



Karolinska  
Institutet

# En kartläggning av förutsättningar för arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin

## Slutrapport

I april 2015 fick Karolinska Institutet (KI) i uppdrag att följa upp tillämpningen av arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin (Regeringsbeslut S2015/1266/SF). I uppdraget ingår att KI ska kartlägga i vilken utsträckning arbetsplatsnära insatser tillämpas, samt identifiera hindrande och underlättande faktorer för denna tillämpning.

I en tidigare uppföljning av rehabiliteringsgarantin visades att kontakter mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare förkom i liten utsträckning. I den senaste överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin har därför regeringen förtydligat vikten av att hälso- och sjukvården kontaktar arbetsgivaren, om patienten ger sitt samtycke till att detta görs. Det finns vetenskaplig evidens för ökad återgång i arbete när multimodal rehabilitering kombineras med anpassningar på arbetsplatsen för de personer som är sjukskrivna på grund av smärta i rörelseorganen. Evidensläget för arbetsåtergång vid sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa har förstärkts sedan rehabiliteringsgarantin infördes 2008. Idag stödjer kunskapsläget att rehabilitering för personer drabbade av psykisk ohälsa bör ske i nära samverkan och i relation till det nuvarande arbetet, där problemlösningsfokuserad terapi kan rekommenderas.

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

Uppdragsgruppen består av:

Professor Irene Jensen, uppdragsansvarig  
Med dr Lydia Kwak, projektledare  
Fil dr Elisabeth Björk Brämberg, forskare  
Fil mag Hanna Bonnevier, projektassistent  
Eva Nilsson, projektassistent  
Fil dr Jan Hagberg, statistiker

Granskare:

Med dr. Therese Hellman, Karolinska Institutet  
Med dr. Kjerstin Stigmar, Lunds Universitet samt ERC Syd, Region Skåne  
Anna Östbom, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Denna rapport refereras till enligt: Björk Brämberg E., Jensen I.B., Hagberg J., Bonnevier H., Kwak L. *En kartläggning av förutsättningar för arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Slutrapport*. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, 2015

Copyright enligt creative commons



Stockholm 1 december 2015

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>5</b>
Slutsatser.....	6
Region-/landstingsnivå.....	6
Verksamhetsnivå .....	7
Implikationer för fortsatt utveckling av rehabiliteringsgarantin.....	7
<b>Inledning .....</b>	<b>9</b>
Bakgrund .....	9
Återgång i arbete .....	10
Insatser vid lindrig och medelsvår psykisk ohälsa .....	10
Insatser vid långvarig smärta.....	11
Syfte.....	11
Theoretiska ramverket CFIR .....	12
Utvärderingens upplägg.....	13
<b>Metod.....</b>	<b>14</b>
Kartläggning av region-/landstingsnivå.....	14
Population.....	14
Enkät.....	14
Kartläggning av verksamhetsnivå .....	15
Population.....	15
Enkät.....	15
Analys av enkätsvar .....	16
Etiska överväganden.....	16
<b>Resultat.....</b>	<b>17</b>
Region-/landstingsnivå .....	17
Tillämpning av arbetsplatsnära insatser i regionerna/landstingen .....	17
Rutiner, metoder och stödverktyg som används i regionerna/landstingen för att stödja införandet av arbetsplatsnära insatser .....	18
Processledarnas arbete med att stödja införandet av arbetsplatsnära insatser.....	19
Processledarnas upplevelse av stöd från chef och ledning.....	20
Underlättande och hindrande faktorer som påverkar tillämpningen av arbetsplatsnära insatser.....	22
Verksamhetsnivå .....	23
KBT/IPT behandlares uppfattningar om arbetsplatsnära insatser vid lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa .....	23
Kontakt och samverkan med patienter och arbetsgivare.....	25
Rutiner, metoder och stödverktyg som används för att stödja tillämpningen av arbetsplatsnära insatser.....	26
Stöd från chef för att tillämpa arbetsplatsnära insatser .....	26
Kunskap och motivation för att arbeta med arbetsplatsnära insatser .....	27
Underlättande och hindrande faktorer för arbetsplatsnära insatser .....	28
MMR-behandlares uppfattningar om arbetsplatsnära insatser vid långvarig smärta .....	30

