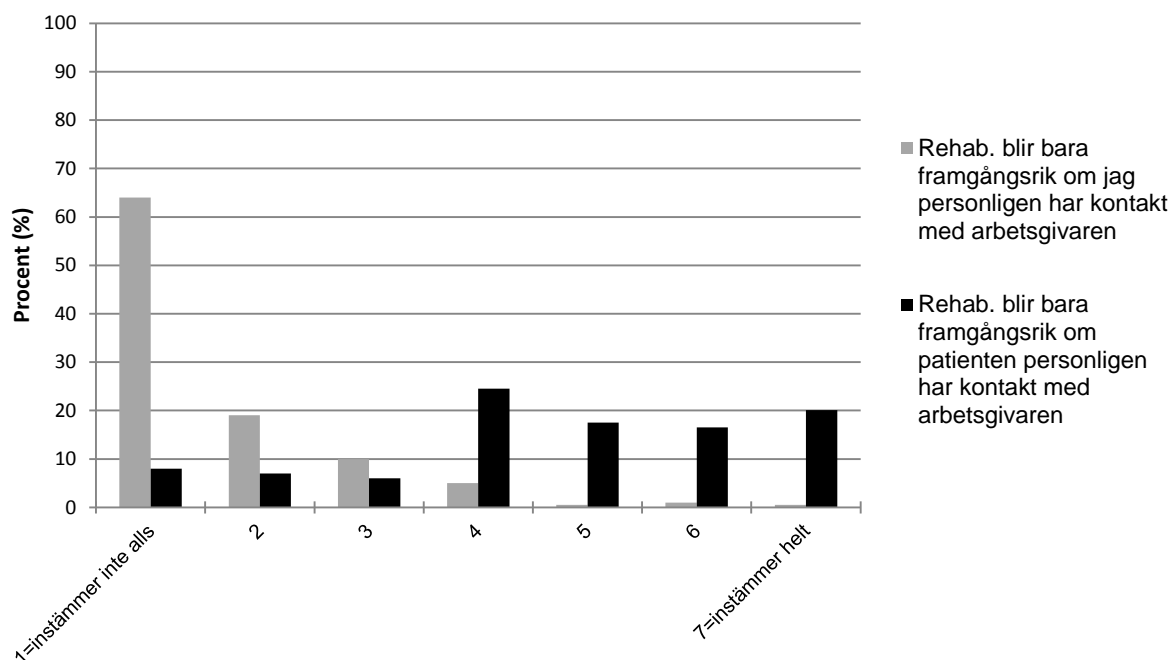
I en öppen fråga om hur respondenterna arbetar med arbetsrelaterade inslag har 278 personer (84 %) kortfattat beskrivit vilka inslag behandlingen kan innehålla. De skrivna svaren har kategoriserats och 590 utsagor om arbetsrelaterade inslag har identifierats. Resultatet från denna kategorisering visar att patientens egna arbetsplatsbesök och hemuppgifter var det vanligaste arbetsrelaterade inslagen i behandlingen. Exponering var också ett vanligt förekommande inslag. I vissa fall har deltagarna beskrivit att exponeringen var specifikt relaterad till arbetet, exempelvis genom arbetsplatsbesök, men de flesta har inte specificerat vad exponeringen består i.

Att uppmuntra patienterna att ta kontakt med andra aktörer, såsom arbetsgivaren, chefen, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan var också vanligt förekommande. Detta togs upp som ett inslag i behandlingen i större utsträckning än att behandlarna själva tar kontakt med dessa aktörer. För att förbereda patienterna på att ta denna kontakt och delta i möten med någon av dessa aktörer beskrevs rollspel som ett relativt vanligt förekommande inslag i behandlingen.

Respondenterna uppgav även att de fokuserade på kommunikationsfärdigheter i stor utsträckning. De deltagare som närmare har beskrivit vad det kan bestå i tar upp aspekter som handlar om att öva på att kommunicera sina egna önskemål och att bli tydligare i sin kommunikation med kollegor och chef. Ytterligare viktiga arbetsrelaterade inslag i behandlingen beskrevs vara att arbeta med att sätta gränser, konflikthantering och stresshantering.

Samverkan med patientens arbetsgivare under behandlingen

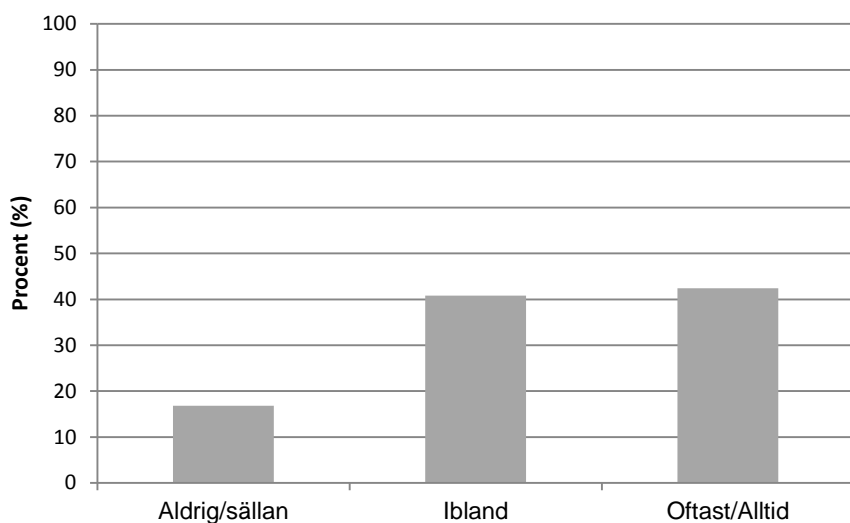
I enkäten har respondenterna svarat på frågor som handlar om hur de anser att samverkan med patientens arbetsgivare inverkar på rehabiliteringen samt om det är respondentens eller patientens ansvar att ha den kontakten. 55 procent av respondenterna instämde inte alls i att det är viktigt att de själva tar kontakt direkt med patientens arbetsgivare för att underlätta rehabiliteringen och enbart en procent instämde helt i att det underlättar rehabiliteringen om de tar kontakt direkt med arbetsgivaren. Respondenterna har även fått ta ställning till huruvida de instämmer i att rehabiliteringen bara blir framgångsrik om de personligen eller patienten har kontakt med arbetsgivaren och de svaren redovisas i figur 4.



Figur 4: Figuren visar respondenternas uppfattning kring om rehabiliteringen blir framgångsrik av kontakt med arbetsgivare.

Samverkan med andra parter för att underlätta återgång i arbete

Respondenterna har fått besvara hur ofta de samverkar med andra parter i syfte att hjälpa patienten att vidmakthålla/återgå i arbete. I detta fall definieras andra parter som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller arbetsgivaren. 42 procent av respondenterna angav att de eller deras arbetsplats oftast/alltid samverkar med andra parter och ungefär en lika stor andel (41 %) svarade att man samverkar med dessa parter ibland. 17 procent av respondenterna angav att man aldrig/sällan har denna typ av samverkan, se figur 5.



Figur 5: Figuren visar i vilken utsträckning respondenterna samverkar med andra parter såsom arbetsgivare, FK och AF, i syfte att hjälpa patienten att vidmakthålla/återgå i arbete.

Förutsättningar för ett evidensbaserat arbetssätt

Respondenterna har besvarat ett antal frågor som berör deras möjligheter, behov och intressen för att arbeta enligt evidensbaserad praktik inom den verksamhet de arbetade i vid den tidpunkt då enkäten besvarades. En stor andel av respondenterna (76 %) instämde helt eller i hög grad i att ledningen på deras arbetsplats uppmuntrar dem att arbeta evidensbaserat. Att metoder och verktyg, såsom riktlinjer och checklistor är viktiga inom yrkesområdet för att arbeta evidensbaserat instämde 68 procent av respondenterna helt eller delvis i. Det var en stor spridning bland respondenterna beträffande om man diskuterar kring bästa möjliga kunskap/evidensbas på arbetsplatsen. Hälften (50 %) instämde helt eller i hög grad i detta och 33 procent instämde inte alls eller i låg grad i detta påstående. För vidare information se tabell 4.

Tabell 4. Möjligheter, behov och intresse för att arbeta enligt evidensbaserad praktik.

Evidensbaserad praktik*	Antal (%)
Ledningen uppmuntrar till att arbeta evidensbaserat (n=308)	
1-3 = "Instämmer inte alls eller i låg grad"	37 (12)
4 = "Varken/eller"	36 (12)
5-7 = "Instämmer helt eller i hög grad"	235 (76)
Kunskapsbasen är för bred för att arbeta utifrån bästa möjlig evidens (n=302)	
1-3 = "Instämmer inte alls eller i låg grad"	181 (60)
4 = "Varken/eller"	36 (12)
5-7 = "Instämmer helt eller i hög grad"	85 (28)
Metoder och verktyg är viktiga beståndsdelar för att arbeta evidensbaserat (n=308)	
1-3 = "Instämmer inte alls eller i låg grad"	46 (15)
4 = "Varken/eller"	51 (17)
5-7 = "Instämmer helt eller i hög grad"	211 (68)
Vi diskuterar kring bästa möjliga kunskapsläge/ evidensbas på arbetsplatsen (n=307)	
1-3 = "Instämmer inte alls eller i låg grad"	102 (33)
4 = "Varken/eller"	52 (17)
5-7 = "Instämmer helt eller i hög grad"	153 (50)

*Svarsalternativen är utformade som en sjugradig skala där 1 = "instämmer inte alls" och 7 = "instämmer helt", övriga skalsteg har ingen förklaringstext. För att förenkla redovisningen har vi här slagit samman svaren i kategorier enligt ovan och försett dem med förklaringstext.

Sammanfattning av resultaten

Resultat visar att generellt sett uppfylls de kompetenskrav för behandlare som står angivna i överenskommelsen för rehabiliteringsgarantin. Drygt två tredjedelar har genomgått psykoterapiutbildning steg I och 73 procent uppger att de går i psykoterapihandledning. Flertalet av behandlarna (80 %) bedriver kognitiv beteendeterapi och 61 procent av

behandlarna har den inriktningen i sin utbildning. Omkring två tredjedelar anser att det är viktigt att patienten återgår i arbete efter behandlingen men anknytning och samverkan med arbetsplatsen är lågt prioriterad. Kontakt med andra aktörer, såsom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen beskrivs förekomma i något större utsträckning.

Kartläggning av insatser vid smärta i rygg och nacke

Följande avsnitt avser att ge en beskrivning av hur multimodal rehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin bedrivs för patienter med smärta i rygg och nacke samt att beskriva i vilken mån rehabiliteringen bedrivs utifrån rådande evidens.

Enkäten besvarades av 88 team och följande resultat redovisas på teammedlemmarnas sammanvägda svar. Vanligast är att de sammanslagna teamsvaren är baserade på individuella svar från tre respondenter (tabell 5).

Tabell 5. Antal personer från samma team som besvarat enkäten.

Antal respondenter	Antal team (%)
2	14 (16)
3	25 (28)
4	16 (18)
5	16 (18)
6	5 (6)
7	6 (7)
8	4 (5)
9	1 (1)
10	1 (1)

MMR-teamets verksamhet

53 team (60 %) uppgav att de arbetade inom offentlig verksamhet. 29 team (33 %) hade en privat arbetsgivare och i 6 team (7 %) uppgav teamets medlemmar olika svar, d.v.s. några uppgav att de hade en offentlig arbetsgivare och några uppgav en privat arbetsgivare.

MMR-teamens personalsammansättning

Antalet olika yrkeskategorier som ingick i teamen varierade en del. Vanligast var dock att teamet var sammansatt av fem olika yrkeskategorier, se tabell 6.

Tabell 6. Information om teamens personalsammansättning.

Antal olika yrkeskategorier i teamen	Antal team (%)
3	11 (12)
4	20 (23)
5	32 (36)
6	21 (24)
7	4 (5)

De vanligaste yrkeskategorierna i teamet var läkare och sjukgymnast. I procent av teamen uppgav majoriteten att läkare ingick och 93 procent uppgav att sjukgymnast återfanns i teamets personal (tabell 7).

Tabell 7. Information om vilka yrkesgrupper som ingår i teamen.

Yrkesgrupp som ingår i teamet	Ingår i teamet Antal team (%)	Ingår ej i teamet Antal team (%)	Oklart Antal team (%)
Arbetsterapeut	68 (77)	16 (18)	4 (4)
Läkare	80 (91)	4 (4)	4 (4)
Psykolog	56 (64)	24 (27)	8 (9)
Rehabsamordnare	44 (50)	39 (44)	5 (6)
Sjukgymnast	82 (93)	4 (4)	2 (2)
Sjuksköterska	22 (25)	62 (70)	4 (4)
Socionom/kurator	42 (48)	43 (49)	3 (3)
Annan	13 (15)	69 (78)	6 (7)

MMR-teamens arbetstid som ägnas åt multimodal rehabilitering

82 % av teamen uppgav att de ägnade mindre än 50 procent åt att arbeta med multimodal rehabilitering för personer med smärta (tabell 8). I nästan hälften av teamen (43 %) uppgav majoriteten att de arbetat i samma MMR-team i tre år eller längre, se tabell 8.

Tabell 8. Information om mängd tid som lades på MMR samt hur länge majoriteten av teammedlemmarna arbetat i samma team.

MMR – arbetstid och erfarenhet	Antal team (%)
Arbetstid som ägnas åt MMR	
Mindre än 25 %	54 (61)
25-50 %	18 (21)
51-75 %	3 (3)
Mer än 75 %	8 (9)
Oklart	5 (6)
Antal år i MMR-teamet	
Kortare än 1 år	14 (16)
1-2 år	35 (40)
3 år eller längre	38 (43)
Oklart	1 (1)

MMR-teamens lokalmässiga förutsättningar

69 team (78 %) svarade att alla eller nästan alla teammedlemmar satt i lokaler som gjorde det lätt att få tag på varandra. I de resterande 19 teamen (22 %) svarade majoriteten att de inte satt i lokaler som gjorde det lätt att få tag på teamets medlemmar.

Förändringar i verksamheten som påverkat MMR-teamens arbete

I 69 team (78 %) uppgav minst en teammedlem att det skett någon större förändring i verksamheten som har påverkat teamet eller teamarbetets förutsättningar under det senaste

året. 55 team (63 %) uppgav att det skett personalförändringar under det senaste året och 60 procent av dessa team (33 team) upplevde att denna förändring hade inverkat negativt på verksamheten.

I nedanstående tabell (tabell 9) redovisas hur de teammedlemmar som uppgett att det skett en förändring upplever att den har inverkat på verksamheten.

Tabell 9. Information om typ av förändring som minst en av teamets medlemmar uppgav samt om denna förändring upplevts som positiv eller negativ för verksamheten

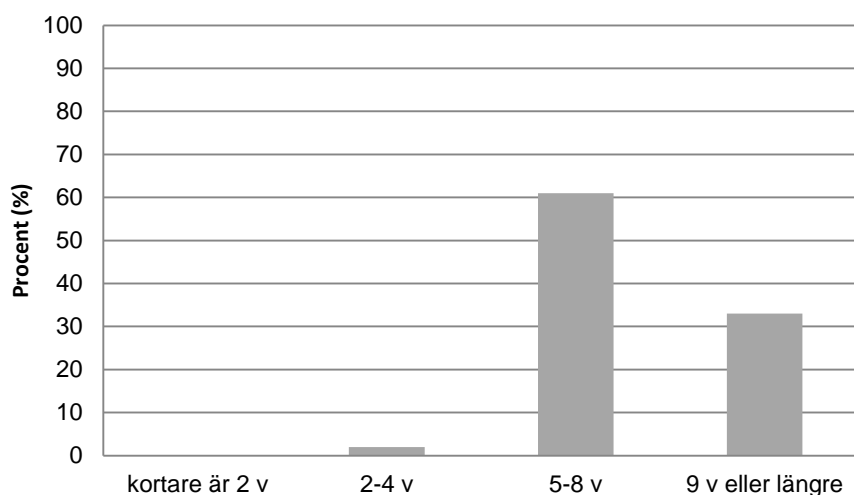
Typ av förändring	Antal team (%)
Personalförändring	55 (63)
Positiv påverkan	19 (35)
Negativ påverkan	33 (60)
Ingen påverkan	2 (4)
Oklart	1 (1)
Ekonomiska förutsättningar	25 (28)
Positiv påverkan	6 (24)
Negativ påverkan	18 (72)
Ingen påverkan	1 (4)
Patientflöde	31 (35)
Positiv påverkan	11 (36)
Negativ påverkan	15 (48)
Ingen påverkan	2 (6)
Oklart	3 (10)
Förändringar i arbetssätt/metoder	29 (33)
Positiv påverkan	21 (72)
Negativ påverkan	2 (7)
Ingen påverkan	5 (17)
Oklart	1 (3)

De förändringar som kan härledas till organisatoriska förändringar upplevdes oftast ha en negativ påverkan på verksamheten samtidigt som förändringar som handlade om att förändra arbetssätt och inriktning uppgavs av majoriteten medföra en positiv påverkan på verksamheten.

Rehabiliteringen

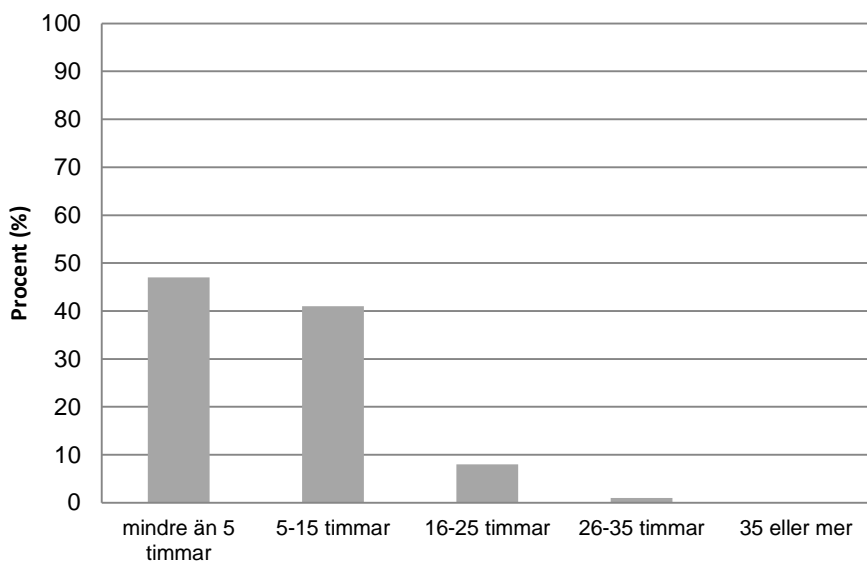
Rehabiliteringens tidsmässiga omfattning och upplägg

94 procent av teamen uppgav att rehabiliteringsprogrammet vanligen pågick längre än fyra veckor. Vanligast var att rehabiliteringsprogrammet pågick 5 - 8 veckor, se figur 6. I tre team (3 %) var det oklart hur länge rehabiliteringsprogrammet oftast pågick.



Figur 6. Information om antal veckor som rehabiliteringen vanligen pågick

Det förelåg en större variation mellan teamen vad gällde antal timmar som patienterna erhöll rehabilitering/vecka. 41 team (47 %) angav att rehabiliteringen pågick i mindre än fem timmar/vecka och 36 team (41 %) angav att rehabiliteringen pågick 5 – 15 timmar/vecka. I tre team var det oklart kring detta. För vidare information, se figur 7.