Tillämpning av arbetsplatsnära insatser vid/inom vårdenheter .....	31
Kontakt och samverkan med patienter och arbetsgivare .....	31
Rutiner, metoder och stödverktyg som används för att stödja tillämpningen av arbetsplatsnära insatser .....	32
Stöd från chef för att tillämpa arbetsplatsnära insatser .....	33
Kunskap och motivation för att arbeta med arbetsplatsnära insatser .....	33
Underlättande och hindrande faktorer som påverkar tillämpningen av arbetsplatsnära insatser .....	34
Redovisning av fritextsvar .....	36
<b>Diskussion .....</b>	<b>38</b>
Tillämpning av arbetsplatsnära insatser inom rehabiliteringsgarantin .....	38
Rutiner, metoder och stödverktyg för att stödja tillämpningen av arbetsplatsnära insatser .....	39
Underlättande och hindrande faktorer som kan påverka tillämpningen av arbetsplatsnära insatser .....	40
Egenskaper i insatserna som ska implementeras .....	40
Egenskaper hos användarna .....	41
Egenskaper i den inre miljön .....	41
Egenskaper i den yttre miljön .....	42
Metodfrågor i utvärderingen .....	43
Slutsatser .....	44
Region-/landstingsnivå: .....	44
Verksamhetsnivå: .....	44
Implikationer för fortsatt utveckling av rehabiliteringsgarantin .....	45
<b>Referenser .....</b>	<b>46</b>
<b>Bilagor .....</b>	<b>48</b>

# Sammanfattning

I december 2008 undertecknades en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti av representanter från Socialdepartementet och Sveriges kommuner och landsting (SKL). Syftet med rehabiliteringsgarantin är att genom evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser verka för en ökad återgång i arbete, eller att förebygga sjukfrånvaro bland personer i arbetsför ålder med lindring eller medelsvår psykisk ohälsa (ångest, depression och stressrelaterad ohälsa) samt för personer med långvarig smärta (icke-specifika smärttillstånd i rygg, axlar och nacke samt generaliserad smärta). Sedan rehabiliteringsgarantin infördes 2008 har innehållet i överenskommelsen årligen omförhandlats av Socialdepartementet och SKL och ändrats i takt med att ny evidens har tillkommit, samt utifrån de utvärderingar som har genomförts. Föreliggande uppföljning är den fjärde rapporten om utvärdering av rehabiliteringsgarantin från Karolinska Institutet.

De evidensbaserade behandlingar som ingår i rehabiliteringsgarantin är multimodal rehabilitering (MMR) för patienter med långvarig smärta, samt kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell psykoterapi (IPT), för patienter med lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa. Evidensen avser symptomlindring och ökad funktionsförmåga för både MMR och KBT/IPT, samt återgång i arbete för MMR. Evidensläget för arbetsåtergång och förebyggande av sjukfrånvaro för psykisk ohälsa har förstärkts sedan rehabiliteringsgarantin infördes. Kunskapsläget idag stödjer att rehabilitering för psykisk ohälsa bör ske i nära samverkan med och i relation till det nuvarande arbetet. KBT med inslag av en problemlösningsfokuserad terapi rekommenderas. Överenskommelsen för rehabiliteringsgarantin för 2015 innehåller därför en skrivning angående insatser som innebär möjlighet till att skapa dialog mellan hälso- och sjukvård den sjukskrivne och den sjukskrivnes arbetsgivare.