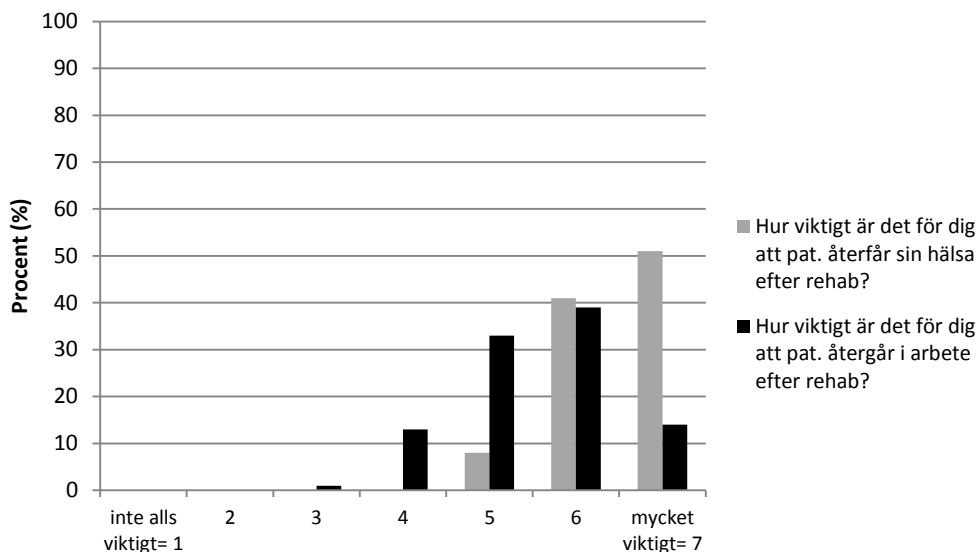


Figur 7. Figuren visar hur många timmar/vecka majoriteten i respektive team rapporterade att patienterna får rehabilitering (exklusive uppföljningar).

75 team (85 %) uppgav att rehabiliteringen skedde både i grupp och individuellt. Elva procent av teamen uppgav att rehabiliteringen endast skedde i individuell form och två procent av teamen svarade majoriteten att man bedrev grupprehabilitering. Ett team avstod från att besvara denna fråga.

Attityder gentemot hälsa och arbetsåtergång

Teamen fick ta ställning till hur viktigt de ansåg att det är att patienten återfår sin hälsa respektive återgår i arbete efter rehabiliteringen. Figur 8 visar att 51 procent av teamen ansåg att det var mycket viktigt att patienten återfår sin hälsa efter rehabiliteringen medan 14 procent tyckte att det var mycket viktigt att patienten återgår i arbete efter rehabiliteringen. Då svarsalternativ sex och sju summeras visar resultatet att 92 procent tyckte att det var viktigt eller mycket viktigt att patienten återfår sin hälsa efter rehabiliteringen och 53 procent tyckte att det var viktigt eller mycket viktigt att patienten återgår i arbete efter rehabiliteringen.



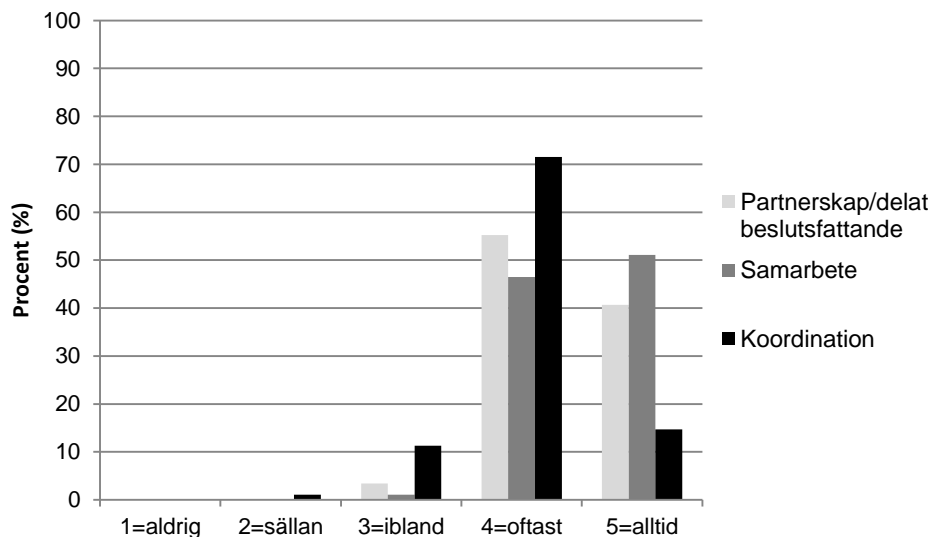
Figur 8: Figuren visar uppfattning om hur viktigt teamen anser att det är att patienten återfår hälsa respektive återgår i arbete efter rehabiliteringen.

Samverkan med andra parter för att underlätta återgång i arbete

I enkäten har teamen redovisat hur ofta de samverkar med andra parter i syfte att hjälpa patienten att vidmakthålla/återgå i arbete. I detta fall definierades andra parter som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller arbetsgivaren. Cirka hälften av teamen (53 %) uppgav att de oftast/alltid samverkade med andra parter. 35 team (40 %) uppgav att de samarbetade med andra aktörer ibland och enbart 2 procent av teamen angav att de aldrig/sällan hade denna typ av samverkan. I fyra team var det oklart i vilken utsträckning man samarbetade med andra parter då teammedlemmarna i tre team inte var ense om detta och ett team inte har besvarat frågan.

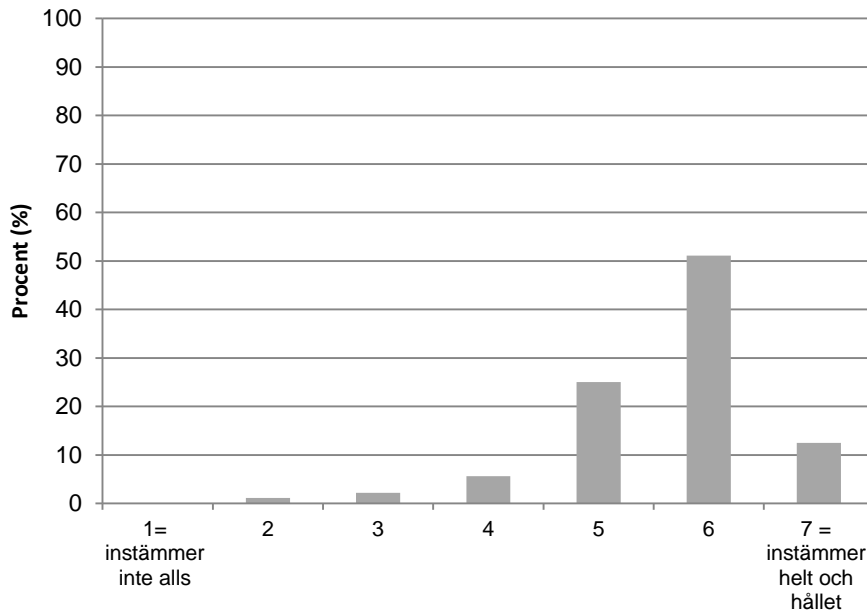
MMR-teamens samarbete

Övergripande uppgav teamen att det interprofessionella samarbetet var väl fungerande. Samarbetet har kartlagts utifrån Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS) vilken innehåller tre subskalor. Dessa är; partnerskap/delat beslutsfattande, samarbete och koordination. Med partnerskap menas att alla teammedlemmars synpunkter, och personliga och professionella erfarenheter respekteras och värderas likvärdigt oavsett utbildningsnivå eller erfarenhet. Samarbete innebär att teamets medlemmar arbetar tillsammans i en miljö där var och ens färdigheter, kunskap och kompetens värderas och man är benägen att omvärdera sina egna perspektiv och åsikter. Koordination handlar om förmågan att samarbeta för att uppnå gemensamma mål vilket främjas av en effektiv kommunikation mellan teammedlemmarna samt tillgång till nödvändig utrustning, material och personal. Figur 9 visar resultatet avseende dessa specifika delar.



Figur 9. Figuren visar hur teamen svarat i de respektive delskalorna i AITCS.

Samarbetet i teamet undersöktes även med påståendet ”samarbetet i teamet fungerar optimalt”. På detta påstående kunde svarsalternativ mellan 1 och 7 ges där 1 var instämmer inte alls och 7 instämmer helt (figur 10).



Figur 10. Figuren visar i vilken utsträckning teamen instämde i påståendet: ”samarbetet i teamet fungerar optimalt”.

Förutsättningar för ett evidensbaserat arbetssätt

Teamen har besvarat frågor gällande deras möjligheter, behov och intresse för att arbeta enligt evidensbaserad praktik. Ett team har inte besvarat dessa frågor. Majoriteten av teamen (92 %) uppgav att de instämde helt eller i hög grad i att ledningen på deras arbetsplats uppmuntrar teamen till att arbeta evidensbaserat. Trots detta uppgav endast 63 procent att diskussioner kring bästa kunskapsläge och evidens fördes på arbetsplatsen. För vidare information se tabell 10.

Tabell 10. Möjligheter, behov och intresse för att arbeta enligt evidensbaserad praktik.

Evidensbaserad praktik*	Antal team (%)
Ledningen uppmuntrar till att arbeta evidensbaserat (n=87)	
1-3 = "Instämmer inte alls eller i låg grad"	3 (3)
4 = "Varken/eller"	4 (5)
5-7 = "Instämmer helt eller i hög grad"	80 (92)
Kunskapsbasen är för bred för att arbeta utifrån bästa möjlig evidens (n=87)	
1-3 = "Instämmer inte alls eller i låg grad"	30 (34)
4 = "Varken/eller"	25 (29)
5-7 = "Instämmer helt eller i hög grad"	32 (37)
Metoder och verktyg är viktiga beståndsdelar för att arbeta evidensbaserat (n=87)	
1-3 = "Instämmer inte alls eller i låg grad"	0 (0)
4 = "Varken/eller"	5 (6)
5-7 = "Instämmer helt eller i hög grad"	82 (94)
Vi diskuterar kring bästa möjliga kunskapsläge/ evidensbas på arbetsplatsen (n=87)	
1-3 = "Instämmer inte alls eller i låg grad"	12 (14)
4 = "Varken/eller"	20 (23)
5-7 = "Instämmer helt eller i hög grad"	55 (63)

*Svarsalternativen för samtliga frågor är utformade som en sjugradig skala där 1 = "instämmer inte alls" och 7 = "instämmer helt", övriga skalsteg har ingen förklaringstext. För att förenkla redovisningen har vi här slagit samman svaren i kategorier enligt ovan och försett dem med förklaringstext.

Sammanfattning av resultaten

Resultatet från denna enkätundersökning visar att rehabiliteringens tidsmässiga omfattning är något mindre omfattande än vad som rekommenderas i överenskommelsen för rehabiliteringsgarantin. Drygt 60 procent av teamen bedriver rehabilitering som pågår i 5 - 8 veckor och 47 procent uppger att rehabiliteringens tidsmässiga omfattning per vecka understiger fem timmar. Vidare visar resultaten att drygt hälften av teamen uppger att det är viktigt eller mycket viktigt att patienterna återgår i arbete efter avslutad rehabilitering. Omkring hälften av teamen (53 %) uppgav att de oftast/alltid samverkade med andra parter. 35 team (40 %) uppgav att de samarbetade med andra aktörer ibland och 2 procent av teamen angav att de aldrig/sällan hade denna typ av samverkan.

Resultaten från enkäten visar att samarbetet i teamen generellt fungerar väl. Detta trots att 33 team (38 %) uppgav att det under det senaste året skett personalförändringar som haft en negativ inverkan på verksamheten. Merparten av respondenterna uppger att ledningen uppmuntrar till att arbeta evidensbaserat och 63 procent rapporterar att man diskuterar kring bästa möjliga kunskapsläge och evidens på arbetsplatserna.

Kartläggning av vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering

Följande avsnitt avser att ge information om vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering. I denna utvärdering definieras framgångsrik rehabilitering utifrån rehabiliteringens effekt på sjukfrånvaro. Resultaten baseras på analyser av de sammanvägda teamsvaren i relation till de enskilda patienternas sjukfrånvarodata.

Beskrivning av patienterna

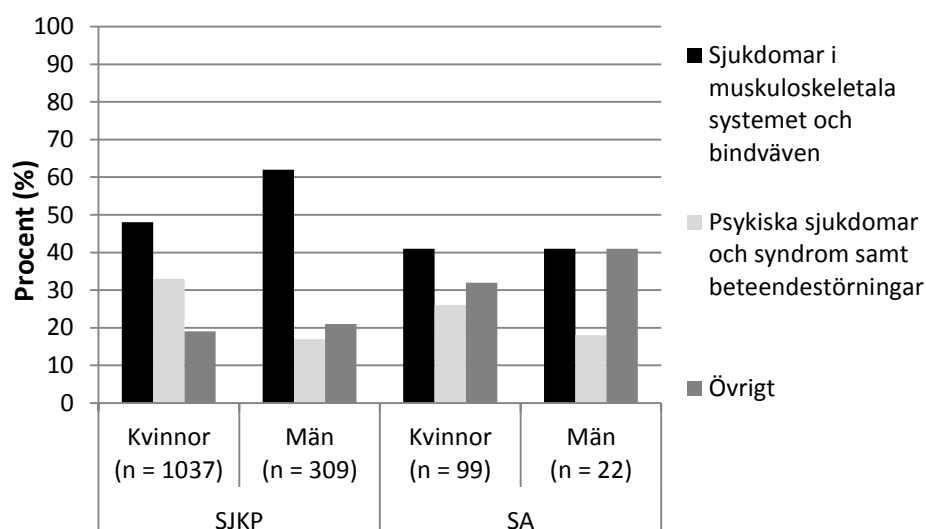
Sjukfrånvarodata har inhämtats för patienter (3155 personer) som genomgått MMR under perioden 120401 – 130831 i någon av de verksamheter som finns representerade i enkätaterialet. Patienterna var 17 – 70 år och merparten var kvinnor. 41 patienter (1 %) var äldre än 67 år och 310 patienter (10 %) var utförsäkrade före påbörjad rehabilitering. Ytterligare information om bakgrundsdata för patienterna som ingår i denna utvärdering ses i tabell 11.

Tabell 11. Bakgrundsdata för 3155 patienter som avslutat multimodal rehabilitering inom rehabiliteringsgarantin och som ingår i denna utvärdering

Ålder , medelvärde (sd)*	46 (11)
Kön , antal (%)	
Kvinnor	2401 (76)
Män	754 (24)
Nationalitet , antal (%)	
Svenskfödd	2345 (74)
Utrikesfödd	789 (25)
Ingen uppgift	21 (1)

*sd=standardavvikelse

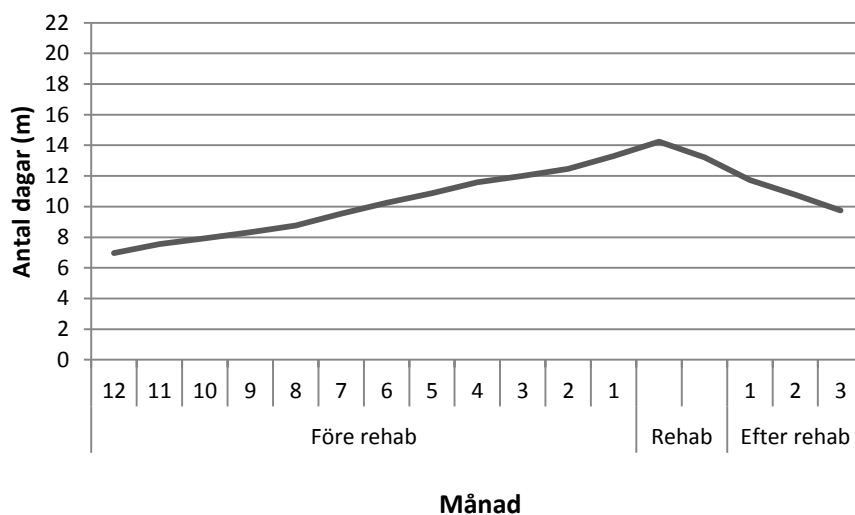
Av de 1785 patienter (56 %) som hade någon registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering var det 439 patienter (25 %) som inte hade någon diagnos (som var relaterad till sjukpenning under de fem senaste åren före rehabiliteringens start) dokumenterad i Försäkringskassans register. Bland de patienter där diagnos var dokumenterad återfanns de vanligaste förekommande diagnoserna inom kapitlet ”Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven” (51 %) och de näst vanligaste diagnoserna inom kapitlet ”Psykliska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar” (29 %). I figur 11 redovisas andelen av kvinnor och män med dessa diagnoser. Övriga diagnoser har slagits samman i en kategori.



Figur 11. Figuren visar information om diagnoser från Försäkringskassans sjukfrånvaroregister gällande vid sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning för de patienter (1346 personer) som har någon registrerad sjukfrånvaro kvartalet innan rehabilitering samt en diagnos dokumenterad i registret.

Sjukfrånvaroutveckling efter MMR

I figur 12 redovisas sjukfrånvaroutvecklingen (antal sjukfrånvarodagar/månad) ett år före och ett kvartal efter rehabilitering.

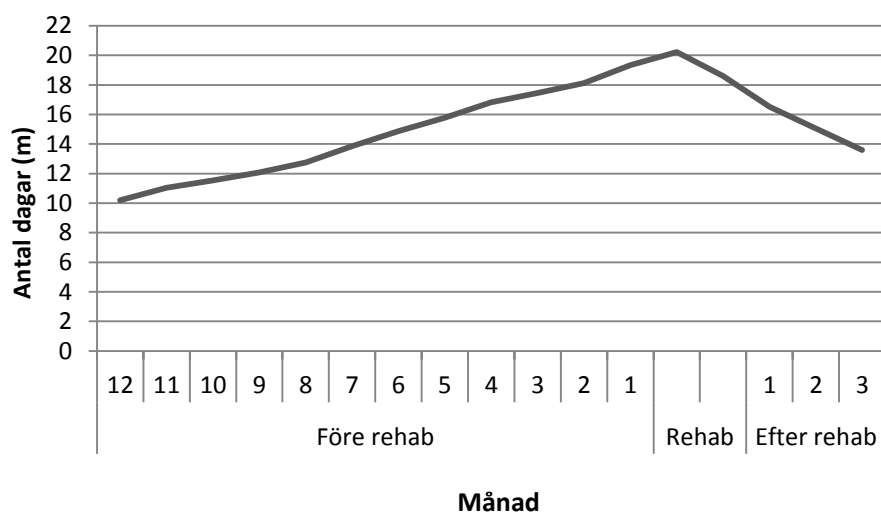


Figur 12. Sjukfrånvaroutveckling ett år före och ett kvartal efter rehabiliteringen.

Den totala sjukfrånvaron (sjukpenning, rehabiliteringspenning, förebyggande sjukpenning, samt sjuk- och aktivitetsersättning) ökar för varje månad fram till start av rehabiliteringen. Ökningen är från cirka sju dagar tolv månader innan rehabilitering till fjorton dagar månaden innan insats. Efter rehabiliteringen sker sedan en minskning av den totala sjukfrånvaron och efter tre månader är sjukfrånvaron knappt tio dagar. Då nivån av sjukfrånvaro tre månader före rehabilitering jämförs med tre månader efter rehabilitering så är sjukfrånvaron i genomsnitt cirka två dagar lägre efter rehabilitering. Av de 1030 patienter (44 %) som inte

hade någon registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringen var det 919 patienter (89 %) som inte heller hade någon registrerad sjukfrånvaro kvartalet efter avslutad rehabilitering.

Vid analyser där enbart patienter med någon registrerad sjukfrånvaro året före rehabilitering inkluderas visar resultaten att den totala sjukfrånvaron ökar något kraftigare för varje månad fram till rehabiliteringen påbörjas jämfört med sjukfrånvaroutvecklingen för samtliga patienter. Månaden innan rehabiliteringen påbörjas är den totala sjukfrånvaron i genomsnitt 19 dagar och efter tre månader är sjukfrånvaron knappt 14 dagar. Vidare visar resultaten att 19 procent av samtliga patienter (undantaget utförsäkrade) haft en sjukfrånvaro som motsvarar minst tre kvartal året innan rehabilitering.



Figur 13. Sjukfrånvaroutveckling ett år före och ett kvartal efter rehabiliteringen för de patienter som har någon sjukfrånvaro registrerad i Försäkringskassans register året innan rehabilitering.

Faktorer som inverkar på rehabiliteringens utfall

I detta avsnitt redovisas resultat baserade på samtliga team (n=84) som har patienter registrerade i Försäkringskassans register. De patienter som ingår i dessa analyser är de patienter som inte utförsäkrades före rehabiliteringen startade (n=2845). För att möjliggöra en kartläggning av vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering har de sammanvägda teamsvaren gällande ett antal faktorer relaterade till rehabiliteringens omfång och teamens egenskaper och inställningar ställts i relation till de enskilda patienternas sjukfrånvarodata. Resultaten presenteras i form av skillnader i antal registrerade sjukfrånvarodagar per patient kvartalet efter rehabilitering när olika kännetecken för teamen och rehabiliteringen jämförs. Med sjukfrånvaro avses frånvaro registrerad hos Försäkringskassan vilket innebär att den kortare sjukfrånvaron (upp till 14 dagar) då sjuklön betalas av arbetsgivaren inte finns med. På grund av olikheter i rehabiliteringsutfall för patienter med högst 14 dagar registrerad sjukfrånvaro under kvartalet innan rehabilitering jämfört med patienter med sjukfrånvaro under längre tid presenteras resultaten separat för dessa två grupper. Detta innebär generellt att första kategorin *högst 14 registrerade sjukfrånvarodagar* i realiteten är totalt en månads sjukfrånvaro med arbetsgivarperioden inräknad.

Statistiskt säkerställda resultat markeras genom fet skrift och stjärnor för signifikansnivån. Naturligtvis finns det ett stort antal andra faktorer, exempelvis patientrelaterade egenskaper och inställningar, som kan påverka rehabiliteringsutfallet. Sådana faktorer förutom patientens kön, ålder och sjukfrånvaro har inte varit möjligt att kontrollera för i denna utvärdering vilket bör beaktas i tolkningen av resultatet.

Sjukfrånvarons längd

Vid analyserna framkom att sjukfrånvarons längd före rehabilitering hade ett säkerställt samband med sjukfrånvarons omfattning efter insats. Det är den enskilt starkaste faktorn för att förklara utveckling av sjukfrånvaro efter rehabilitering. För varje sjukfrånvardag kvartalet före rehabilitering ökade längden på sjukfrånvaron kvartalet efter rehabiliteringen med 0,7 dagar (0,74, konfidensintervall 0,71; 0,76***). Exempelvis har patienter med 50 dagar registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering i genomsnitt 15 dagar längre sjukfrånvaro kvartalet efter rehabilitering än patienter med 30 dagar registrerad sjukfrånvaro före rehabilitering.

Ett samband (en så kallad interaktion) kunde också påvisas mellan längden på sjukfrånvaro före rehabilitering och effekten av rehabiliteringen beroende på insatsernas intensitet och omfattning i tid. Analyser visar att för personer med högst 14 dagar registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering kunde en mer intensiv rehabilitering (> 5 timmar i veckan) relateras till minskad sjukfrånvaro efter insats men med högre sjukfrånvaro (mer än 14 dagar) innan rehabilitering ändrades detta samband. För personer med längre sjukfrånvaro innan insats så var tvärtom en mindre intensiv rehabilitering (1 - 5 timmar i veckan) och en längre tids rehabilitering (9 veckor eller mer jämfört med 2 - 8 veckor) kopplad till en minskning i sjukfrånvaro. Resultaten nedan presenteras därför uppdelat på antal registrerade sjukfrånvardagar kvartalet före rehabiliteringens start.

Rehabiliteringens tidsmässiga omfattning

Av tabell 12 framgår att för patienter med mer än 14 dagar registrerad sjukfrånvaro kvartalet före insatsen är rehabilitering som pågår 9 veckor eller längre relaterad till knappt sex dagar kortare sjukfrånvaro per patient under kvartalet efter insats jämfört med om rehabiliteringen pågår 2 - 8 veckor. För samma grupp är rehabilitering som pågår fem timmar eller mindre per vecka relaterad till åtta dagar kortare sjukfrånvaro kvartalet efter insats jämfört med om rehabiliteringen pågår mer än fem timmar per vecka.

Patienter som har högst 14 dagar sjukfrånvaro före rehabilitering (i realiteten högst 28 dagar med arbetsgivarperioden inräknad) har en minskad sjukfrånvaro efter rehabilitering om insatsen getts av team som arbetar minst 25 % av sin arbetstid med MMR medan resultatet är det omvända för patienter med mer än 14 dagar registrerad sjukfrånvaro innan rehabilitering. Patienter som har högst 14 dagar registrerad sjukfrånvaro innan rehabilitering uppvisar också en minskad sjukfrånvaro efter rehabilitering om insatsen getts av team som har ett större

patientflöde (≥ 20 patienter per år). Övriga resultat i tabellen är inte statistiskt säkerställda. Avsikten med att inkludera dessa variabler var att om en större andel av arbetstiden ägnas åt MMR, eller om teamet har fler patienter, så ökar också erfarenheten av att arbeta med MMR vilket skulle kunna ge ett bättre resultat.

Tabell 12. Information om rehabiliteringens tidsmässiga omfattning i relation till rehabiliteringsutfall för samtliga patienter (n=2845).

	Högst 14 dagar registrerad sjukfrånvaro kvartalet innan rehabilitering	Mer än 14 dagar registrerad sjukfrånvaro kvartalet innan rehabilitering
	Antal dagar (konfidensintervall)	Antal dagar (konfidensintervall)
Arbetstid som ägnas åt MMR		
<25%		
25-100%	-2,52 (-4,80; -0,23)*	5,04 (1,13; 8,95)*
Rehablängd		
2-8 veckor		
≥ 9 veckor	-1,17 (-3,47; 1,15)	-5,87 (-9,72; -2,02)**
Antal timmar/vecka		
1-5 timmar		
>5 timmar	-0,42 (-2,83; 1,98)	8,21 (3,98; 12,43)***
Antal behandlade patienter/år		
<20		
≥ 20	-6,36 (-11,84; -0,88)*	-1,27 (-6,83; 4,28)

*= p-värde 0,05 **= p-värde 0,01 ***= p-värde 0,001

Teamens samarbete samt inställning till arbete, hälsa och evidens

Patienter med mer än 14 dagar registrerad sjukfrånvaro kvartalet innan rehabiliteringen som får insats av team som anser att det är viktigt eller mycket viktigt att patienten återfår hälsan och/eller återgår i arbetet efter insats har cirka fem respektive fyra dagar kortare sjukfrånvaro kvartalet efter insats jämfört med patienter som får insats av team som anser detta vara ganska viktigt (se tabell 13). För samma grupp uppvisar team som instämmer helt eller nästan helt i att evidensbaserade metoder diskuteras på arbetsplatsen bättre resultat motsvarande fem dagar mindre sjukfrånvaro, jämfört med team som instämmer i lägre grad i detta. För patienter med högst 14 dagars registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering var sjukfrånvaron högre kvartalet efter rehabiliteringen om teamen ofta eller alltid samverkade med andra aktörer jämfört med om teamen samverkade ibland eller aldrig.

Ytterligare ett antal faktorer avseende teamens samarbete prövades i dessa analyser. I enkäten framkom att samtliga team genomgående skattade sitt samarbete som mycket bra. Detta medför att det inte föreligger tillräckligt stor variation i materialet för att urskilja några grupper (exempelvis team med välfungerande respektive mindre välfungerande samarbete) att jämföra med varandra. Resultaten avseende teamets samarbete är därför så osäkra att det inte går att dra några slutsatser. Det går dock att urskilja vissa tendenser som visar att i team som uppger att koordination alltid eller ofta fungerar så minskar patienterna i båda grupperna antal sjukfrånvardagar kvartalet efter avslutad rehabilitering med cirka tre dagar jämfört med patienter som träffat team där koordinationen fungerar ibland.

Tabell 13. Information om rehabiliteringsteamens samarbete samt inställning till återgång i arbete, hälsa och evidens i relation till rehabiliteringsutfall kvartalet efter avslutad rehabilitering.

	Högst 14 dagar registrerad sjukfrånvaro kvartalet innan rehabilitering	Mer än 14 dagar registrerad sjukfrånvaro kvartalet innan rehabilitering
	Antal dagar (konfidensintervall)	Antal dagar (konfidensintervall)
Hur viktigt teamet anser att det är att patienter återfår hälsa efter rehabilitering		
Ganska viktigt		
Mycket viktigt	-1,76 (-4,14; 0,62)	-4,87 (-9,05; -0,68)*
Hur viktigt teamet anser att det är att patienter återgår i arbete efter rehabilitering		
Ganska viktigt		
Mycket viktigt	-1,54 (-3,73; 0,65)	-4,22 (-7,92; -0,52)*
Samverkan med andra aktörer		
Ibland/aldrig		
Oftast/alltid	3,80 (1,69; 5,91)***	-3,40 (-7,07; 0,28)
Teamets övergripande samarbete		
Instämmer till viss del		
Instämmer helt	-1,45 (-3,75; 0,84)	-0,13 (-3,75; 3,49)
Vi diskuterar kring bästa möjliga kunskapsläge/evidensbas på arbetsplatsen		
Instämmer till viss del		
Instämmer helt	-1,29 (-3,97; 1,39)	-4,96 (-8,68; -1,25)**

*= p-värde 0,05 **= p-värde 0,01 ***= p-värde 0,001

Faktorer med starkast påverkan på rehabiliteringens utfall

Vid de slutliga analyserna identifierades en modell med fyra faktorer som tillsammans förklarar större delen (57 %) av variationen i antal sjukfrånvarodagar kvartalet efter avslutad rehabilitering. Dessa faktorer är; *patienternas sjukfrånvaro kvartalet innan rehabilitering*, *rehabiliteringens längd*, *teamens inställning till hur viktigt det är att patienten återfår hälsa*, samt huruvida *teamen diskuterar evidens på sin arbetsplats*. Som tidigare har nämnts är sjukfrånvaros längd före rehabilitering den enskilt starkaste faktorn för att förklara utveckling av sjukfrånvaro efter rehabilitering.

Jämförelse mellan mer och mindre framgångsrik rehabilitering

För att identifiera de mer respektive mindre framgångsrika rehabiliteringsteamerna har vi undersökt antal sjukfrånvarodagar kvartalet före och efter avslutad rehabilitering för de patienter som har någon registrerad sjukfrånvaro kvartalet före och som erhållit rehabilitering i respektive team. Därefter har den procentuella ökningen respektive minskningen av sjukfrånvarodagar utgjort urvalet för de mer respektive mindre framgångsrika teamerna. Vid en minskad sjukfrånvaro om minst 20 procent kategoriserades teamerna som mer framgångsrika och vid en minskad sjukfrånvaro om max 5 procent kategoriserades teamerna som mindre framgångsrika. Utifrån denna urvalsprincip kategoriserades 42 team som mer framgångsrika och 13 team som mindre framgångsrika. Det går dock inte att dra några slutsatser utifrån resultat baserade på analyser av dessa team då resultaten blir alltför instabila på grund av det låga antalet team.

Sammanfattning av resultaten

Analyserna visade att sjukfrånvarons längd innan rehabilitering hade ett säkerställt samband med sjukfrånvarons omfattning efter insats. Det var den enskilt starkaste faktorn för att förklara utveckling av sjukfrånvaro efter rehabilitering. Vidare hade rehabiliteringens tidsmässiga omfattning, rehabiliteringspersonalens inställning till betydelsen av att patienterna återfår hälsa och återgår i arbete, samverkan med andra aktörer samt huruvida teamen diskuterar evidens säkerställda samband med sjukfrånvarons omfattning efter avslutad rehabilitering. De olika faktorernas inverkan på rehabiliteringsutfallet skiljde sig mellan gruppen med patienter med högst 14 dagar registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringen och gruppen med patienter med mer än 14 dagar registrerad sjukfrånvaro kvartalet före insatsen. Vid de slutliga analyserna identifierades en modell med fyra faktorer som tillsammans förklarar större delen (57 %) av resultatet i antal sjukfrånvarodagar kvartalet efter avslutad rehabilitering för samtliga patienter. Dessa faktorer var; *patienternas sjukfrånvaro kvartalet innan rehabilitering, rehabiliteringens längd, teamens inställning till hur viktigt det är att patienten återfår hälsa, samt huruvida teamen diskuterar evidens på sin arbetsplats.*

Beskrivning av erfarenheter av att arbeta med multimodal rehabilitering utifrån rehabiliteringsgarantins syfte och riktlinjer

Detta avsnitt avser att beskriva rehabiliteringspersonalens erfarenheter av att arbeta med multimodal rehabilitering för personer med långvarig icke-specifik smärta utifrån rehabiliteringsgarantins syfte och riktlinjer.

I analysen identifierades fyra kategorier. De två första beskriver deltagarnas erfarenheter av hur olika aspekter inverkar på deras rehabiliteringsarbete. Följande två kategorier beskriver deltagarnas erfarenheter av att arbeta med fokus på arbetsåtergång samt vilka aspekter som upplevdes främja patienternas process mot återgång i arbete. Utifrån dessa kategorier formulerades det övergripande temat, *Återgång i arbete – en långsiktig process som sträcker sig bortom den multimodala rehabiliteringens ramar och ansvar*. En översikt av tema, kategorier och underkategorier finns i tabell 14.

Tabell 14. Tema, kategorier och subkategorier utifrån analysen av intervjudata.

Tema, kategorier och subkategorier
Återgång i arbete - en långsiktig process som sträcker sig bortom den multimodala rehabiliteringens ramar och ansvar
Rehabiliteringspersonalens inställning inverkar på rehabiliteringen
Främja hälsa och välbefinnande
Konflikt mellan egna värderingar och rehabiliteringsgarantins syfte
Patienternas förutsättningar inverkar på rehabiliteringen
Rehabiliteringen skapar plattform för fortsatta insatser mot återgång i arbete
Förbättra förutsättningar för att återgå i arbete
Upprätta en hållbar planering
Sammanhållen länk med externa aktörer främjar återgång i arbete på lång sikt
Inställning till samverkan
Kontinuitet främjar samverkan

Återgång i arbete – en långsiktig process som sträcker sig bortom den multimodala rehabiliteringens ramar och ansvar

Deltagarna som intervjuades beskrev att de patienter de mötte ofta varit sjukskrivna under en längre tid och att deras arbetsåtergång därför var en process som tog mycket lång tid. Deltagarna uppgav att denna process sällan hann avslutas (och ibland inte ens påbörjas) under rehabiliteringsperioden eftersom deltagarna ofta bedömde att det var många andra delar i patienternas livssituationer som behövde fokuseras på först. De flesta deltagarna upplevde inte att återgång i arbete var deras primära fokus i rehabiliteringen och de tyckte inte heller att det ska vara det. Det varierade dock hur de team som deltagarna arbetade i valde att ta sig an uppgiften att arbeta för återgång i arbete. Vissa team utelämnade helt arbetet som en del av rehabiliteringen samtidigt som andra team hade en person som primärt arbetade med den uppgiften. Deltagarna var dock överens om att återgång i arbete ofta var en långsiktig process som influerades av en rad olika aspekter. Detta beskrivs närmare i de följande kategorierna.

Rehabiliteringspersonalens inställningen inverkar på rehabiliteringen

Denna kategori består av två subkategorier som beskriver vad deltagarna upplevde som deras ansvar inom ramen för den rehabiliteringsverksamhet de arbetade inom. Deras inställning till hälso- och sjukvårdens uppdrag var en aspekt som inverkade på hur de arbetade med att öka patienternas arbetsåtergång.

Främja hälsa och välbefinnande

Den första subkategorin illustrerar att flera deltagare upplevde att deras uppgift var att bedriva medicinsk rehabilitering med syfte att *främja hälsa och välbefinnande*. Det var ingen av deltagarna som upplevde det främmande att arbeta med att främja ett ökat välbefinnande i vardagen, de ansåg snarare att det var deras primära uppgift. Deltagarna beskrev att för vissa patienter kunde det innebära ett tydligt fokus på att återgå i arbete men för andra kunde det handla om helt andra saker. Samtliga deltagare beskrev dock att återgång i arbete alltid fanns med som ett övergripande långsiktigt mål men deras inställning till hur mycket man borde fokusera på det under rehabiliteringen skiljde sig åt. Några deltagare beskrev att teamen helt utelämnade fokus på återgång i arbete och inte alls tog upp det på eget initiativ eftersom de upplevde att ett tydligt fokus på återgång i arbete kunde försämra relationen mellan rehabiliteringspersonalen och patienterna, samt att det kunde skapa stress hos patienterna.

”Vi är väldigt försiktiga med det här att lägga för mycket vikt vid arbetsåtergång i början för vi ser att det skrämmer folk, dom känner direkt press. // Det är inte juste att börja prata jobb när man kommer hit och ska börja jobba med sig själv.”

En annan anledning som beskrevs ligga till grund för valet att inte alls fokusera på arbetsåtergång, handlade om hur medlemmarna i det multimodala teamet valt att fördela sina arbetsuppgifter. I några team hade man en person som primärt fokuserade på arbetsåtergång och i de fallen beskrev övriga teammedlemmar att de helt kunde lägga den biten åt sidan.

”Jag tror sysselsättning, aktivitet, är en jätte viktig del för att må bra i livet, men dom delarna kan jag känna att jag släpper lite för arbetsterapeuten har så mycket fokus, hon har ju huvudansvaret för det här med arbetsträning.”

Andra deltagare hade en annan inställning till återgång i arbete och valde istället att föra arbete på tal kontinuerligt under rehabiliteringen även om det låg långt fram i planeringen. På så sätt upplevde deltagarna att patienten fick möjlighet att tänka mycket på detta och skapa en konkret plan för hur de skulle gå vidare i sin process mot att återgå i arbete när rehabiliteringen avslutades.

”Vi har ju pratat om det här med arbete och arbetsåtergång, det är levande för oss under hela processen, det är någonting som vi faktiskt har tänkt på från början, att det är någonting som vi ska ha levande hela tiden, vi ska inte glömma av det.”

Samtliga deltagare betonade dock att deras främsta uppgift var att främja hälsa och de var överens om att återgång i arbete var en process som sällan hann avslutas under rehabiliteringsperioden. De beskrev att det konkreta arbetet med att öka arbetsåtergång kom i nästa fas, d.v.s. efter genomgången rehabiliteringsperiod. De menade att för den

arbetslivsinriktade delen ansvarade andra aktörer, såsom Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och företagshälsovården.

Konflikt mellan egna värderingar och rehabiliteringsgarantins syfte

Några deltagare upplevde dock en form av konflikt mellan deras egna värderingar och rehabiliteringsgarantins syfte, vilket beskrivs i den andra subkategorin. Flera av deltagarna beskrev att patienterna sällan var redo att konkret börja fokusera på återgång i arbetet under den initiala rehabiliteringsperioden och de beskrev att det var orimligt att tro att en minskad sjukfrånvaro och ökad arbetsåtergång skulle ske under den korta period som rehabiliteringen pågick. En del deltagare beskrev också att arbetsåtergång inte var ett explicit mål i rehabiliteringsprocessen, eftersom det var något som den enskilde patienten och rehabiliteringspersonalen inte kunde råda över. Deltagarna uppfattade att återgång i arbete styrdes av den rådande arbetsmarknaden i hög grad. Trots att de medvetet valt att fokusera sina åtgärder på att främja ökat välbefinnande och förbättra förutsättningarna för arbetsåtergång så beskrevs deras sekundära fokus på arbetsåtergång av vissa som en källa till inre konflikter eftersom de var medvetna om att deras uppdrag från rehabiliteringsgarantin var att få patienter åter i arbete.

”Det är två världar som möts. // Vad vi vill, sjukvården, för vårt uppdrag är egentligen, att sjukvårdens mål med sin verksamhet går ju inte ihop med rehabiliteringsgarantins uppdrag. Det gör dom inte, dom är nästan oförenliga som jag ser det.”