Enligt tidigare forskning behöver ändamålsenlig implementering av nya arbetsmetoder som i detta fall, tillämpning av arbetsplatsnära insatser, stödjas av bland annat rutiner och stödverktyg i form av utbildning, revisioner och återkoppling. Andra faktorer av betydelse är ekonomiska incitament och att beslut om införande är sanktionerat av ledning och stöds av chef. Vad som uppfattas som underlättande respektive hindrande faktorer kan variera utifrån vilken insats som ska implementeras, hur användarna ser på insatsen och faktorer i de miljöer där insatsen ska införas. Genom att identifiera underlättande och hindrande faktorer för implementering kan effektiva strategier utvecklas som tar hänsyn till dessa faktorer, för att stödja en lyckosam implementering.

I april 2015 fick Karolinska Institutet (KI) i uppdrag att följa upp tillämpningen av arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin (Regeringsbeslut S2015/1266/SF). I uppdraget ingår att KI ska kartlägga i vilken utsträckning arbetsplatsnära insatser tillämpas, samt identifiera hindrande och underlättande faktorer för denna tillämpning.

Följande frågeställningar ska besvaras:

- I vilken omfattning tillämpas arbetsplatsnära insatser inom rehabiliteringsgarantin?
- Vilka rutiner, metoder och stödverktyg används för att stödja tillämpningen av arbetsplatsnära insatser?

- Utifrån ramverket Consolidated Framework for Advancing Implementation Research identifiera hindrande respektive underlättande faktorer som påverkar tillämpningen av arbetsplatsnära insatser i rehabiliteringsgarantin.

Arbetsplatsnära insatser definieras enligt följande: För att öka möjligheten till återgång i arbete ska vården, om det inte är uppenbart olämpligt att så sker och när patienten har lämnat sitt samtycke, ta initiativ till kontakt med arbetsgivaren, företagshälsovården eller Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter (och) eller arbetslivsinriktad rehabilitering [1].

Denna utvärdering har genomförts på region-/landstingsnivå i samtliga svenska regioner och landsting och på verksamhetsnivå i fem regioner/landsting: Region Jönköpings län, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Landstinget Västernorrland samt Stockholms läns landsting. Två enkätstudier har genomförts.

Utvärderingens resultat visar på en positiv utveckling av tillämpning av arbetsplatsnära insatser på region-/landstingsnivå och bland behandlare inom MMR under den relativt korta perioden sedan överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin för 2015 lanserades. Merparten av processledarna har indikerat att införandet av arbetsplatsnära insatser redan är klart eller beräknas vara klart vid årsskitet 2015/2016. Behandlarna uppgav att de är motiverade till att arbeta med insatserna och de diskuterar arbetsåtergång med sina patienter. Både behandlare inom KBT/IPT och MMR anger att det vid deras vårdenheter finns kompetens för att arbeta med arbetsplatsnära insatser. Däremot ges det inte tillfälle att diskutera arbetsplatsnära insatser vid vårdenheterna, anser behandlare inom KBT/IPT och MMR.

Resultatet visar vidare att regionerna/landstingen i låg utsträckning har etablerat strukturellt stöd till processledare och behandlare, som enligt forskning behövs för att stödja implementering, som i detta fall, tillämpningen av arbetsplatsnära insatser. Exempel på sådant stöd är strategier för hur införandet av det nya arbetssättet ska gå till, stöd i form av rutiner och/eller riktlinjer för innehåll i insatserna samt hur dessa ska tillämpas och följas upp. Både processledare och behandlare upplever bristande tillgång till stödverktyg och metoder för att utöva behandlingsinsatsen. Otydlighet avseende innehåll i och tillämpning av arbetsplatsnära insatser, brist på stödverktyg och metoder för tillämpning och uppföljning är hindrande faktorer för ett lyckosamt införande. Det kan på sikt utgöra risk för ojämn tillgång till arbetsplatsnära insatser såväl mellan regionerna/landstingen som inom.