Även om flera deltagare upplevde svårigheter med denna intressekonflikt hanterade de flesta detta. Exempelvis, genom att de påminde sig om att rehabiliteringsinsatserna hade en positiv inverkan på deltagarnas mående, genom att de fokuserade på sådana saker som de upplevde förbättrade patienternas arbetsförmåga i förlängningen och genom att de lade över ansvaret för patienternas återgång i arbete på andra aktörer.

Patienternas förutsättningar inverkar på rehabiliteringen

Denna kategori illustrerar hur patientgruppen karaktäriserades och hur det verkade på rehabiliteringens inriktning. Deltagarna beskrev att en av de viktigaste beståndsdelarna i rehabiliteringen var att möta patienten där den befann sig. Det fanns en stor följsamhet och lyhördhet gentemot patienternas förutsättningar vilket verkade på deltagarnas arbete vad gäller att sträva mot ökad återgång i arbete och minskad sjukfrånvaro.

Deltagarna beskrev patientgruppen som heterogen i många avseenden, exempelvis vad gäller antal år med smärta, sjukskrivningstid samt hur smärtan verkade på deras vardag. Vissa patienter arbetade fortfarande till viss del samtidigt som andra kunde ha varit sjukskrivna i flera år. Flera deltagare beskrev att i många fall stod deras patienter långt från arbetsmarknaden och det fanns en medvetenhet bland deltagarna att de här patienterna per definition inte omfattades av rehabiliteringsgarantin. Skälen till att inkludera den här gruppen patienter i rehabiliteringen varierade. Vissa deltagare beskrev att deras team medvetet hade gjort det valet då de ansåg att rehabiliteringen ändå kunde främja patientens hälsa och välbefinnande, vilket de upplevde var deras främsta uppgift. Andra beskrev att trycket på att

ta in ett ökat patientantal hade ökat från landstinget. En deltagare sade såhär om patientintaget:

”Tendensen har varit att vi rehabiliterar mera patienter nu, tidigare höll vi mera strikt på dom här reglerna som fanns kring vilka patienter vi egentligen skulle ta in, men vi har fått synpunkter på att vi ska ta in mera”

Trots gällande riktlinjer för vilka patienter som bör erbjudas multimodal rehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin, beskrevs att en stor del av de patienter som deltog i rehabiliteringen inte längre identifierade sig själva som yrkesarbetande personer. Deltagarna beskrev att dessa patienter kunde ha genomgått en sorgprocess för att nå dit och de upplevde det inte etiskt riktigt att återigen riva upp den sorgen. Många av patienterna hade ofta aktivitetsbegränsningar i sin vardag och tunga upplevelser som behövde bearbetas under rehabiliteringsperioden innan återgång i arbete blev aktuellt. Dessa förutsättningar inverkade till stor del på deltagarnas arbete med att främja återgång i arbete och minska sjukfrånvaro. Deltagarna beskrev att fokus behövde ligga på att jobba med det psykiska välbefinnandet och att få vardagen att fungera initialt.

Rehabiliteringen skapar plattform för fortsatta insatser mot återgång i arbete

Den egna inställningen till sitt uppdrag, rehabiliteringsgarantins riktlinjer och patienternas förutsättningar inverkade på inriktningen som deltagarna beskrev att rehabiliteringen hade. Deltagarna beskrev att deras insatser främst riktade sig mot att förbättra förutsättningarna för att få en fungerande vardag och återgång i arbete i ett långsiktigt perspektiv, vilket beskrivs närmare i nedanstående subkategorier.

Förbättra förutsättningar för att återgå i arbete

I och med att patienterna ofta stod långt från arbetsmarknaden och deltagarna upplevde att tidsramarna för rehabiliteringen var betydligt kortare än processen att återgå i arbete så beskrev de att de mestadels fokuserade på att förbättra förutsättningar för att återgå i arbete i deras konkreta arbete med patienterna. Deltagarna menade att fokus initialt behövde ligga på att förbättra det psykiska välbefinnandet och att stötta patienterna i att få en fungerande vardag innan det var aktuellt att konkret arbeta med återgång i arbete. För de patienter som stod långt från arbetsmarknaden kunde det till och med handla om att finna andra meningsfulla aktiviteter i vardagen. Deltagarna beskrev att deras främsta och viktigaste uppgift var att stötta patienterna där de befann sig och förmedla att de var värdefulla som människor trots att de stod långt från arbetsmarknaden. En deltagare beskrev det såhär:

”Det är väldigt viktigt att man kan stötta personen i att du är ändå värdefull, även om du inte kan jobba så är du värdefull, när det är väldigt väldigt omöjligt för den här personen (att återgå i arbete) annars blir det ju väldigt mycket lidande, för dom allra flesta har ju ett otroligt dåligt samvete att dom inte kan jobba”

Deltagarna beskrev att de vanligtvis lade arbetsdelen åt sidan och istället fokuserade på delmålen som i förlängningen kunde leda till ökad arbetsåtergång. Deltagarna beskrev delmål

som var relaterade till den egna professionen, såsom fysisk aktivitet, delaktighet i vardagens aktiviteter eller psykologisk funktion.

”Det övergripande mål alla (i teamet) har är ju återgång i arbete så // sen kanske man har ett till mål om acceptans till exempel, vilket kommer att underlätta allting, även återgång i arbete.”

I arbetet med personer som stod närmare arbetsmarknaden fokuserade rehabiliteringen tydligare på processen mot återgång i arbete. Deltagarna beskrev dock att de sällan hade möjlighet att följa patienterna under deras fortsatta process mot återgång i arbete efter rehabiliteringsperioden, vilket av vissa upplevdes som frustrerande. I de få fall de utförde arbetsplatsbesök eller fanns med som stöd då patienterna startade upp en arbetsträning, underlättades patienternas process mot återgång i arbete. De beskrev att dessa insatser var värdefulla eftersom de upplevde att patienterna lätt föll tillbaka i gamla vanor och beteenden när de återgår till sin ”vanliga” vardag.

”Patienterna uttrycker ofta att det är väldigt betydelsefullt för dom att ha oss som stöd när dom precis ska börja för då är det lätt att få ett litet bakslag precis när man ska gå tillbaka till jobbet, har man då avslutat rehabiliteringen några veckor innan så har man inget nät att falla i.”

Det långsiktiga stödet under patienternas fortsatta process beskrevs även som värdefullt av de deltagare som arbetade inom primärvården och hade möjlighet att fortsätta följa patienterna även efter den avslutade rehabiliteringsperioden.

Denna långsiktiga uppföljning beskrevs dock endast förekomma i undantagsfall och deltagarna beskrev en frustration över att inte kunna följa patienterna i deras långsiktiga process mot att återgå i arbete. Utifrån de gällande tidsramarna beskrev deltagarna att deras primära uppgift vad gäller återgång i arbete, var att tillsammans med patienten starta upp processen som handlar om att personerna med smärta ska minska sjukfrånvaro och återgå i arbete.

Upprätta en hållbar planering

Deltagarna beskrev att deras konkreta arbete bestod i att upprätta en planering för hur patientens process mot arbetsåtergång borde se ut och det beskrivs i följande subkategori. Deltagarna beskrev att det viktigaste målet i detta arbete var att skapa en planering som var hållbar för att bibehålla patientens hälsa. Att upprätta en hållbar planering kunde då innebära att de behövde arbeta i båda riktningarna vad gäller återgång i arbete. För vissa patienter handlade det om att bromsa processen mot återgång i arbete och ibland till och med motivera patienterna till att byta arbete och säga upp sig från sin nuvarande arbetsplats. I andra fall handlade det om att pusha och försöka öka motivationen hos patienterna för att jobba mot att så småningom återigen börja arbeta.

”Försöka få dem motiverade att vilja komma ut i någon aktivitet och arbete // man kan se det lite som att vända skutan lite grand.”

Deltagarna beskrev varierade erfarenheter av hur man arbetade med att verkställa planen i förlängningen. Några deltagare beskrev att det var ett arbete som enbart skedde tillsammans med patienten. I dessa fall betonades att den nedskrivna planen var patientens eget dokument och det stod då honom/henne fritt att göra vad de ville med det efter rehabiliteringen. I de fall man valt detta tillvägagångssätt saknades en kontinuerlig samverkan med de aktörer som tog vid efter rehabiliteringen. Här lades mycket eget ansvar på varje enskild patient och det egna ansvaret beskrev många deltagare som en viktig faktor att fokusera på i rehabiliteringen. Å andra sidan beskrev många att patienterna sällan tog egna initiativ när det handlade om att ta kontakt med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och arbetsgivare. En viktig uppgift för rehabiliteringspersonalen beskrevs därför vara att bistå i att etablera en kontakt mellan patienten och aktörer från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. De upplevde att genom att skapa en sammanhållen länk mellan olika aktörer som var inblandade, minskade risken att patienterna föll mellan stolarna när rehabiliteringen avslutades. Deltagarna beskrev samstämmigt att det inte var deras ansvar att verkställa denna långsiktiga plan mot återgång i arbete.

Sammanhållen länk med externa aktörer främjar återgång i arbete på lång sikt

Denna kategori består av två subkategorier. Dessa beskriver deltagarnas inställning till att samverka med de externa aktörer som deltagarna upplevde bör ta vid efter avslutad rehabilitering, samt deras erfarenheter av att samverka med representanter från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och arbetsgivare.

Inställning till samverkan

I denna subkategori beskrev flera deltagare att de var positivt inställda till att samverka med externa aktörer. De beskrev att samverkan var viktig för att underlätta patientens väg tillbaka till arbete, oavsett om patienterna stod långt från arbetsmarknaden eller planerade att återgå i arbete en kort tid efter avslutad rehabilitering. Deltagarna kallade ofta till avstämningsmöten med försäkringskassan för att kommunicera den plan som utformats under rehabiliteringsperioden.

”Då (när rehabiliteringsperioden avslutas) måste det finnas en planering eller att man vet att Försäkringskassan tar vid här nu och tar hand om den här personen och följer med till Arbetsförmedlingen och att det finns en planering.”

Deltagarna beskrev således en strävan efter att få till en samverkan då deras inställning var att genom att etablera en kontakt mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och patienten förbättrades förutsättningarna för att genomföra den planering som utarbetats under rehabiliteringen. Några deltagare upplevde dock att den här formen av samverkan inte var nödvändig men att man ändå planerade in sådana avstämningsmöten eftersom det var ett krav från rehabiliteringsgarantins sida.

Trots att deltagarna generellt var positiva till samverkan så beskrevs den också som ett potentiellt hinder i processen mot återgång i arbete när det inte fungerade. Deltagarna beskrev

att inställningen, viljan eller möjligheten för de externa aktörerna att delta i avstämningsmöten tycktes vara väldigt varierande. Flera deltagare upplevde att dessa möten inte prioriterades och att samarbetet fungerade bättre i de fall där patienten stod nära att återgå i arbete än i de fall när rehabiliteringen initierade en kontakt med Försäkringskassan. En annan försvårande faktor i samarbetet med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan upplevdes vara att de olika aktörerna hade olika utgångspunkter och drog åt olika håll.

”Problemet är väl att få till att alla tänker lika, det är inte helt lätt, alltså man har ju sin egna utgångspunkt.”

Detta citat belyser ett problem som flera deltagare tog upp. En faktor som bidrog till att minska det här problemet beskrevs vara att skapa en kontinuitet runt denna samverkan.

Kontinuitet främjar samverkan

Deltagarna beskrev att samarbetet med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen underlättades av att representanter därifrån och rehabiliteringspersonalen hade en kontinuerlig kontakt och lärde känna varandra, varandras arbete och förstå varandras språk. Den kontinuerliga kontakten bidrog till att rehabiliteringspersonalen och handläggarna successivt byggde upp ett förtroende sinsemellan där man kunde lita på varandra.

”Att ha en person från Försäkringskassan och en från Arbetsförmedlingen som var våra kontaktpersoner i det här teamet och det är ju också en framgångsfaktor //man vet lite vem man är och hur man jobbar.”

Deltagarna beskrev också att den här kontinuiteten bidrog till en lugn och trygg stämning vid de gemensamma mötena vilket var viktigt för att förmedla en positiv känsla till patienterna. Deltagarna beskrev vidare att den här kontinuiteten bidrog till att de externa aktörerna fick en kunskap om vad rehabiliteringsteamerna kan bidra med och en förståelse för att den informationen de bidrar med kan vara viktig, vilket ju motiverar dem att delta vid flera möten.

Beskrivning av erfarenheter av teamarbete i den multimodala rehabiliteringen

Detta avsnitt avser att beskriva rehabiliteringspersonalens erfarenheter av att arbeta i team i multimodal rehabilitering för personer med långvarig icke-specifik smärta.

Deltagarna beskrev att deras teambaserade arbetssätt skapade ett helhetstänkande runt patienterna där alla inblandade professioner bidrog med sitt specifika perspektiv. Detta var något deltagarna upplevde främjade patienternas rehabiliteringsprocess.

Rehabiliteringsprocessen beskrevs dock på olika sätt och influerades av det sätt teamen samverkade. Några team arbetade i integrerade processer men de flesta teamen beskrev hur de olika teammedlemmarna genomförde separata interventioner som gick parallellt bredvid varandra, se vidare under kategorin *Samverkansformer i rehabiliteringsprocessen*.

I intervjuerna som resultatet baseras på ombads deltagarna att beskriva sina roller i teamet samt hur de upplevde deras specifika teamarbete. Några deltagare beskrev svårigheter med att arbeta i sitt team. Dessa svårigheter handlade bland annat om att upprätta och bibehålla en gemensam inriktning då personal i teamet byttes samt svårigheter att få uttrycka sina åsikter i teamet. Gemensamt för samtliga deltagare var dock att de upplevde att när en teambaserad rehabilitering fungerar väl så ger den större effekt än rehabilitering som bedrivs av enskilda behandlare från olika professioner.

”Kraften i teamet tror jag, att vi ger samma budskap och att det ger ett stöd och en trygghet åt patienten, jag upplever att dom tycker att dom får mycket stöd av oss. Dom beskriver ju det att dom har fått mycket hjälp fast vi tycker att vi gör ju samma saker som vi alltid har gjort mer eller mindre men vi gör det samlat och vi gör det med lite mer fokus och vi gör det genom att ge mycket uppmärksamhet också till den här personen vi är många runt dom, det är en kraft i just det att vi är ett team.” (4A sid 8)

Det faktum att deltagarna blandat deras egna upplevda erfarenheter av att arbeta i team med de tankar de har om hur teamarbetet bör bedrivas, speglar naturligtvis resultatet och bör tas i beaktande då slutsatser utifrån detta resultat dras.

Deltagarnas erfarenheter av att arbeta i team beskrivs närmare i följande kategorier; samverkansformer i rehabiliteringsprocessen, förhållningssätt gentemot varandra i teamet, stödja varandra i patientarbetet, och förmedla samma budskap. En översikt av kategorier och underkategorier finns i tabell 15.

Tabell 15. Kategorier och subkategorier utifrån analysen av intervjudata.

Kategorier och subkategorier
Samverkansformer i rehabiliteringsprocessen
Förhållningssätt gentemot varandra i teamet
Stödja varandra i patientarbetet
Förmedla samma budskap
Kontinuitet bland personalen främjar ett gemensamt förhållningssätt
Resurser för att skapa ett gemensamt förhållningssätt

Samverkansformer i rehabiliteringsprocessen

Deltagarna beskrev olika former av samverkan i patienternas rehabiliteringsprocesser. Omkring hälften av deltagarna beskrev att det var viktigt att teamet arbetade i integrerade processer för att främja den teambaserade rehabiliteringen. De deltagare som upplevde att detta var en värdefull samverkansform beskrev att de samverkade runt patienten under hela rehabiliteringsperioden för att hitta lösningar efter att gemensamt ha diskuterat och reflekterat runt patienternas problematik. De beskrev att en konsekvens av en sådan diskussion kunde vara att en teammedlem med en specifik yrkeskompetens fick gå in extra mycket. En annan kunde vara att en teammedlem fick försöka förmedla ett budskap från sin infallsvinkel i en situation där patienten inte riktigt förstått budskapet då en annan teammedlem försökt att förmedla det från sitt perspektiv. När teamen arbetade i integrerade processer karaktäriserades samverkan mellan teammedlemmarna som en process som gick fram och tillbaka där en teammedlem lätt kunde backa tillbaka till saker som patienten och en annan teammedlem diskuterat tidigare.

”Det kan ju vara så att psykologen har haft en lektion och säger att det här var jättejobbigt och man (patienterna) fattade ingenting av det där. Nä men okey, då kanske jag tar och tar upp samma sak fast från en annan vinkel på min lektion”

Flertalet deltagare beskrev dock att de arbetade i parallella processer där teamet samverkade för att informera varandra om vad som hänt i behandlingen hos de olika teammedlemmarna och för att samordna tidsbokningen för patienten. Dessa processer karaktäriserades av att de hela tiden gick parallellt framåt där man i patientmötena inte återkopplade till varandras insatser i lika stor utsträckning som i de integrerade processerna. I dessa fall arbetade man med sina specifika delar parallellt och varje enskild teammedlem kunde lägga upp sin behandling. I dessa fall handlade samverkan mer om att teamen informerade varandra om de olika insatserna, synkroniserade insatserna tidsmässigt samt såg till att teamet arbetade i samma riktning.

”Flera yrkeskategorier som arbetar parallellt samtidigt med samma patient och vi försöker trycka på det här helhetstänket väldigt mycket, att varje människa är en hel individ som måste fungera på alla plan i livet”

Förhållningssätt gentemot varandra i teamet

Denna kategori beskriver hur deltagarna upplevde det som värdefullt att arbeta i team då det gav möjlighet att samarbeta med andra och på så vis ge patienten alla delar som var nödvändiga i dennes rehabilitering. Det här samarbetet handlade dels om hur deltagarna förhöll sig till de olika professionernas kompetenser men även om hur de samarbetade för att skapa en trivsamt stämning i gruppen.

Deltagarna beskrev att det var viktigt att ta tillvara varje professions unika kompetens och inte träda in i varandras områden för mycket. Men flera beskrev även att det handlade om att i viss mån arbeta gränsöverskridande. Detta speglade en balansgång mellan att å ena sidan framhäva de professionsspecifika rollerna och å andra sidan arbeta mer gränsöverskridande. En deltagare beskrev att ett fungerande teamarbete missgynnades av teammedlemmar som höll

hårt i sitt område och kände sig förolämpade om någon annan profession klev in i ”det egna området”. Samtidigt beskrev de flesta deltagarna att de alltid respekterade varandras yrkesspecifika områden och att de var noga med att hänvisa patienten vidare till en annan teammedlem om den var bättre lämpad att besvara en specifik fråga utifrån respektive professions unika kompetens. Deltagarna gjorde dock skillnad mellan de olika professionerna. De tog upp att sjukgymnaster och arbetsterapeuter kunde arbeta gränsöverskridande eftersom kompetenserna inom dessa professioner låg så nära varandra däremot var deltagarna, oavsett profession, noga med att sjukgymnaster och arbetsterapeuter inte skulle träda in i psykologens/beteendeterapeutens område även om teamets psykolog var tillfälligt frånvarande från arbetet.

”Psykologens område går vi inte in på utan det får stuvras om på något sätt, det är ingen som är kompetent på detta, men sjukgymnaster och arbetsterapeuter kan ersätta varandra ganska mycket”

”Att vi inte blandar oss för mycket, utan är det nån som jobbar jättemycket med sin ångest hos psykologen, att inte jag har en massa infall i det”

För att balansgången mellan det professionsspecifika och det gränsöverskridande förhållningssättet skulle lyckas och inte bli en källa till konflikter i teamen krävdes att teammedlemmarna hade timing, öppenhet och kunskap om varandras områden. Deltagarna beskrev att det var viktigt att varje teammedlem hade god inblick i varandras områden och den inblicken beskrevs av vissa deltagare som en förutsättning för att få teamarbetet att fungera optimalt. Några deltagare beskrev att det var viktigt att teamets medlemmar hade en känsla av att man var delaktig i en större konstellation och därmed gav sin egen profession en underordnad betydelse för att lyckas i arbetet med en teambaserad rehabilitering.