## **Slutsatser**

### **Region-/landstingsnivå**

- Merparten av processledarna har indikerat att införandet av arbetsplatsnära insatser redan är klart eller beräknas vara klart vid årsskitet 2015/2016.
- Drygt hälften av processledarna angav att deras region/landsting har stimulansmedel, såsom ekonomisk ersättning, för att stödja införandet av arbetsplatsnära insatser.
- En stor andel processledarna svarade att deras region/landsting inte har en målsättning för arbetsplatsnära insatser.
- Processledarna sprider information om arbetsplatsnära insatser framförallt genom fysiska träffar med behandlare på vårdenheterna.

- I stort sätt stödja processledare vårdenheters arbete med arbetsplatsnära insatser, bland annat genom att välkomna diskussion om arbetsplatsnära insatser och genom att signalera att arbetet med arbetsplatsnära insatser är prioriterat.
- Följande faktorer rapporteras av processledarna som försvårande för deras arbete med att införa arbetsplatsnära insatser: arbetet med arbetsplatsnära insatser har låg prioritet, otydlighet i vad arbetsplatsnära insatser innebär samt otydligt ansvarsfördelning.

### **Verksamhetsnivå**

- En hög andel av behandlare inom KBT/IPT och MMR uppger sig vara motiverade till att arbeta med arbetsplatsnära insatser och diskuterar arbetsrelaterade problem med sina patienter. För att underlätta rehabiliteringen tycker en stor andel av behandlare att det är viktigt att patienterna tar kontakt direkt med arbetsgivaren. En mindre andel tycker att det är viktigt att de som behandlar tar kontakt.
- Behandlare inom MMR tar kontakt med andra aktörer, inklusive arbetsgivare i högre utsträckning jämfört med behandlare inom KBT/IPT. Skillnader mellan behandlargrupperna kan bero på att patienterna i de olika behandlargrupperna har olika arbetsstatus. Andelen behandlare som har angivit att deras patienter är sjukskrivna är högre inom MMR genomfört med KBT/IPT.
- Ungefär hälften av de tillfrågade behandlarna uppfattar innehållet i arbetsplatsnära insatser och hur detta ska tillämpas som otydligt.
- Tillgång till stödverktyg i form av utbildning, rutiner och/eller riktlinjer finns i låg utsträckning på vårdenheterna.
  - Behandlare inom MMR har tillgång till stödverktyg i något högre utsträckning jämfört med behandlare inom KBT/IPT.

## **Implikationer för fortsatt utveckling av rehabiliteringsgarantin**

Baserat på tidigare utvärderingar av rehabiliteringsgarantin som har visat att åtgärder på arbetsplatsen bör ingå i rehabiliteringsgarantin, så innehåller överenskommelsen för 2015 en tydlig skrivning angående arbetsplatsnära insatser. Dessa insatser innebär möjlighet till att skapa dialog mellan hälso- och sjukvård, den sjukskrivne och den sjukskrivnes arbetsgivare. En positiv utveckling av tillämpning av arbetsplatsnära insatser på region-/landstingsnivå och bland behandlare inom MMR har skett under den relativt korta perioden sedan överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin för 2015 lanserades. I föreliggande rapport kan vi påvisa områden som ytterligare behöver utvecklas och förstärkas för att stödja tillämpning av arbetsplatsnära insatser:

- Arbetsplatsnära insatser bör stärkas ytterligare med konkreta beskrivningar av vad insatserna innebär och hur dessa kan tillämpas och genomföras för att främja arbetsåtergång.
- Kompetensförstärkning inom arbetsplatsnära insatser, strategier för tillämpning av arbetsplatsnära insatser, attitydförändring kring vikten av att behandlare tar kontakt med arbetsgivare samt organisatoriska möjligheter att arbeta med arbetsplatsnära insatser är avgörande för införandet av insatserna.

- Ersättningssystemet bör tydligt kopplas till behandlings- och rehabiliteringsmål avseende återgång i arbete.
- Möjligheter att öppna rehabiliteringsgarantin för företagshälsovården bör utredas. Företagshälsovården har god kompetens inom arbetsmedicin med kännedom och närhet till arbetsplatser och kan samverka med arbetsgivare beträffande anpassningar på arbetsplatsen.