Stödja varandra i patientarbetet

De flesta deltagarna upplevde att det teambaserade arbetet gav en möjlighet att få den personliga stöttning som de hade behov av. Det var för många deltagare en självklarhet att finnas där för varandra när någon behövde ”prata av sig”. Den generella inställningen bland deltagarna var att när någon medlem i teamet inte mår särskilt väl blev det en svaghet för hela teamet. Flera deltagare beskrev att de ibland upplevde det tungt att arbeta med patienter som hade en smärtproblematik eftersom de ofta fick ta del av jobbiga livsöden och upplevelser. Att ha teamet att dela detta med upplevdes som mycket värdefullt för att orka bedriva en god rehabilitering. De flesta deltagarna upplevde att deras arbetsklimat karaktäriserades av öppenhet, ärlighet och prestigelöshet och att ett sådant klimat bidrog till att de vågade erkänna sina brister. Dessa deltagare beskrev att dörrarna alltid stod öppna till varandra och att teammedlemmarna tog sig tid när en kollega behövde prata av sig om ett patientmöte.

”Man kan känna sig trygg och man får ha en dålig dag och jag tycker det är viktigt att man kan få gå in och kräkas någonstans, stänga dörren och hjälp jag har gjort bort mig // så man inte blir så själv”

Värdet av ett samarbete som även gav möjlighet att få feedback och stöd i hur man skulle jobba vidare med patienterna beskrevs som värdefullt av de flesta deltagarna. Flera deltagare beskrev att teamens atmosfär gjorde det lätt att be om hjälp. Teamets medlemmar stöttade varandra och det fanns även en öppenhet för att ge stöd och feedback till varandra i det direkta patientarbetet.

”För mig så är det ju en styrka att ha dom andra om det är nåt som jag tycker är jobbigt och svårt, att man har den här diskussionen och då kanske de säger det tycker jag också, men gör såhär – att man kan stötta varandra”

Denna öppenhet och stöttande atmosfär beskrevs dock inte av alla deltagare. Några deltagare beskrev att de hade svårt att komma till tals och att deras unika kunskaper inte beaktades i den utsträckning som de önskade. Dessa erfarenheter gjorde att deltagarna hellre funderade över hur de skulle gå vidare med patienterna på egen hand än att dela detta med de övriga teammedlemmarna.

Förmedla samma budskap till patienterna

Samtliga deltagare upplevde att i deras teambaserade arbete var det viktigt att ha ett gemensamt förhållningssätt gentemot patienterna. Med det menades att teamets alla medlemmar hade samma fokus och sa samma sak till patienten. De beskrev att då patienten fick höra samma sak flera gånger gav det en annan kraft i rehabiliteringen än om en enskild person förmedlade budskapet till en patient.

”Vi i teamet måste ge patienten samma budskap, ger vi dom olika budskap så blir det ju sämre resultat helt enkelt, men ger man en patient samma budskap, om det kommer från flera personer så förstärker man budskapet tror jag, då kan effekten dubblas om det är samma budskap. Man pratar med lite olika ord och så men att man ändå har samma innebörd”

Deltagarna beskrev att teamets samkördhet och förmåga att förmedla samma budskap främjades av en kontinuitet bland personalen i teamet samt av att det fanns tillräckligt med utrymme i verksamheten för att diskutera aktuella patienter. Detta beskrivs närmare i följande underkategorier.

Kontinuitet bland personalen främjar ett gemensamt förhållningssätt

Deltagarna beskrev olika erfarenheter av hur personalgruppens stabilitet över tid inverkar på deras sätt att samarbeta. De deltagare som beskrev att de arbetade i en stabil personalgrupp upplevde att det bidrog till att man utvecklade ett gemensamt förhållningssätt gentemot de patienter man mötte. De beskrev att kontinuiteten gjorde att man lärde känna varandra väldigt väl och var samkörd i rehabiliteringsarbetet.

”Vi jobbar i ett fast team och det är också en jättebra grej // ju längre vi jobbar nu ihop, ju mer får vi det här att bli smidigt”

Å andra sidan beskrev deltagarna att när personal byttes ut i teamen upplevde de att de tappade fart och energi i rehabiliteringsarbetet och att den sammansvetsade teamkänslan som

tidigare byggts upp förlorades. Några deltagare beskrev att tydligheten gentemot patienterna förlorades då teamets gemensamma riktning inte längre var lika tydlig för dem själva. Flera deltagare gav exempel på situationer där teamets medlemmar inte förmedlat samma budskap vilket lett till förvirring för patienterna. De upplevde att även om teamets medlemmar hade olika åsikter så behövde de sinsemellan bestämma vilken linje de skulle gå på och visa en gemensam hållning gentemot patienten.

”Det är väl bra att vi någorlunda har samma linje och hållning för patienterna, även om vi inte har det och tycker lite olika får vi jämka ihop oss lite”

Några deltagare beskrev erfarenheter av att ha haft svårt att åter hitta en gemensam grund för rehabiliteringsarbetet när någon personal i teamet bytts ut. De upplevde då att deras insatser inte var samkörda vilket beskrevs som en nackdel i rehabiliteringen. Att återigen bygga upp ett sammansvetsat team beskrevs som en tidskrävande process.

Resurser för att skapa ett gemensamt förhållningssätt

Deltagarna beskrev hur en gemensam strategi och hållning gentemot patienterna uppnåddes när det fanns utrymme i verksamheten för att diskutera detta i teamet. De flesta deltagarna satt i samma lokaler som övriga teammedlemmar och de beskrev att det möjliggjorde informella möten och att de ofta sprang in till varandra för att diskutera sina patienter. Ett fåtal deltagare delade till och med rum och det beskrevs som en fördel i detta sammanhang. Ett undantag var dock att de flesta deltagarna beskrev att den behandlande läkaren ofta vara lokaliserad någon annanstans. Detta sågs som en anledning till att läkaren inte deltog i teamarbetet på samma sätt som övriga teammedlemmar.

Deltagarna beskrev att ha möjligheter till informella samtal möjliggjorde en daglig samverkan rörande patienterna, vilket några deltagare beskrev bidrog till att patienternas process fördes framåt då en teammedlem kunde ta vid där den andra slutade. Genom den dagliga samverkan och de informella mötena kunde teammedlemmarnas separata insatser vävas samman vilket bidrog till det gemensamma förhållningssätt i rehabiliteringen som teamen eftersträvade.

”Att det finns möjligheter till både formella och informella mötesplatser, det är jätteviktigt”

Då den tid som var avsatt för formella teamkonferenser inte räckte till hamnade ofta fokus på de patienter som hade svårast problematik vilket ledde till att de patienter som hade mindre omfattande problematik inte hann diskuteras i den utsträckning deltagarna önskade. Att inte ha tillräckligt med tid för formella möten beskrevs som en komponent som bidrog till att helhetstänkandet och den gemensamma hållningen i rehabiliteringen förlorades. Deltagarna upplevde att dessa möten var viktiga men det påpekades ändå av några att denna tid ibland behövde prioriteras bort i och med att det direkta patientarbetet tog mycket tid. När det skedde upplevde deltagarna att teamarbetet försvårades.

”Själva samarbetet är bra men, som sagt, samarbete måste... Det problem jag ser är att verksamheten måste bli bättre på att avsätta tid och den tiden ska respekteras”

Diskussion

I den här utvärderingen har det övergripande syftet varit att kartlägga vad som kännetecknar framgångsrik multimodal rehabilitering, som i detta sammanhang definieras utifrån rehabiliteringens effekt på sjukfrånvaro. Som ett första steg i denna utvärdering har en kartläggning av hur KBT/IPT och MMR bedrivs inom ramen för rehabiliteringsgarantin genomförts. Denna kartläggning har utförts i tre landsting i Sverige med fokus på i vilken mån insatserna ges utifrån rådande evidens gällande exempelvis behandlarkompetens, kontakt med arbetsplats och insatsens tidsmässiga omfattning. Resultaten kring detta baseras på enkätdata från behandlare och rehabiliteringspersonal. Enkätsvaren från rehabiliteringspersonalen som arbetar med MMR har även ställts mot registerdata avseende sjukfrånvaro för att analysera vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering. Vidare har denna kartläggning fördjupats med analyser av intervjudata gällande rehabiliteringspersonals erfarenheter av att arbeta utifrån rehabiliteringsgarantins syfte och riktlinjer samt erfarenheter av att arbeta i team.

Kännetecknen för framgångsrik multimodal rehabilitering

Resultaten visar att sjukfrånvaro före insatsen är den faktor som har störst betydelse för längden på sjukfrånvaron efter rehabiliteringen. Detta resultat har även framkommit i tidigare utvärderingar (4) och talar för att insatser bör sättas in tidigt i sjukfrånvaroprocessen. Faktorer som relaterar till en framgångsrik rehabilitering är; rehabiliteringens tidsmässiga omfattning, rehabiliteringspersonalens inställning till betydelsen av att patienterna återfår hälsa och återgår i arbete samt samverkan med andra aktörer. Vidare visar resultaten att huruvida rehabiliteringspersonalen diskuterar metoder och evidens på sin arbetsplats också är en faktor som har ett samband med rehabiliteringsutfallet.

Diagnos och sjukfrånvaro för patienter som genomgått MMR

Resultaten visar att drygt hälften (51 %) av de patienter som hade en diagnos dokumenterad i Försäkringskassans register och som erhöll MMR hade diagnoser inom kapitlet "Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven". Data från Försäkringskassan visade därtill att en hög andel av patienterna som erhöll MMR hade en huvuddiagnos inom kapitlet "Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar" (29 %) vid tidpunkten för rehabiliteringens start. Detta kan innebära att rehabiliteringen inte är anpassad till den grupp som erhåller rehabiliteringen vilket är intressant att ställa i relation till resultaten från tidigare rapporter som visar på låg grad av minskad sjukfrånvaro efter MMR inom rehabiliteringsgarantin (4, 5).

Denna utvärdering såväl som tidigare utvärderingar visar att längden på sjukfrånvaron innan insatsen är en betydande faktor för längden på sjukskrivningen efter rehabiliteringen och en systematisk litteraturöversikt har visat att det finns evidens för att tidiga multimodala insatser vid smärta är effektiva för återgång i arbete (20). I överenskommelsen mellan staten och SKL står skrivet att rehabiliteringsgarantin omfattar personer som bedöms kunna återgå i arbete

eller stanna kvar i arbete efter ett genomgången multimodalt rehabiliteringsprogram. Trots detta framkom i intervjuerna att patienterna som rehabiliterades ofta hade en långvarig sjukskrivning bakom sig och ibland stod långt från arbetsmarknaden. Detta resultat bekräftades genom registerdata från Försäkringskassan som visade att 19 % av samtliga patienter (utförsäkrade undantaget) haft sjukfrånvarodagar motsvarande minst tre kvartal året före påbörjad rehabilitering. Dessa resultat tyder på att det fortfarande föreligger svårigheter med att skapa förutsättningar för tidiga insatser trots rekommendationer att rehabiliteringen bör sättas in under sjukfrånvarons två första månader (4).

Rehabiliteringens tidsmässiga omfattning

Sammanfattningsvis tyder resultaten på att en lågintensiv rehabilitering över längre tid är bättre för personer som har en registrerad sjukfrånvaro på mer än 14 dagar kvartalet före rehabiliteringen. Med lågintensivt rehabiliteringsprogram avses i denna utvärdering ett program som pågår fem timmar eller mindre i veckan under mer än åtta veckor. Det är ett resultat som inte är helt överensstämmande med en systematisk litteraturöversikt som fokuserade på multidisciplinära interventioner vid kronisk smärta. Denna översikt visade att intensivare rehabiliteringsprogram inom slutenvården är mer effektiva, och speciellt för patienter med svårare problematik (44). Resultaten avseende rehabiliteringens tidsmässiga omfattning ska dock tolkas med stor försiktighet eftersom det inte varit möjligt att mäta olika selektionsmekanismer som kan finnas. Det kan därför finnas andra faktorer än de som har kunnat beskrivas i denna rapport som förklarar rehabiliteringsutfallet.

Resultaten gällande rehabiliteringens tidsmässiga omfattning kan förstås genom att ställa dessa i relation till rehabiliteringsgarantins syfte och resultaten från intervjuerna. Ett fåtal av de intervjuade personerna uppgav att deras patienter startat arbetsträning under pågående rehabilitering men i de fall det skedde upplevde deltagarna att påbörjad arbetsträning främjade patienternas möjlighet till återgång i arbete. De beskrev att det var värdefullt att finnas med och stötta patienten i denna process och de deltagare som inte hade den möjligheten efterlyste en längre uppföljningsperiod. Dessa resultat bidrar till en ökad förståelse för varför ett lågintensivt rehabiliteringsprogram som pågår under en längre tidsperiod (mer än 8 veckor) kan vara fördelaktigt för patienter som har en längre registrerad sjukfrånvaroperiod. En längre rehabiliteringsperiod kan ge möjlighet både till arbetsträning under rehabiliteringens aktiva fas samt en mer långsiktig uppföljning av patienternas arbetsåtergångsprocess. Ett sådant upplägg kan även möjliggöra att patienten har en koppling till arbetet under rehabiliteringsperioden vilket tidigare forskning rekommenderar. Detta tar även Hägglund och kollegor (5) upp i sin utvärdering av rehabiliteringsgarantin genom att rekommendera att rehabilitering för personer med måttlig eller lindrig psykisk ohälsa bör vara anpassad så att den i möjligaste mån går att kombinera med arbete. Ett resonemang som torde gälla även för personer med smärtproblematik. Vidare har tidigare studier visat att det är viktigt att rehabiliteringspersonal finns med i patienternas uppträning av arbetet för att stimulera en hållbar arbetsåtergång (45) och det rekommenderas även av Jensen och kollegor (24) i en manual för evidensbaserad MMR.

Rehabiliteringspersonalens inställning till arbete

Resultaten visade att drygt hälften av teamen ansåg att det är mycket viktigt eller viktigt att patienten återgår i arbete efter avslutad rehabilitering. Omkring 40 % uppgav att det var ganska viktigt och drygt tio procent hade en mer neutral inställning. Detta resultat bekräftar den variation som även visade sig i intervjuerna. Vid intervjuerna framkom att vissa team valde att helt utesluta diskussioner som rör arbetslivet och processen mot återgång i arbete, andra upplevde att det inte var deras uppgift att fokusera på dessa frågor samtidigt som några deltagare uppgav att man arbetade mycket målfokuserat med återgång i arbete. Detta är viktigt att beakta då resultaten även visade att patienter som erhållit rehabilitering av team som ansåg att det är mycket viktigt att patienten återfår hälsa respektive återgår i arbete efter avslutad rehabilitering, hade mindre sjukfrånvaro än om teamen ansåg detta vara ganska viktigt.

Tidigare utvärderingar av rehabiliteringsgarantin har beskrivit att det tycks finnas både en ovana och en värderingskonflikt hos rehabiliteringspersonal att arbeta med återgång i arbete och det framkommer även i denna utvärdering. Flera personer som intervjuats beskrev ett dualistiskt perspektiv på patientens rehabiliteringsprocess där man ansåg att hälsa och välbefinnande alltid kommer först och när det uppnåtts kan fokus läggas på återgång i arbete. Rehabiliteringsprocessen behöver dock inte betraktas som en linjär process där ökad hälsa och välbefinnande alltid föregår arbetsrelaterade insatser. Snarare kan den ses som en ömsesidig process där hälsa, välbefinnande och arbetsrelaterade insatser är sammankopplade och påverkar varandra. Att i teamen ha möjlighet att diskutera hur de ser på relationen mellan arbete och hälsa kan bidra till att tydliggöra och öka förståelsen för de insatser man valt att fokusera på i den rehabilitering man bedriver. I intervjuerna beskrev några deltagare att de hade erfarenhet av handledning kring detta och beskrev det som mycket värdefullt.

De flesta deltagarna som intervjuades ansåg att konkreta insatser kring återgång i arbete tillhör fasen efter den multimodala rehabiliteringen och därmed låg utanför deras ansvarsområde. Vissa beskrev att det var patientens eget ansvar efter avslutad rehabilitering men de flesta ansåg att ansvaret låg hos Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan. Att från rehabiliteringens sida bistå med att etablera en god kontakt mellan patienten och dessa aktörer ansågs av många vara en viktig uppgift. Detta ses även i enkäten vilken visade att cirka hälften uppgav att de alltid eller oftast samverkar med andra aktörer. I intervjuerna framkom dock att denna samverkan inte alltid fungerar optimalt. Anledningar till detta beskrevs vara att representanter från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inte prioriterade avstämningsmöten eller hade möjlighet att delta och att det var svårt att mötas och förstå varandras utgångspunkter vilket även beskrivits i tidigare studier (26). Att detta samarbete har varit svårt att praktiskt få till på ett fullgott sätt är sedan tidigare känt och Försäkringskassan har haft i uppdrag att tillsammans med hälso- och sjukvården samt andra aktörer utveckla samspelet i sjukskrivningsprocessen för att förbättra det tidiga stödet till sjukskrivna på en strukturell nivå (33).

Resultaten från analyserna av framgångsrik rehabilitering visar dock att samverkan inte alltid är av godo. För patienter med högst 14 dagar registrerad sjukfrånvaro 14 dagar var team som

uppgav att man ofta eller alltid samverkade med andra aktörer mindre framgångsrika i relation till att få patienterna åter i arbete (minska sjukfrånvaro). För patienter med mer än 14 dagar registrerad sjukfrånvaro var tendensen den motsatta. Detta resultat kan ses i ljuset av att intensiva insatser tidigt i sjukfrånvaroförloppet kan ge budskapet till patienten att dennes tillstånd är allvarligt men kan även vara en effekt av det som framkom vid intervjuerna att samverkan idag fungerar dåligt. Precis som med resultaten avseende rehabiliteringens tidsmässiga omfattning ska även dessa resultat tolkas med stor försiktighet p.g.a. de möjliga olikheterna bland patienterna som kan ha funnits redan innan rehabiliteringen.

Teambaserad rehabilitering

Av resultaten från enkäten framkom att merparten av teamen skattade sitt samarbete som mycket bra och det stämmer väl överens med resultaten från intervjuerna trots att vissa svårigheter relaterade till teamets samarbete identifierades i dessa.

Multimodal rehabilitering är den form av rehabilitering som inbegrips i rehabiliteringsgarantin för personer med smärta i rygg och nacke. I denna rehabiliteringsform krävs att teamet som genomför rehabiliteringen planerar och samordnar åtgärder för att uppnå gemensamma mål som teamet, tillsammans med patienten, har identifierat. I intervjuerna framkom dock att några deltagare upplevde att deras team arbetade mer parallellt med varandra vilket innebar att de inte samordnade åtgärderna utan snarare genomförde sina specifika interventioner utan att egentligen veta vad de andra gjorde. Denna beskrivning kännetecknar mera den intermediära rehabiliteringen i vilken flera olika professioner är involverade men utan att speciellt sammanhållna team utformas. I enkäten sågs även att denna aspekt av teamets samarbete, d.v.s. koordination/samordning, var den som skattades lägst. Att arbeta med att stärka teamens koordination/samordning kan vara av värde då resultatet även visade att patienter med högst 14 dagar registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering, har cirka tre dagar kortare sjukfrånvaro kvartalet efter rehabilitering, jämfört med de patienter som får rehabilitering av team som skattar koordination/samordning lägre.

De svårigheter som beskrevs förekomma i teamets samarbete uppstod ofta i samband med att personal i teamet byttes. Det upplevdes då svårt att upprätta och bibehålla en gemensam inriktning gentemot patienterna. Även resultaten från enkäten visar att personalförändringar är relativt vanligt förekommande i de multimodala teamen. 63 procent av teamen uppger att det skett förändringar i form av personalförändringar under det senaste året och 60 procent av dessa team (33 stycken) uppger att det inverkat negativt på verksamheten. I intervjuerna beskrivs att de kortvariga överenskommelserna mellan SKL och staten (ett år i taget) oftast endast medger tidsbegränsade anställningar vilket ger personalen en otrygg anställningsform och därmed kan vara en bidragande orsak till den höga personalomsättningen i teamen.