## Inledning

Genom rehabiliteringsgarantin har den svenska regeringen från 2009 till och med 2014 årligen satsat omkring en miljard kronor på evidensbaserad rehabilitering i syfte att minska sjukfrånvaron bland personer med långvarig smärta (icke-specifika smärttillstånd i rygg, axlar och nacke samt generaliserad smärta) och bland personer med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa. För 2015 avsattes 750 miljoner kronor. De evidensbaserade behandlingar som ingår i rehabiliteringsgarantin är multimodal rehabilitering (MMR) för patienter med långvarig smärta, samt kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell psykoterapi (IPT), för patienter med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa. Evidensen avser symptomlindring och ökad funktionsförmåga för båda behandlingsformerna, samt återgång i arbete för MMR [2-4]. Evidensläget för insatser riktade till arbetsåtergång och förebyggande av sjukfrånvaro för psykisk ohälsa har förstärkts sedan rehabiliteringsgarantin infördes. Kunskapsläget idag stödjer att rehabilitering för psykisk ohälsa bör ske i nära samverkan med och i relation till det nuvarande arbetet. KBT med inslag av en problemlösningsfokuserad terapi rekommenderas [5].

## Bakgrund

I december 2008 undertecknades en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti av representanter från Socialdepartementet och Sveriges kommuner och landsting (SKL). Syftet med rehabiliteringsgarantin är att genom evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser verka för en ökad återgång i arbete, eller att förebygga sjukfrånvaro bland personer i arbetsför ålder med lindring eller medelsvår psykisk ohälsa (ångest, depression och stressrelaterad ohälsa) samt för personer med långvarig smärta (icke-specifika smärttillstånd i rygg, axlar och nacke samt generaliserad smärta). Sedan rehabiliteringsgarantin infördes 2008 har innehållet i överenskommelsen årligen omförhandlats av Socialdepartementet och SKL och ändrats i takt med att ny evidens har tillkommit, samt utifrån de utvärderingar som har genomförts.

Av överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin 2015 framgår, utöver de grundläggande utgångspunkterna, att det finns vetenskaplig evidens för att återgång i arbete ökar när anpassningar på arbetsplatsen görs och insatsen ges tillsammans med MMR för de personer som är sjukskrivna på grund av långvarig smärta. Även evidensläget för lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa har ändrats sedan rehabiliteringsgarantin infördes. Numera finns viss evidens för att arbetsplatsnära insatser kan öka återgång i arbete. Överenskommelsen för 2015 innehåller därför en tydlig skrivning angående insatser som innebär möjlighet till att skapa dialog mellan hälso- och sjukvård, den sjukskrivne och den sjukskrivnes arbetsgivare. Av överenskommelsen framgår att: ”För att öka möjligheten till återgång i arbete ska hälso- och sjukvården, om det inte är uppenbart olämpligt och om patienten har lämnat sitt samtycke, ta initiativ till kontakt med arbetsgivare, företagshälsovården eller Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering” [1 s. 4].

## Återgång i arbete

### Insatser vid lindrig och medelsvår psykisk ohälsa

Rehabiliteringsgarantin omfattar behandlingsformerna kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT) för personer med lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa. Dessa behandlingsformer är de insatser som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom [6]. Tidigare studier har utvärderat effekter av olika insatser riktade till personer med psykisk ohälsa och insatser för att möjliggöra och skapa förutsättningar för arbetsåtergång efter sjukskrivning. Det finns dock ett svagt vetenskapligt stöd för vilken insats som kan anses vara mest effektiv, mätt i antalet sjukskrivningsdagar efter insats. Evidensläget för återgång i arbete efter dessa behandlingsformer får anses vara svagt [7, 8].