Evidensbaserade insatser vid lindrig och måttlig psykisk ohälsa

I resultaten från enkäten framkom att nästan hälften av de behandlare som besvarat enkäten är legitimerade psykologer. Majoriteten av respondenter uppgav att de hade psykoterapiutbildning på grundnivå (steg 1), 38 procent hade psykoterapiutbildning på steg II nivå och endast enstaka respondenter uppgav att de saknade psykoterapiutbildning. Majoriteten uppgav även att de går i psykoterapihandledning. Dessa resultat visar att de grundläggande komptenskrav på minst steg 1 kompetens som finns specificerade i bilagan till överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin mellan staten och SKL uppfylls. Vidare visar resultatet att flertalet av behandlarna (80 %) uppgav att de bedriver kognitiv beteendeterapi inom ramen för rehabiliteringsgarantin och tio procent bedriver interpersonell psykoterapi vilket kan tolkas som att de metoder som står angivna i överenskommelsen är de som tillämpas i den praktiska verksamheten. Resultaten visar dock att drygt hälften av respondenterna tidigare utövat någon annan psykoterapimetod vilket tyder på att en mängd respondenter har bytt inriktning i sin behandling och knappt hälften uppger att de har arbetat med KBT/IPT mellan ett och fem år. Om detta byte av inriktning skett i samband med att rehabiliteringsgarantin infördes kan det betyda att majoriteten av behandlarna ännu inte har någon längre erfarenhet i psykoterapeutisk behandling med KBT eller IPT inriktning vilket skulle kunna påverka resultatet av behandlingen.

I bilagan till överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin står att ”målet med behandling av egentlig depression och ångestsyndrom är tillfrisknande, vilket innebär inte bara frihet från symtom utan även återgång till tidigare funktionsnivå, det vill säga bland annat återgång till arbete” och att ”fokus i rehabiliteringsgarantin är arbetsförmåga och återgång i arbete” (sid 16). Detta fokus tycks inte helt och hållet delas med de behandlare som besvarat enkäten då omkring hälften uppgav att det är viktigt eller mycket viktigt att patienter återgår i arbete efter avslutad behandling och drygt 60 procent ansåg att de inte behöver ha kontakt med patientens arbetsgivare för att behandlingen ska bli framgångsrik. Studier från Holland visar dock att en intervention som har en direkt koppling till arbetsplatsen (15) minskade sjukfrånvaron jämfört med sedvanlig behandling vid en 12-månaders uppföljning (16). Insatser som är tydligt kopplade till arbetsplatsen har också förordats för personer med smärta. Bland annat i en studie som visade att ett strukturerat samtal med företagsläkare innefattande vanliga evidensbaserad råd om att vara aktiv, samt en gemensam analys av arbetet och problem relaterade till att utföra arbetet, gav minskad sjukfrånvaro hos anställda med ryggbesvär (25). Detta torde därför vara ett viktigt område att vidareutveckla inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

Styrkor och svagheter i utvärderingen

I den föreliggande utvärderingen av rehabiliteringsgarantin har inte data från patienterna samlats in. Utifrån tidigare forskning kan det vara rimligt att anta att patientens egen inställning till återgång i arbete påverkar rehabiliteringsutfallet och detta är en faktor vi inte haft möjlighet att ta hänsyn till i denna utvärdering. Vidare kan även andra faktorer, såsom individens egen förmåga att hantera besvären, graden av psykisk ohälsa eller

smärta/funktionsnedsättning, stöd från arbetsplatsen och andra aktörer vid arbetsåtergång, inverka på rehabiliteringens utfall. Resultaten kring framgångsrika team bör därför tolkas med försiktighet.

Sjukfrånvarodata har använts för att analysera vilka faktorer som påverkar sjukfrånvaro efter rehabiliteringen. Detta har gjorts genom att koppla samman rehabiliteringsteamens enkätsvar med enskilda patienters sjukfrånvarodata. Därför har sjukfrånvarodata inhämtats för en relativt närliggande tidsperiod då det var viktigt att enkätsvaren gäller för den rehabilitering patienten erhållit. Dock har detta medfört att vi enbart haft möjlighet att följa upp patienternas sjukfrånvaroutveckling kvartalet efter avslutad rehabilitering vilket innebär att vi inte kan dra några slutsatser om sjukfrånvaroutvecklingen på längre sikt. Syftet med denna utvärdering är dock inte att undersöka rehabiliteringens långsiktiga effekter.

En styrka i utvärderingen är användandet av flera olika typer av data. För att få en bred bild av vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering har vi använt oss av registerdata, enkätdata samt intervjudata. Enkäterna har skickats ut till ett urval av de personer som behandlar patienter med psykisk ohälsa och till samtliga personer som uppgavs arbeta i ett multimodalt rehabiliteringsteam i de tre landsting som ingår i utvärderingen. Svarsfrekvensen var acceptabel för båda enkäterna. För de delar som baseras på intervjuer inkluderades 17 personer som arbetar med MMR. I detta material återfanns en god variation vad gäller yrkeserfarenhet, erfarenhet av att arbeta med smärtrehabilitering samt profession, vilket ses som en styrka för dessa delar. Att sammanfoga flera typer av data har bidragit till en fördjupad förståelse av vad som karaktäriserar framgångsrik rehabilitering. Exempelvis har resultaten gällande vilka faktorer som relaterar till rehabiliteringsutfallet kunnat förstås utifrån resultaten från intervjustudierna. Det bör dock påpekas att de personer som deltog i intervjustudien var uppmanade att beskriva sina egna erfarenheter av att arbeta med återgång i arbete i rehabiliteringsarbetet men att de var väl medvetna om att utvärderingen skedde på uppdrag av Socialdepartementet. Detta kan ha inneburit att de vinklat sina svar så som de upplever att de "bör" svara, vilket kan ses som en möjlig svaghet för studien. Innan intervjuerna genomfördes informerades deltagarna dock noggrant om att det inte fanns några svar som var rätt eller fel samt att deras svar inte går att härleda till dem i rapporten.

Slutsatser

Generellt

- Rehabiliteringsgarantins grundläggande krav på behandlarkompetens vid kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT), och teamsammansättning vid multimodal rehabilitering (MMR) tycks uppfyllas.
- Ett tydligt fokus på arbetsrelaterade insatser saknas. Drygt hälften av rehabiliteringspersonalen i MMR uppger att det är viktigt eller mycket viktigt att patienterna återgår i arbete efter avslutad rehabilitering och omkring hälften av personer som ger behandling vid psykisk ohälsa uppger att de alltid diskuterar arbetsrelaterade problem med sina patienter. Ett fåtal uppger att arbetsplatsnära insatser ingår i behandlingen vid psykisk ohälsa. Detta framkommer även vid intervjuerna med personer som arbetar med MMR.
- Åtgärder på arbetsplatsen skall ingå i rehabiliteringsgarantin. Detta kan medföra att primärvårdens kompetens och mandat bör ses över.
- Merparten av behandlings- och rehabiliteringspersonalen uppger att ledningen uppmuntrar till att arbeta evidensbaserat. Trots detta uppger en lägre andel av behandlings- och rehabiliteringspersonalen att sådana diskussioner faktiskt förs på arbetsplatsen.

Multimodal rehabilitering

- Ett stort antal av de patienter som genomgick multimodal rehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin hade en lång sjukfrånvaroperiod innan rehabiliteringen startar. 19 procent (undantaget utförsäkrade) hade en sjukfrånvaro som motsvarar minst tre kvartal året innan rehabilitering och 10 procent var utförsäkrade.
- En hög andel (29 %) av patienter med någon sjukfrånvaro kvartalet före rehabilitering och med en diagnos dokumenterad i Försäkringskassans register hade vid rehabiliteringens start en huvuddiagnos relaterad till psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar.
- Sjukfrånvaro före rehabiliteringen är den enskilt starkaste faktorn för sjukfrånvaro efter avslutad multimodal rehabilitering.
- De faktorer i rehabiliteringen som positivt relaterar till utfallet (sjukfrånvaro efter avslutad rehabilitering) skiljer sig åt beroende på längden på sjukfrånvaron innan rehabiliteringen.

- Rehabiliteringens längd och intensitet bör vara olika för patienter med ingen eller kort sjukfrånvaro jämfört med de patienter som har en längre sjukfrånvaro innan rehabiliteringen påbörjas.
- Patienter med längre sjukfrånvaro (mer än 14 registrerade sjukfrånvarodagar) som genomgår ett lågintensivt rehabiliteringsprogram (längre än åtta veckor) har mindre sjukfrånvaro kvartalet efter rehabilitering jämfört med om de får ett kortare mer intensivt rehabiliteringsprogram.
- Samverkan med externa aktörer förekom i låg utsträckning. Men samverkan är framförallt viktig för de med lång sjukfrånvaro före rehabilitering. Patienter med kort sjukfrånvaro och som träffade team som uppgav att de ofta/alltid samverkade med externa aktörer uppvisade högre sjukfrånvaro kvartalet efter rehabilitering jämfört med de som träffade team där samverkan inte var lika vanligt förekommande.
- Desto viktigare rehabiliteringspersonalen anser det vara att patienten återfår hälsa och återgår i arbete desto kortare är sjukfrånvaron efter rehabilitering.
- I intervjuerna framkom det att rehabiliteringspersonalen ibland förefaller ha en dualistisk syn på hälsa och arbetsåtergång i arbete där man uttrycker dem som separata och ibland motsatta enheter snarare än som förutsättningar för varandra.
- Personalomsättningen beskrivs vara stor i rehabiliteringsteamerna och merparten av teamerna upplever att en personalförändring i teamerna har en negativ inverkan på rehabiliteringen.

Kognitiv beteendeterapi/Interpersonell psykoterapi

- Kognitiv beteendeterapi är den dominerande terapiform som bedrivs inom ramen för rehabiliteringsgarantin.
- Grundläggande kompetenskravet gällande psykoterapiutbildning motsvarande steg 1 är uppfyllt men endast drygt hälften av behandlarna har KBT-inriktning i sin psykoterapiutbildning.
- Över hälften av behandlarna uppger att de tidigare arbetat med annan terapiinriktning än de som ingår i rehabiliteringsgarantin.
- Anknytning och samverkan med arbetsplatsen är lågt prioriterad. Kontakt med andra aktörer, såsom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen beskrevs förekomma i något större utsträckning.

Implikationer för fortsatt utveckling av rehabiliteringsgarantin

Genom rehabiliteringsgarantin har landstingen givits möjlighet att utveckla och förstärka insatser för de två dominerande diagnosområdena för sjukfrånvaro. En positiv utveckling med multimodala team för ryggbesvär och förstärkning av insatser för psykisk ohälsa via primärvården har skett under den relativt korta tidsperiod som rehabiliteringsgarantin funnits. Vidare visar SKL:s uppföljningar att landstingen arbetat med kvalitetssäkring och styrning av nya insatser och initiativ. Trots detta visar tidigare utvärderingar att insatserna inte ger önskat resultat på utvecklingen av sjukfrånvaro. I förliggande rapport kan vi påvisa områden som ytterligare behöver utvecklas och förstärkas för att förbättra rehabiliteringsgarantin och effekterna av insatserna.

Generellt

- Tydliggör ytterligare att rehabiliteringsgarantin är en speciell satsning med syfte att stärka insatser för att öka återgång i arbete.
- Arbetsplatsnära insatser bör stärkas ytterligare med konkreta inslag i behandlingen i uppdraget inom rehabiliteringsgarantin. Kompetensförstärkning inom arbetshälsa, attitydförändring samt organisatoriska möjligheter att arbeta med detta är avgörande.
- Öppna rehabiliteringsgarantin för företagshälsovårdens specialistkompetens inom arbetshälsa och dess nära samverkan med arbetsplatser.
- Ersättningssystemen behöver kopplas tydligare till behandlings- och rehabiliteringsmålen gällande återgång i arbetet.
- Möjligheten och kompetensen för evidensbaserad praktik behöver stärkas så att behandlings- och rehabiliteringspersonalen kan föra en löpande diskussion om evidens och dess tillämpning i verksamheten.

Multimodal rehabilitering

- Utveckla metoder och arbetssätt för att tidigt identifiera individer i behov av rehabilitering.
- Samverkan med andra aktörer (Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen) bör ske selektivt.
- Möjligheter för en mer långsiktig planering av verksamheten bör ses över för att minska personalomsättningen, och därmed öka kompetensen i rehabiliteringsteam.

Kognitiv beteendeterapi/Interpersonell psykoterapi

- Stärk kompetenskraven mot legitimeringsgrundad utbildning till legitimerad psykoterapeut eller legitimerad psykolog.

- Förändra överenskommelsen till att KBT-behandling skall ges enligt rådande evidens för depression och ångestsyndrom och för stressrelaterad psykisk ohälsa i enlighet med rehabiliteringsrådets rekommendationer.
- Genomför en uppdatering av evidensen för behandling av psykisk ohälsa med målet minskad sjukfrånvaro.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Att skapa en grund för evidensbaserad praktik - en guide för ledningen i vård och omsorg. Västerås: Edita Västra Aros; 2012.
2. Svenska läkaresällskapet, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Indikationen för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta, från samarbetsprojektet Nationella medicinska indikationer. Rapport. 2011.
3. Bakshi A, Hansson J, Brommels M, Klinga C, Bonnevier H, Jensen I. En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport II. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin samt Medical Management Centrum, Institutionen för lärande, information och etik, Karolinska Institutet. Stockholm; 2011.
4. Busch H, Bonnevier H, Hagberg J, Lohela Karlsson M, Bodin L, Norlund A, et al. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del I. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet. Stockholm; 2011.
5. Hägglund P, Johansson P, Laun L. Rehabiliteringsgarantin. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU). Uppsala; 2012.
6. Försäkringskassan. Socialförsäkringen i siffror 2013. Stockholm: Försäkringskassan; 2013.
7. Försäkringskassan. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16-64 år. Stockholm: Försäkringskassan; 2014.
8. Henderson M, Harvey S, Overland S, Mykletun A, Hotopf M. Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2011;104(5):198-207.
9. Statens Offentliga Utredningar (SOU). Rehabiliteringsrådets slutbetänkande 2011:15. Stockholm: Elanders Sverige AB; 2011.
10. Linden M, Zubrägel D, När T. Occupational functioning, sickness absence and medication utilization before and after cognitive-behaviour therapy for generalized anxiety disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2011;18:218-24.
11. Nieuwenhuijsen K, Bultmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven A, Verbeek J, van der Feltz-Cornelis C. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;12:CD006237.
12. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Behandling av depressionssjukdomar, volym 1. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU-rapport nr 166/1. ISBN 91-87890-87-9; 2004.

13. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 - stöd för styrning och ledning. Västerås: Edita Västra Aros; 2010.
14. Arends I, Bruinvels D, Rebergen D, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;12(CD0066389).
15. Rebergen D, Bruinvels D, Bezemer P, van der Beek A, van Mechelen W. Guidelines-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO_OP study): a randomized controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine.* 2009;51:305-12.
16. van der Klink J, Blonk R, Schene A, van Dijk F. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and Environmental Medicine.* 2003;60:429-37.
17. Arends I, van der Klink J, van Rhenen W, de Boer M, Bultmann U. Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine.* 2014;71:21-9.
18. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Ont i ryggen, ont i nacken, volym I. Sockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Rapport nr 145/1. ISBN 91-87890-60-7; 2000.
19. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU-rapport nr 198. ISBN 978-91-85413-34-8; 2010.
20. Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis F. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *Journal of Occupational Rehabilitation.* 2012;22:213-22.
21. Lin C, Haas M, Maher C, Machado L, van Tulder M. Cost-effectiveness of guideline-endorsed treatments for low back pain: a systematic review. *European Spine Journal.* 2011;20(7):1024-38.
22. Busch H, Bodin L, Bergström G, Jensen I. Patterns of sickness absence a decade after pain-related multidisciplinary rehabilitation. *Pain.* 2011;152(8):1727-33.
23. Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *Journal of Rehabilitation Medicine.* 2009;41:115-21.
24. Jensen I, Bergström G, Ljungqvist T. Manual för arbetslivsinriktad multimodal rehabilitering (MMR) vid icke-specifika rygg- och nackbesvär. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin. Karolinska Institutet. Stockholm; 2012.
25. Jensen L, Maribo T, Schiottz-Christensen B, Hjort Madsen F, Gonge B, Christensen M, et al. Counselling low-back-pain patients in secondary healthcare: a randomised trial

- addressing experienced workplace barriers and physical activity. *Occupational and Environmental Medicine*. 2012;69:21-8.
26. Ståhl C, Svensson T, Petersson G, Ekberg K. The work ability divide: holistic and reductionistic approaches in Swedish interdisciplinary rehabilitation teams. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2009;19:264-73.
 27. Pincus T, Woodcock A, Vogel S. Returning back pain patients to work: How private musculoskeletal practitioners outside the national health service perceive their role (an interview study). *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2010;20:322-30.
 28. Holmgren K, Dahlin-Ivanoff S. Women on sickness absence - views of possibilities and obstacles for returning to work. A focus group study. *Disability and Rehabilitation*. 2004;26(4):213-22.
 29. Noordik E, Nieuwenhuijsen K, Varekamp I, van der Klink J, van Dijk F. Exploring the return-to-work process for workers partially returned to work and partially on long-term sick leave due to common mental disorders: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation* 2011;33(17-18):1625-35.
 30. Hellman T, Jonsson H, Johansson U, Tham K. Connecting rehabilitation and everyday life - the lived experiences among women with stress-related ill health. *Disability and Rehabilitation*. 2013;35(21):1790-7.
 31. Briand C, Durand M, St-Arnaud L, Corbière M. How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability? *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2008;18:207-17.
 32. Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability and Rehabilitation*. 2010;32(8):607-21.
 33. Försäkringskassan. Samlad redovisning avseende Utvecklat samspel mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt andra aktörer i sjukskrivningsprocessen. Rapport. Dnr. 005437-2012-FPS. Stockholm; 2013.
 34. Katzenbach J, Smith D. *The wisdom and teams: creating the high-performance organization*. Boston, MA: Harvard Business School Press; 1993.
 35. Lundgren C, Molander C. *Teamarbete i medicinsk rehabilitering*. Navarra: Liber AB; 2008.
 36. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(1):140-53.
 37. Cartmill C, Soklaridis S, Cassidy D. Transdisciplinary teamwork: The experience of clinicians at a functional restoration program. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2011;21:1-8.

38. Croker A, Trede F, Higgs J. Collaboration: What is it like? - Phenomenological interpretation of the experience of collaborating within rehabilitation teams. *Journal of Interprofessional Care*. 2012;26:13-20.
39. Howarth M, Warne T, Haigh C. "Let's stick together" - A grounded theory expolation of interprofessional working used to provide person centered chronic back pain services. *Journal of Interprofessional Care*. 2012;26:491-6.
40. Kvarnström S. Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*. 2008;22(2):191-203.
41. Khalili H, Orchard C, Laschinger H, Farah R. An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *Journal of Interprofessional Care*. 2013;27(6):448-53.
42. Kvale S, Brinkmann S. *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing*. Thousands Oaks: SAGE Publications Inc; 2009.
43. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24:105-12.
44. Scascighini L, Toma V, Dober-Speilmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology*. 2008;47(5):670-8.
45. Eklund M, Erlandsson L. Return to work outcomes of the Redesigning Daily Occupations (ReDO) program for women with stress-related disorders - a comparative study. *Women Health*. 2011;51(7):676-92.

Metodbeskrivning – kartläggning av insatser vid lindriga och medelsvåra psykiska besvär

För att samla in information om hur insatser för personer med lindriga eller måttliga psykiska besvär bedrivs i olika verksamheter har en webbenkät skickats ut till personer som arbetar med detta inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

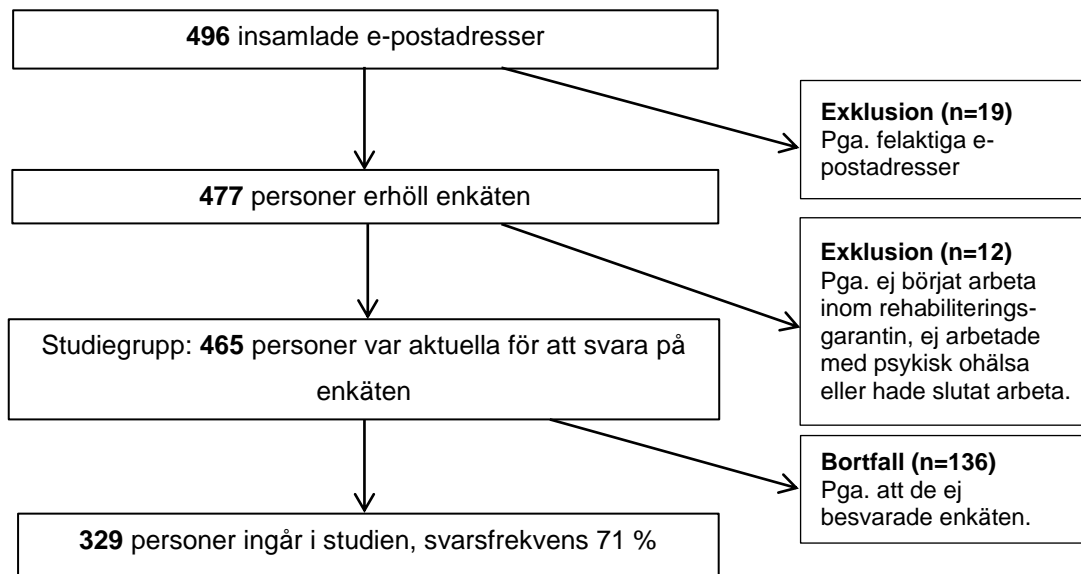
Procedur

För att samla in kontaktuppgifter till personer som bedriver KBT/IPT erhöles en lista med e-postadresser till samtliga aktuella personer från ett av de tre landstingen. I de två andra landstingen fanns dock ingen sådan befintlig förteckning varför en webbaserad registreringsenkät skickades till samtliga verksamhetschefer. I denna enkät ombads verksamhetscheferna att fylla i uppgifter (namn, e-postadress, arbetsställe) om sin personal som arbetade med KBT/IPT inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Denna enkät föregicks av ett informationsbrev där de informerades om studiens syfte samt hur och när denna registreringsenkät skulle fyllas i. Registreringsenkäten var öppen i 2 veckor och 2 påminnelser skickades ut under den perioden. När registreringsenkäten stängdes hade 64 procent av verksamhetscheferna registrerat e-postadresser till personer som arbetade i deras verksamheter.

Totalt erhöles 496 e-postadresser till personer aktuella för undersökningen. När enkäten skickades ut via mail gick den inte fram till 19 personer varför totalt 477 personer var aktuella att besvara enkäten. 12 personer exkluderades ur undersökningen då de meddelade att de av olika anledningar inte var aktuella för studien, t.ex. på grund av att de inte arbetade inom rehabiliteringsgarantin, att de inte hade startat verksamheten eller att de hade slutat att arbeta. 465 personer var således aktuella för att svara på enkäten. Webbenkät föregicks av ett informationsbrev där syftet med studien framgick. Då personerna öppnade länken till den enkät de skulle fylla i erhöles de information om sekretess och att de när som helst hade möjlighet att avbryta sitt deltagande i studien. Personerna samtyckte till att delta i undersökningen genom att besvara och skicka in enkäten.

Enkäten var öppen att besvaras i 3,5 veckor (eller 24 dagar) och de personer som inte besvarade enkäten erhöles påminnelser vid tre tillfällen via e-post.

329 personer besvarade enkäten, vilket innebär en svarsfrekvens på 71 procent. Av de 136 personer som inte svarade på enkäten arbetade 52 procent på privatägda enheter och 48 procent på en offentligt driven enhet. 68 procent var kvinnor, 25 procent män och 7 procent kunde vi inte avgöra om de var kvinnor eller män då det enda vi hade uppgift om var personernas e-postadress, se figur 1.



Figur 1. Flödesschema av rekryteringsprocessen

Mätmetoder

Webbenkäten innehöll tre frågeområden; 1) ”Frågor om dig som behandlare”, 2) ”Frågor om behandlingen”, och 3) ”Frågor om förutsättningar för fortsatt utveckling av den psykologiska behandlingen”.

Frågor om dig som behandlare fokuserade exempelvis på personernas grundutbildning, psykoterapiutbildning, erfarenhet av att bedriva psykoterapi, om pågående psykoterapihandledning förelåg och om denna i så fall skedde i grupp eller individuellt.

Frågor om behandlingen inkluderade frågor om insatsernas tidsmässiga omfattning, innehåll samt respondenternas inställning till arbete och hälsa. Respondenternas inställning undersöktes via två frågor som fokuserade på hur viktigt det är för dig (som bevarade enkäten) att patienten återfår sin hälsa/återgår i arbete efter behandlingen. Kring insatsernas innehåll undersöktes bland annat i vilken mån arbetsrelaterade inslag inkluderades, arbetsrelaterade problem diskuterades och hur ofta insatserna inkluderade samverkan med externa aktörer.

Vidare omfattade frågeområdet fem olika påståenden rörande patientens och respondentens kontakt med arbetsgivare. De påståenden som handlar om respondentens kontakt med arbetsgivaren är hämtade från Attitudes to back pain scale – work-related beliefs (ABS-WORK) (1). Dessa frågor är inte specifikt relaterade till smärta utan inriktade på attityder till återgång i arbete varför de är applicerbara på personer som behandlar personer

med psykisk ohälsa inom rehabiliteringsgarantin. Frågorna har översatts till svenska enligt en så kallad translation – backtranslation procedur (2). Påståendena i ABS-WORK skattas på en skala mellan 1-7 där 1 betyder ”instämmer inte alls” och 7 betyder ”instämmer helt”. Denna skala har använts för samtliga frågor och påståenden (med undantag för frågan om samverkan).

Frågor om förutsättningar för fortsatt utveckling av den psykologiska behandlingen innehöll fyra påståenden som berörde respondenternas möjligheter, behov och intressen för att arbeta enligt evidensbaserad praktik inom den verksamhet de arbetade i när enkäten fylldes i, vilka återfinns i tabell x. Dessa påståenden skattades på en skala mellan 1 och 7 där 1 betyder ”instämmer inte alls” och 7 betyder ”instämmer helt”.

Statistiska analyser

Enkätdata analyserades i statistikprogrammet SPSS (version 22). Deskriptiva analyser har genomförts.

Referenser

1. Pincus, T., Greenwood, L. & McHarg, E. Advising people with back pain to take time of work: A survey examining the role of private musculoskeletal practitioners in the UK. *Pain*, 2011;152:2813-18.
2. Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 2000;25(24):3186-91.

Metodbeskrivning – kartläggning av insatser vid smärta i rygg och nacke

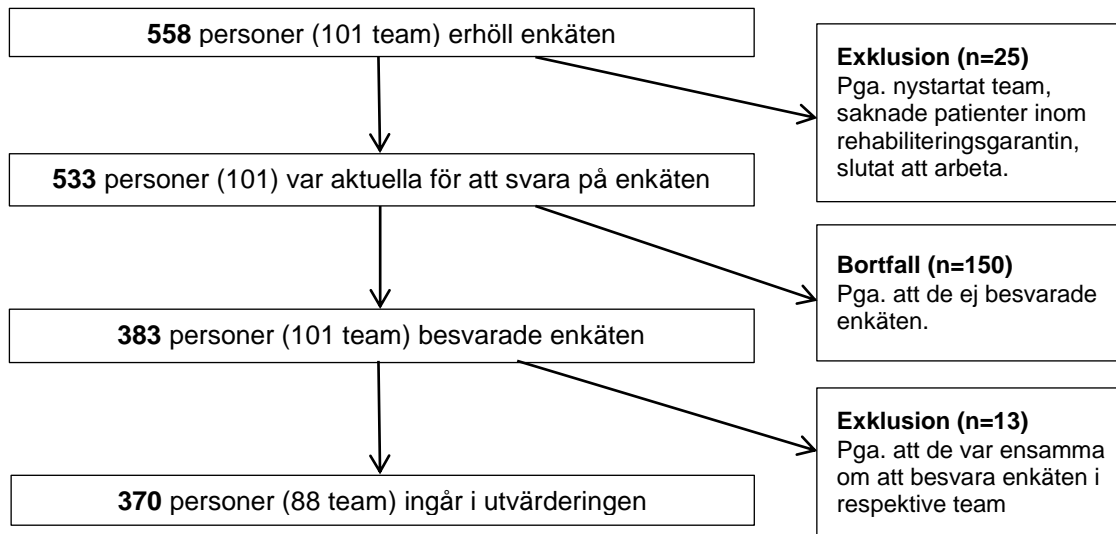
För att kartlägga hur multimodal rehabilitering (MMR) bedrivs i olika team har en webbenkät skickats ut till personal som arbetar med MMR inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

Procedur

För att samla in kontaktuppgifter till personer som bedriver MMR erhöles listor med e-postadresser till kontaktpersoner för samtliga 127 MMR-team som var verksamma i de tre landstingen. Kontaktpersonerna ombads att lämna in kontaktuppgifter (namn, yrke, e-postadress) till samtliga teammedlemmar i deras specifika team. De personer som inte skickade in kontaktuppgifter erhöles påminnelser via e-post samt telefon. Tio teamansvariga svarade inte. Bland de team som svarade meddelade 16 stycken att de inte längre var verksamma inom ramen för rehabiliteringsgarantin (n=13) eller att de var helt nystartade verksamheter (n=3) och därför inte ville delta. Totalt fick vi in e-postadresser till teammedlemmar tillhörande 101 MMR-team.

De 101 teamen representerades av 591 personer. När enkäten skickades ut via mail gick den inte fram till 33 personer varför totalt 558 personer var aktuella att besvara enkäten. Av dessa meddelade 25 personer att de av olika anledningar inte var aktuella för studien varför dessa exkluderades från undersökningen. De uppgav bland annat att de inte arbetade med MMR, att de inte hade påbörjat verksamheten inom rehabiliteringsgarantin eller att de hade slutat att arbeta. 533 personer var således aktuella för att svara på enkäten. Webbenkät föregicks av ett informationsbrev där syftet med studien framgick. Då deltagarna öppnade länken till den enkät de skulle fylla i erhöles de information om sekretess och att de när som helst hade möjlighet att avbryta sitt deltagande i studien. Deltagarna samtyckte till att delta i undersökningen genom att besvara och skicka in enkäten. Enkäten var öppen att besvaras i 3,5 veckor och de deltagare som inte besvarade enkäten erhöles påminnelser vid tre tillfällen via e-post.

383 personer besvarade webbenkäten, vilket innebär en svarsfrekvens på 72 procent (383/533). Dessa personer representerade 101 team. I 13 team besvarades enkäten endast av en teammedlem varför dessa exkluderas. Således är 87 procent (88/101) av de team som vi hade kontaktuppgifter till representerade i denna utvärdering, se figur 1.



Figur 1. Flödesschema av rekryteringsprocessen

Tabell 5 ger en översiktlig beskrivning av de enskilda respondenterna. Merparten var kvinnor (79 %) och 30 % arbetade som sjukgymnast i sitt team.

Tabell 5. Information om respondenternas bakgrund.

Bakgrundsvariabel	Antal (%)
Ålder	
20-30 år	24 (6)
31-50 år	165 (45)
51 år eller äldre	171 (47)
Ej uppgett ålder	8 (2)
Kön	
Kvinna	292 (79)
Man	72 (19)
Ej angett kön	6 (2)
Profession	
Arbetsterapeut	65 (18)
Läkare	45 (12)
Psykolog	41 (11)
Rehabsamordnare/rehabkoordinator	22 (6)
Sjukgymnast	110 (30)
Sjuksköterska	16 (4)
Socionom/kurator	30 (8)
Annan	33 (9)
Ej angett yrkesroll	8 (2)

Mätmetoder

Webbenkäten innehöll fem frågeområden; 1) ”Frågor om dig som behandlare”, 2) ”Frågor om det multimodala teamets verksamhet”, 3) ”Frågor om rehabiliteringen, 4) ”Frågor om det multimodala teamets arbete och samarbete”, och 5) Frågor om förutsättningar för fortsatt utveckling av MMR”. I bilaga x redovisas samtliga frågor/påståenden med respektive svarsalternativ.

Frågor om dig som behandlare innehöll exempelvis frågor om respondenternas arbetsgivare, ålder och kön. Vidare återfanns frågor om respondenternas yrkesroll, huruvida de var verksamma inom flera MMR-team och hur stor del av sin totala arbetstid de ägnade åt arbete med MMR. Detta frågeområde innehöll sju frågor.

Frågor om det multimodala teamets verksamhet inkluderade frågor om hur länge respondenten varit verksam i sitt team, teamets sammansättning, lokaler och antal patienter teamet i genomsnitt tar emot per år. Vidare inrymdes en fråga som undersökte om det har skett någon större förändring som har påverkat teamet eller teamarbetets förutsättningar under det senaste året. I detta frågeområde var sju frågor inkluderade.

Frågor om rehabiliteringen inkluderade frågor om rehabiliteringens frekvens, individuell/grupp, samverkan med externa aktörer samt respondenternas inställning till arbete och hälsa. För de frågor där deltagarna fick ta ställning till olika påståenden användes en skala med sju svarsalternativ. Frågeområdet innefattade tolv frågor.

Frågor om teamets arbete och samarbete innehöll frågor från Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS) (1). Detta instrument mäter interprofessionellt samarbete mellan teammedlemmar och består av 37 påståenden rörande partnerskap/delat beslutsfattande, samarbete och koordination. Till varje påstående hör fem svarsalternativ; ”aldrig”, ”sällan”, ”ibland”, ”oftast” och ”alltid”. Formuläret har översatts till svenska enligt en så kallad translation – backtranslation procedur (2). En svensk version pilottestades av 38 personer för att undersöka innehållsvaliditeten. Denna pilottestning resulterade i några få justeringar av formuleringar i skalan.

Frågor om förutsättningar för fortsatt utveckling av MMR berörde respondentens möjligheter, behov och intressen för att arbeta enligt evidensbaserad praktik inom den verksamhet de arbetade i då de fyllde i enkäten. Dessa påståenden skattades på en sjugradig skala. Frågeområdet innehöll fyra påståenden.

Analys

Deskriptiva analyser har genomförts. För att redovisa ett sammanslaget teamresultat för variabler där svarsalternativen är färre än sju har teammedlemmarnas svar vägts samman baserat på vad majoriteten i teamet svarat. I de fall där det inte föreligger någon tydlig

majoritet för ett svarsalternativ har teamets svar angivits som ”oklart”. För de variabler där skalstegen går från 1 - 7 (se bilaga 4) har teammedlemmarnas individuella svar summerats i respektive team och ett medelvärde har beräknats och avrundats till heltal.

Referenser

1. Orchard, C., King, G., Khalili, H. & Bezzina, M. Assessment of interprofessional team collaboration scale (AITCS): Development and testing of the instrument. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2012;32(1): 58-67.
2. Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 2000;25(24): 3186-91.

Enkät till dig som behandlar personer med psykisk ohälsa inom ramen för rehabiliteringsgarantin

Tack för att du valt att besvara denna enkät!

Du samtycker till att delta i denna undersökning genom att besvara och skicka in enkäten. Samtliga svar behandlas med sekretess. Dina svar kommer inte att kunna härledas till dig vid rapportering av resultatet då samtliga analyser sker på gruppnivå. Deltagandet kan när som helst avbrytas genom att meddela detta till Therese Hellman eller Hanna Bonnevier. Enkäten tar ungefär 10 minuter att besvara

Frågor om dig som behandlare

1. Vilket är ditt arbetsställe (namn på vårdcentral t.ex.)?

2. Arbetsgivare:

Offentlig Privat

3. Din ålder:

20-30 år 31-50 år 50 år eller äldre

4. Kön:

Kvinna Man

5. Vilken är din grundutbildning?

Arbetsterapeut Läkare Psykolog Sjukgymnast Sjuksköterska

Skötare psykiatrisk vård

Socionom/kurator Annan:

6. Har du genomgått psykoterapiutbildning?

Ja, steg I Ja, steg II kortare, eller ingen psykoterapiutbildning

7. Vilken inriktning har du in din psykoterapiutbildning?

KBT Psykodynamisk Annan:

8. Hur lång erfarenhet har du av att bedriva psykoterapi?

Kortare än 1 år 1-5 år Längre än 5 år

9. Vilken psykoterapiform bedriver du för närvarande (inom rehabiliteringsgarantin)?

- Kognitiv terapi/kognitiv beteendeterapi Interpersonell psykoterapi
 Annan:

10. Hur lång klinisk erfarenhet har du av denna terapiform?

- Kortare än 1 år 1-5 år Längre än 5 år

11. Har du tidigare arbetat med någon annan psykoterapimetod?

- Ja Nej

12. Med vilken annan psykoterapimetod har du tidigare arbetat?

Metod:

Hur länge:

13. Går du för närvarande i psykoterapihandledning?

- Ja Nej

14. Hur ofta går du i psykoterapihandledning?

- Mindre än 1 1 gång/månad 2 ggr/månad Mer än 2 ggr/månad

15. Sker handledningen i grupp eller individuellt?

- Grupp Individuellt

Frågor om behandlingen

Samtliga frågor nedan gäller för patienter som behandlas inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

16. Hur många sessioner innehåller vanligen en behandling för följande besvär:

	Färre än 5 ggr	5-10 ggr	11-15 ggr	16 ggr eller fler
Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ångest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. I vilken utsträckning använder du manualer i ditt sedvanliga behandlingsarbete?

- Aldrig Alltid

18. I vilken mån anpassar du behandlingen utifrån rådande evidens?

- Följer manualen så noga det går
- Följer manualens huvuddrag men gör justeringar när det behövs
- Använder ingen manual, anpassar behandlingen utifrån omständigheterna

19. Hur viktigt är det för dig att patienten återfår sin hälsa efter behandlingen?

- | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Inte viktigt
alls | | | | | | | Mycket
viktigt |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

20. Hur viktigt är det för dig att patienten återgår i arbete efter behandlingen?

- | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Inte viktigt
alls | | | | | | | Mycket
viktigt |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

21. I vilken mån diskuteras arbetsrelaterade problem i behandlingen?

(T.ex. patientens arbetsrelaterade hinder/förutsättningar för att stanna kvar/återgå i arbete).

- | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Aldrig | | | | | | | Alltid |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

22. I vilken mån innehåller behandlingen arbetsrelaterade inslag?

(T.ex. hemuppgifter och övningar i relation till arbetsgivaren/Arbetsförmedlingen eller faktiska arbetsplatsbesök).

- | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Aldrig | | | | | | | Alltid |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

23. Beskriv hur behandlingen innehåller arbetsrelaterade inslag:

(T.ex. hemuppgifter och övningar i relation till arbetsgivaren/Arbetsförmedlingen eller faktiska arbetsplatsbesök).

24. Nedan följer några påståenden som handlar om hur du arbetar för att underlätta för patienten att återgå i arbete. Var vänlig och läs varje påstående och välj det alternativ som bäst stämmer överens med hur du upplever ditt arbete.

	Instämmer inte alls					Instämmer helt	
	1	2	3	4	5	6	7
För att underlätta rehabiliteringen är det viktigt att jag tar kontakt direkt med arbetsgivaren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rehabiliteringen blir bara framgångsrik om jag personligen har kontakt med arbetsgivaren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det ingår inte i min roll som kliniker att direkt kontakta arbetsgivaren rörande min patient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
För att underlätta rehabiliteringen är det viktigt att patienten tar kontakt direkt med arbetsgivaren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rehabiliteringen blir bara framgångsrik om patienten personligen har kontakt med arbetsgivaren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Samverkar du/din vårdenhet med andra parter, t.ex. patientens arbetsgivare, Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen i syfte att hjälpa patienten att vidmakthålla/återgå i arbete?