En översikt från 2012 som omfattade nio studier, gav måttligt starkt vetenskapligt stöd för att psykologisk behandling med tillägg av problemlösningsfokuserad terapi ger effekt i form av återgång i deltidsarbete jämfört med ingen insats eller sedvanlig behandling för personer med anpassningsstörning [5]. Det finns även empiriska studier som har undersökt effekter av problemlösningsfokuserad terapi. I en holländsk studie studerades problemlösningsfokuserad terapi och effekter på återkommande sjukfrånvaro bland personer med psykisk ohälsa. Studien visade att interventionsgruppen hade färre antal sjukfrånvarodagar efter 12 månader jämfört med kontrollgruppen [9]. En senare översikt från 2014 inkluderade 23 studier om arbetsplatsnära och kliniska interventioner för personer med depression. Översikten visade måttligt stöd för att arbetsplatsnära insatser i tillägg till klinisk behandling minskade antalet sjukskrivningsdagar jämfört med enbart klinisk behandling [10]. En ny översikt från 2015 har kartlagt forskning kring insatser via företagshälsovård för att förebygga eller minska psykisk ohälsa. Resultatet visar att problemlösningsfokuserad terapi via företagshälsovården med tydlig inriktning mot åtgärder på arbetsplatsen kan underlätta återgång i arbete bland anställda sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa. Denna form av terapi kan även minska risk för återfall i sjukskrivning i samband med arbetsåtergång [11]. Enligt en kunskapsammansättning leder psykologisk behandling som enskild insats till ökat psykiskt välbefinnande, men tycks inte bidra till ökad återgång i arbete [12].

Studierna som vi refererar till ovan har genomförts i olika länder och inom hälso- och sjukvård eller företagshälsovård. Förutsättningar för hälso- och sjukvård, företagshälsovård och sjukförsäkringssystemet skiljer sig som bekant mellan olika länder. Exempelvis kan tillgång till och finansiering av hälso- och sjukvård och sjukförsäkringssystemen skilja sig mellan länder, vilket kan försvåra jämförelser av studiers resultat. Även skillnader i vilken population studierna avser kan komplicera jämförelser av olika studiers effekter. En del studier omfattar personer sjukskrivna för psykiska symtom, exempelvis stressrelaterad ångest, andra studier omfattar personer sjukskrivna på grund av en psykiatrisk diagnos, exempelvis depression. Ytterligare en faktor som komplicerar möjligheterna att jämföra studiers effekter är att insatserna är komplexa interventioner som omfattar flera intressenter. Det kan därför vara svårt att utskilja vilken av komponenterna i en insats som är den som ger effekt, eller hur olika komponenter samverkar till att ge effekt. Vi vet dock att efter en längre tids sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa är att återgå i arbete en process som involverar flera aktörer: den sjukskrivna individen, arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, försäkringskassa och ibland även arbetsförmedlingen [8]. Under sjukskrivningsperioden riskerar enskilda individer att utveckla ett så kallat sjukrolls beteende och mista sin tilltro till sin egen förmåga att återgå i

arbete. Sammanfattningsvis visar forskning att tidiga kontakter med arbetsgivare i sjukfrånvaroperioden främjar återgång i arbete [13, 14].

### **Insatser vid långvarig smärta**

Rehabiliteringsgarantin omfattar behandlingsformen multimodal rehabilitering (MMR) för personer med långvarig smärta (icke-specifika smärttillstånd i rygg, axlar och nacke samt generaliserad smärta). MMR baseras på ett team med flera ingående professioner och bör innehålla psykologiska, pedagogiska och fysiska komponenter [15]. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har i en systematisk litteraturöversikt om rehabiliteringsmetoder vid långvarig smärta granskat det vetenskapliga underlaget för olika rehabiliteringsinsatser. MMR vid långvarig smärta bedöms ha måttligt starkt vetenskapligt underlag för att insatsen leder till minskad sjukskrivning och ökad återgång i arbete [2]. I en nyligen publicerad systematisk översikt anges MMR ha positiv inverkan på arbetsförmågan hos personer med långvarig smärta i ländryggen [16]. Enligt en kunskapssammanställning visas att multimodala interventioner som omfattar insatser på arbetsplatsen har bättre effekt på återgång i arbete jämfört med enskilda insatser eller sedvanlig behandling [12]. Tidigare studier har visat att MMR gav effekt i form av reducerad smärta, minskade risk för funktionsnedsättande problem, minskade sjukfrånvaro och förbättrade självskattad arbetsförmåga [17, 18]. Andra studier har visat att MMR var kostnadseffektivt [19] upp till tio år efter insatsen [20]. MMR är således en komplex intervention och det är inte klarlagt vilken komponent som är av avgörande betydelse för återgång i arbete. Mycket talar för att återgårdar som involverar arbetsplatsen har betydelse [12].