Aldrig/sällan Ibland Oftast/Alltid

26. Vad är skälen till att du/din vårdenhet sällan eller aldrig samverkar med andra parter, t.ex. patientens arbetsgivare, Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen i syfte att hjälpa patienten att vidmakthålla/återgå i arbete:

Frågor om förutsättningar för fortsatt utveckling av den psykologiska behandlingen

Rehabiliteringsgarantins syfte är att förhindra och förkorta sjukskrivningar, dvs. öka återgång i arbete, genom att tidigt erbjuda effektiva vårdinsatser till den som drabbas av ohälsa.

Ställningstaganden kring vilka åtgärder som är effektiva grundar sig ofta på bästa möjliga vetenskapliga grund (evidens). Begreppet evidensbaserad praktik (EBP) definieras av Centre for Evidence-Based Medicine som; "den samvetsgranna, tydliga och omdömesgilla användningen av bästa tillgängliga bevis för att fatta beslut om vård av individuella patienter" (<http://www.cebm.net>). Mer konkret innebär det att använda de metoder som gör störst nytta genom att kombinera bästa tillgängliga evidens med kliniskt kunnande och patientens önskemål och kontext.

27. Nedan följer några påståenden som handlar om hur du arbetar för att underlätta för patienten att återgå i arbete. Var vänlig och läs varje påstående och välj det alternativ som bäst stämmer överens med hur du upplever ditt arbete.

	Instämmer inte alls						Instämmer helt	
	1	2	3	4	5	6	7	
Ledningen vid den enhet där jag är anställd uppmuntrar mig att arbete evidensbaserat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kunskapsbasen inom mitt yrkesområde är för bred för att möjliggöra arbete utifrån bästa möjliga evidensbas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metoder och verktyg (t.ex. nationella riktlinjer, checklistor och föreskrifter, etc.) är viktiga beståndsdelar inom mitt yrkesområde för att arbeta evidensbaserat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi diskuterar kring bästa möjliga aktuella kunskapsläge/evidensbas (t.ex. artikeldiskussioner) på min arbetsplats.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Plats för eventuella egna kommentarer:

Enkät för behandlare inom multimodal rehabilitering (MMR) inom ramen för rehabiliteringsgarantin

Tack för att du valt att besvara denna enkät!

Du samtycker till att delta i denna undersökning genom att besvara och skicka in enkäten. Samtliga svar behandlas med sekretess. Dina svar kommer inte att kunna härledas till dig vid rapportering av resultatet då samtliga analyser sker på gruppnivå. Deltagandet kan när som helst avbrytas genom att meddela detta till Therese Hellman eller Hanna Bonnevier. Enkäten tar ungefär 15 minuter att besvara

Frågor om dig som behandlare

1. Vilket är ditt arbetsställe (namn på vårdcentral t.ex.)?

2. Arbetsgivare

- Offentlig Privat

3. Din ålder

- 20-30 år 31-50 år 50 år eller äldre

4. Kön

- Kvinna Man

5. Vilken yrkesroll har du?

- Arbetsterapeut Läkare Psykolog
 Rehasamordnare/Rehabkoordinator Sjukgymnast
 Sjuksköterska Socionom/kurator Annan:

6. Är du verksam i flera multimodala team som arbetar inom ramen för rehabiliteringsgarantin?

- Ja Nej Om ja; hur många?

7. Arbetar du som konsult i teamet?

- Ja Nej

8. Hur stor del av din arbetstid ägnar du åt arbete med multimodal rehabilitering för personer med smärta?

- mindre än 25 % 25-50 % 51-75 % mer än 75 %

Frågor om det multimodala teamets verksamhet

Om du har svarat att du ingår i flera team ber vi dig i fortsättningen ha det team där du arbetar den största delen av din arbetstid i åtanke när du besvarar frågorna!

9. Namnge det team där du arbetar den största delen av din arbetstid:

10. Antal år som du har varit verksam i detta team:

- Kortare än 1 år 1-2 år 3 år eller längre

11. Vilka yrkesgrupper ingår i ditt team (flera alternativ kan anges)?

- Arbetsterapeut Läkare Psykolog
 Rehasamordnare/Rehabkoordinator Sjukgymnast Sjuksköterska
 Socionom/kurator Annan:

12. Är det alltid samma personer som ingår i teamet eller kan teammedlemmarna variera, t.ex. beroende på patientens problem eller vilka vårdkontakter patienten har sedan tidigare?

- Samma personer ingår i teamet Teamets medlemmar varierar

13. Om teamets medlemmar varierar; vilka yrkesgrupper ingår i den fasta delen av teamet?

- Arbetsterapeut Läkare Psykolog
 Rehasamordnare/Rehabkoordinator Sjukgymnast Sjuksköterska
 Socionom/kurator Annan:

14. Sitter alla teammedlemmar i lokaler som gör det möjligt att lätt få tag på varandra?

- Ja, alla Ja, nästan alla Nej

15. Uppskattningsvis, hur många patienter inom rehabiliteringsgarantin genomgår rehabilitering i teamet i genomsnitt per år?

- Mindre än 20 20-29 30 eller fler

16. Har det skett någon större förändring som har påverkat teamet eller teamarbetets förutsättningar under det senaste året?

- Ja Nej

17. Vad har förändringarna bestått i? (Flera alternativ kan väljas.)

- Personalförändringar Patientflödet Lokalförändringar
 Förändring i arbetssätt/metoder Förändring i inriktning (teoretisk grund/värdegrund)
 Annat

18. Hur har förändringarna påverkat teamets arbete?

	positivt	negativt	Ingen påverkan
Personalförändringar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ekonomiska förutsättningar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patientflödet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lokalförändringar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Förändring i arbetssätt/metoder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Förändring i inriktning (teoretisk grund/värdegrund)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frågor om rehabiliteringen

19. Hur många veckor pågår vanligen ett rehabiliteringsprogram i ert team (uppföljningar räknas inte in)?

- Kortare än 2 veckor 2-4 veckor 5-8 veckor 9 veckor eller längre

20. Hur många timmar/vecka får patienterna rehabilitering (uppföljningar räknas inte in)?

- Mindre än 5 timmar 5-15 timmar 16-25 timmar
 26-35 timmar 35 timmar eller mer

21. Hur många timmar totalt omfattar ett rehabiliteringsprogram för en patient (inklusive hemuppgifter och uppföljning)?

- Mindre än 30 timmar 30-60 timmar 60-99 timmar 100 timmar eller mer

22. I vilken form bedrivs rehabiliteringen?

- Individuellt Grupp Både i grupp och individuellt

23. Hur viktigt är det för dig att patienten återfår sin hälsa efter rehabiliteringen?

Inte viktigt alls							Mycket viktigt
1	2	3	4	5	6	7	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Hur viktigt är det för dig att patienten återgår i arbete efter rehabiliteringen?

Inte viktigt alls							Mycket viktigt
1	2	3	4	5	6	7	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Nedan följer några påståenden som handlar om hur du arbetar för att underlätta för patienten att återgå i arbete. Var vänlig och läs varje påstående och välj det alternativ som bäst stämmer överens med hur du upplever ditt arbete.

	Instämmer inte alls							Instämmer helt	
	1	2	3	4	5	6	7		
För att underlätta rehabiliteringen är det viktigt att jag tar kontakt direkt med arbetsgivaren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rehabiliteringen blir bara framgångsrik om jag personligen har kontakt med arbetsgivaren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det ingår inte i min roll som kliniker att direkt kontakta arbetsgivaren rörande min patient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
För att underlätta rehabiliteringen är det viktigt att patienten tar kontakt direkt med arbetsgivaren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rehabiliteringen blir bara framgångsrik om patienten personligen har kontakt med arbetsgivaren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. I vilken mån samverkar teamet med andra aktörer, t.ex. patientens arbetsgivare, Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen i syfte att hjälpa patienten att vidmakthålla/återgå i arbete?

- Aldrig/sällan Ibland Oftast/Alltid

27. Vad är skälen till att teamet aldrig/sällan samverkar med andra aktörer?

Frågor om det multimodala teamets arbete och samarbete

Rehabiliteringsgarantin ersätter idag insatser i form av multimedial rehabilitering för personer med långvarig smärta. Multimedial rehabilitering förutsätter att flera professioner arbetar i ett team som planerar och samordnar åtgärder enligt ett visst program.

28. Nedan följer några påståenden som används för att mäta det interprofessionella samarbetet mellan teammedlemmar. Var vänlig och läs varje påstående och välj det alternativ som bäst stämmer överens med hur du, i dagsläget, upplever att ditt team och du som en medlem av teamet arbetar eller agerar.

Del 1: PARTNERSKAP/DELAT BESLUTFATTANDE

När vi arbetar i team innebär det att alla teammedlemmar...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Oftast	Alltid
Kommer överens om mål för varje patient vi rehabiliterar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Följer de mål som har fastställts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Involverar patienterna i att sätta mål för rehabiliteringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lyssnar på patientens önskemål när rehabiliteringen planeras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Träffas regelbundet och diskuterar patientens rehabilitering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instämmer i att verksamheten ger stöd för teamarbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samordnar insatser med externa aktörer (t.ex. arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Använder en rad olika kommunikationssätt (t.ex. skriftliga meddelanden, e-post, elektroniska patientjournaler, telefon, informella diskussioner etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Använder ett enhetligt språk mellan teammedlemmarna för att diskutera patientens rehabilitering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Är involverade i att sätta mål för varje patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

När vi arbetar i team innebär det att alla teammedlemmar...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Oftast	Alltid
Lyssnar och tar hänsyn till varandras åsikter/perspektiv då patientens rehabiliteringsplan ska fastställas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instämmer i att teamsamordnaren strävar efter att alla teammedlemmar får komma till tals när rehabiliteringsplanen fastställs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Känner tillhörighet till gruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sätter upp tidsgränser för åtgärder och uppföljning av patientens rehabilitering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommer överens om hur den planerade rehabiliteringen ska kommuniceras mellan teammedlemmarna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Överväger olika behandlingsinriktningar för att nå gemensamma mål	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uppmuntrar varandra och patienten att använda våra kunskaper och färdigheter för att utveckla rehabiliteringsplanen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instämmer i att fokus i vårt teamarbete alltid är patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbetar tillsammans med patienten för att anpassa rehabiliteringsplanen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Del 2: SAMARBETE

När vi arbetar i team innebär det att alla teammedlemmar...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Oftast	Alltid
Har lika stort inflytande i teamet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hjälper och stöttar varandra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respekterar och litar på varandra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Är öppna och ärliga mot varandra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Förändrar sitt sätt att fungera i teamet baserat på konstruktiv kritik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strävar efter att lösa meningsskiljaktigheter på ett sätt som tillgodoser alla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Förstår gränserna för vad var och en kan bidra med	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inser att medlemmarna i teamet har överlappande kunskaper och förmågor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sätter patientens behov/önsknigar i centrum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skapar en samarbetsanda i teamet i fråga om patientens situation, insatser och mål	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skapar en känsla av tillit mellan varandra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Del 3: KOORDINATION

När vi arbetar i team innebär det att alla teammedlemmar...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Oftast	Alltid
Arbetar enligt verksamhetens definition på multimodalt teamarbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fördelar arbetet jämnt över teamet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uppmuntrar och stödjer öppen kommunikation under våra rehabmöten, även med patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Använder överenskomna åtgärder för att lösa konflikter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stöttar att huvudansvaret för rehabiliteringen varierar mellan teammedlemmarna beroende på patientens behov	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tillsammans utser teamledaren för teamet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Öppet stöttar patientens medverkan på våra rehabmöten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Om du tar hänsyn till arbetet i rehabiliteringsteamet totalt, i vilken utsträckning instämmer du i följande påstående:

Samarbetet i teamet fungerar optimalt:

Instämmer inte alls							Instämmer helt
1	2	3	4	5	6	7	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frågor om förutsättningar för fortsatt utveckling av MMR

Rehabiliteringsgarantins syfte är att förhindra och förkorta sjukskrivningar, dvs. öka återgång i arbete, genom att tidigt erbjuda effektiva vårdinsatser till den som drabbas av ohälsa. Ställningstaganden kring vilka åtgärder som är effektiva grundar sig ofta på bästa möjliga vetenskapliga grund (evidens). Begreppet evidensbaserad praktik (EBP) definieras av Centre for Evidence-Based Medicine som; ”den samvetsgranna, tydliga och omdömesgilla användningen av bästa tillgängliga bevis för att fatta beslut om vård av individuella patienter” (<http://www.cebm.net>). Mer konkret innebär det att använda de metoder som gör störst nytta genom att kombinera bästa tillgängliga evidens med kliniskt kunnande och patientens önskemål och kontext.

30. Nedan följer några påståenden som handlar om hur du arbetar för att underlätta för patienten att återgå i arbete. Var vänlig och läs varje påstående och välj det alternativ som bäst stämmer överens med hur du upplever ditt arbete.

	Instämmer inte alls							Instämmer helt	
	1	2	3	4	5	6	7		
Ledningen vid den enhet där jag är anställd uppmuntrar mig att arbete evidensbaserat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kunskapsbasen inom mitt yrkesområde är för bred för att möjliggöra arbete utifrån bästa möjliga evidensbas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metoder och verktyg (t.ex. nationella riktlinjer, checklistor och föreskrifter, etc.) är viktiga beståndsdelar inom mitt yrkesområde för att arbeta evidensbaserat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi diskuterar kring bästa möjliga aktuella kunskapsläge/evidensbas (t.ex. artikeldiskussioner) på min arbetsplats.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Plats för eventuella egna kommentarer:

Metodbeskrivning – erfarenheter av att arbeta med återgång i arbete samt att arbeta med teambaserad multimodal rehabilitering

För att utforska och beskriva rehabiliteringspersonalens erfarenheter av att arbeta med multimodal rehabilitering för personer med långvarig icke-specifik smärta utifrån rehabiliteringsgarantins syfte och riktlinjer har en kvalitativ design valts. Denna metod valdes då en kvalitativ intervjustudie möjliggör en djupare förståelse av de resultat som framkommer i en enkät. De kvalitativa delarna av denna utvärdering kompletterar enkätdelarna för att ge en fördjupad bild av och ny kunskap om vad som kännetecknar framgångsrik rehabilitering.

Deltagare

17 personer deltar i denna del av utvärderingen, vilka har rekryterats till studien i samverkan med processledarna i de tre förekommande landstingen. Ett lämplighetsurval har använts för att möjliggöra en variation bland deltagarna avseende; profession, erfarenhet inom yrket, erfarenhet inom smärtrehabilitering samt erfarenhet av att arbeta med MMR1 respektive MMR2. Deltagarna arbetade som arbetsterapeut (n = 5), kurator (n = 2), läkare (n = 4), psykolog (n = 2) och sjukgymnast (n = 4). Ytterligare information om deltagarnas bakgrundsdata finns beskriven i tabell 1.

Tabell 1. Information om deltagarnas bakgrundsdata samt info om de team deltagarna var verksamma inom.

Bakgrundsdata	Deltagare (antal = 17) medeltal (spridning)
Information om deltagarna	
Ålder (år)	52 (32-65)
Kön (kvinna/man)	13/4
Yrkeserfarenhet (år)	22 (2-38)
Erfarenhet inom smärtrehabilitering (år)	8 (1-26)
Information om teamen	
Vårdnivå (MMR1/MMR2)	5/12
Verksamhet (privat/offentlig)	6/11
Antal personer i teamet	4 (3-5)
Antal patienter teamet behandlar/år	60 (30-150)
Antal år teamen varit etablerade	3,5 (2-6)

Studiekontext

De team som finns representerade i denna studie bedrev rehabiliteringsprogram med olika utformning och längd. Samtliga multimodala rehabiliteringsprogram pågick mellan 4 och 11 veckor med varierande intensitet. Antalet rehabiliteringsträffar/vecka som patienterna deltog i uppgavs vara mellan 2 och 5 men vanligast var att patienterna hade schemalagda rehabiliteringsträffar 3 gånger/vecka. Dessa rehabiliteringsträffar kunde bestå av en hel schemalagd dag eller ett enstaka besök hos någon representant från teamet. Ungefär hälften av de multimodala rehabiliteringsprogrammen var utformade som gruppbaserad rehabilitering med möjlighet till individuella träffar om det behövdes fanns.

Datainsamling

Individuella semistrukturerade intervjuer genomfördes med samtliga deltagare på deras respektive arbetsplatser. En semistrukturerad intervju innebär att en intervjuguide används vilken innehåller vissa frågeområden med förslag till relevanta frågor. För att besvara syftet i föreliggande rapport har tre frågeområden formulerats och dessa fokuserade på hur teamets samarbete upplevdes, hur en sedvanlig rehabilitering såg ut, samt hur det upplevdes att arbeta med målet återgång i arbete/minskad sjukfrånvaro. För denna del av rapporten har analysen fokuserat på hur teamets samarbete upplevdes. Två pilotintervjuer genomfördes i ett annat landsting med syfte att testa intervjuguiden. Några justeringar av frågornas ordningsföljd gjordes men frågorna var i stort sett desamma även efter revideringarna.

Innan intervjuerna startade fick samtliga deltagare information om syftet med studien, att det var helt frivilligt att delta samt att deras intervjuer inte kommer gå att härleda till någon specifik person. Skriftligt samtycke inhämtades från samtliga deltagare. Tidsåtgången för intervjuerna varierade mellan 55 och 80 minuter och samtliga intervjuer spelades in.

Analys

Samtliga intervjuer transkriberades ordagrant och genererade cirka 380 sidor text att analysera. Analysen av materialet har genomförts med en kvalitativ innehållsanalys. Initialt lästes de transkriberade intervjuerna igenom flera gånger och därefter markerades delar i texten som svarade mot det övergripande syftet och frågeställningarna. Dessa delar har sedan benämnts med koder som senare har jämförts med varandra i varje enskild intervju. Utifrån denna jämförelse har kategorier och subkategorier formulerats och sedan jämförts för att identifiera likheter och skillnader i samtliga intervjuer. För att säkra tillförlitligheten i resultatet har koderna och kategorierna jämförts mot varandra och mot grundmaterialet i flera omgångar. De koder och kategorier som identifierats har även diskuterats i forskargruppen vid flera tillfällen.

Intervjuguide för multimodal rehabilitering (MMR)

Respondenten presenterar sig

- Ålder
- Profession
- Hur länge man arbetat inom yrket och med smärtherehabilitering
- Hur länge har teamet funnits, tid i detta team,
- Vilken form av MMR bedrivs – MMR1 eller MMR2?
- Antal patienter som behandlas inom ramen för rehabgarantin/år!?

Patientgruppen

- Hur ser patientgruppen ut som du möter? Vilka patienter får/får inte rehab inom rehabgarantin?

Övergripande om rehabiliteringen

- Berätta gärna om hur en ”sedvanlig” rehabilitering ser ut!

Kommunikation/samarbete

- Hur upplever du att det är att arbeta i ert team?
- Kan du beskriva din roll i teamet
- Kan du beskriva hur ert samarbete fungerar
- Kan du beskriva en situation där det uppstått problem eller oenighet
- På vilket sätt upplever du att teamets sammansättning, samarbete och kommunikation inverkar på patienternas rehabilitering och återhämtning?

Rehabiliteringens innehåll

- I vilken mån/på vilket sätt är patienten delaktig i målsättningen/ teamdiskussioner?
- Vilka mål upplever du är de viktigaste att arbeta mot under en rehabperiod?
- Hur upplever du att det är att arbeta mot målet arbetsåtergång?
- Kan du beskriva hur samverkan med arbetsplatsen/FK/AF ser ut?
- Följer ni några speciella riktlinjer/någon struktur i rehabiliteringen?
- Hur upplever du att rehabiliteringsgarantins riktlinjer och avtal inverkar på ditt arbete?

Övriga frågor, kommentarer. Avslut.

Enheten för interventions- och implementeringsforskning

Institutet för miljömedicin (IMM)

Karolinska Institutet

www.ki.se/imm