Sammanfattningsvis bedöms de centrala komponenterna i metoder som främjar återgång i arbete för diagnosgrupperna som omfattas av rehabiliteringsgarantin vara tidig intervention i sjukfrånvaroperioden (initierad inom sex veckor från sjukskrivningsstart) [21] och involvering av arbetsplatsen [8]. Kontakt med arbetsplatsen bör innehålla dialog med chef, bedömning av möjlighet till återgång, anpassningar av arbetsplatsen och planerad återgång. Samverkan mellan arbetsgivare, hälso- och sjukvård, företagshälsovård och Försäkringskassan är av betydelse [7]. Det finns vetenskapligt stöd för att en koordinerad rehabiliteringsprocess med en rehabiliteringskoordinator minskar risk för långvarig funktionsnedsättning [22]. I de fall där patienten inte har en anställning eller där patienten har behov av arbetslivsinriktad rehabilitering bör samverkan ske med Arbetsförmedlingen.

## **Syfte**

Syftet med denna rapport är att kartlägga i vilken utsträckning arbetsplatsnära insatser tillämpas, samt identifiera hindrande och underlättande faktorer för denna tillämpning.

Följande frågeställningar ska besvaras:

- I vilken omfattning tillämpas arbetsplatsnära insatser inom rehabiliteringsgarantin?
- Vilka rutiner, metoder och stödverktyg används för att stödja tillämpningen av arbetsplatsnära insatser?
- Utifrån ramverket *Consolidated Framework for Advancing Implementation Research* (CFIR) identifiera hindrande respektive underlättande faktorer som påverkar tillämpningen av arbetsplatsnära insatser i rehabiliteringsgarantin.

I överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgarantin 2015 definieras arbetsplatsnära insatser enligt följande:

För att öka möjligheten till återgång i arbete ska vården, om det inte är uppenbart olämpligt att så sker och när patienten har lämnat sitt samtycke, ta initiativ till kontakt med arbetsgivaren, företagshälsovården eller Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter (och) eller arbetslivsinriktad rehabilitering [1].

## **Teoretiskt ramverk CFIR**

Frågor kring implementering i hälso- och sjukvården får allt större uppmärksamhet. Det finns stora förväntningar på att vården ska implementera forskningsresultat så att patienter kan erbjudas bästa möjliga vård [23]. Dock visar realiteten att förekomsten av forskningsresultat, som till exempel resultat kring effektiva behandlingar, inte nödvändigtvis betyder att de tillämpas rutinmässigt inom hälso- och sjukvården. En konsekvens blir då att forskningsresultat inte nyttiggörs och inte kommer patienterna tillgodo. Ett första steg för att främja användning av forskningsresultat i praktiken är att identifiera vilka faktorer som påverkar tillämpning. Baserat på denna kunskap finns då möjligheter att utveckla effektiva strategier som syftar till att stödja tillämpningen.

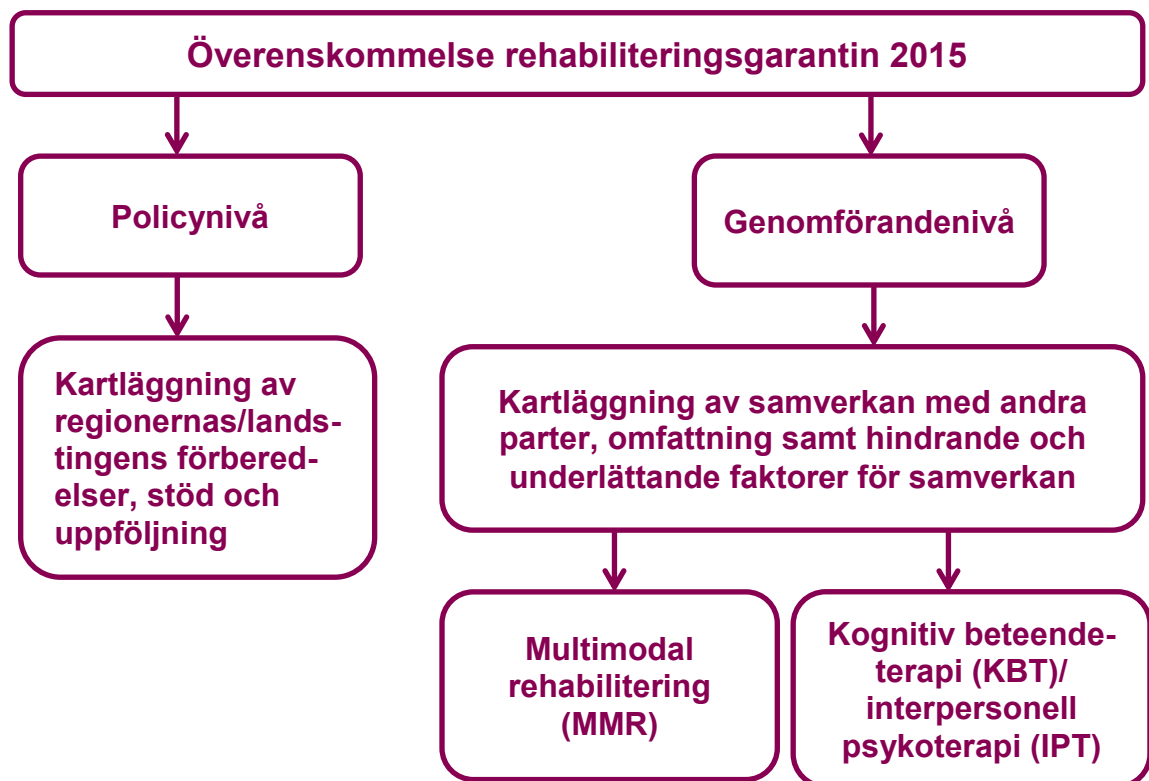
En teori som tar hänsyn till olika nivåer av påverkan, såsom individ- och organisationsnivå, är det teoretiska ramverket CFIR. Ramverket används bland annat för att vägleda bedömningar av implementering och utvärdera implementeringens utveckling [24]. I föreliggande utvärdering tillämpas CFIR för att identifiera hindrande och underlättande faktorer för implementeringsutfall [24]. Med implementeringsutfall avses i den här utvärderingen följsamhet till tillägget i rehabiliteringsgarantin avseende kontakt med arbetsgivaren, företagshälsovården eller Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter (och) eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Vi fokuserar på följande fyra typer av faktorer, vilka rekommenderas av CFIR [25]:

- Egenskaper i insatserna som ska implementeras, till exempel att fördelarna med insatserna överväger arbetet med att införa dessa, att insatsen är lätt att tillämpa och använda.
- Egenskaper hos användarna, till exempel behandlarnas kunskap, attityder och uppfattningar om insatserna, behandlarnas tilltro till sin förmåga att arbeta med insatserna samt deras förändringsbenägenhet.
- Egenskaper i den inre miljön, till exempel implementeringsklimat i form av organisationens förändringsbenägenhet och om tillämpning av insatserna belönas, stöds och förväntas genomföras inom organisationen.
- Egenskaper i den yttre miljön, till exempel patienters preferenser och behov av insatserna, förekomst av nätverk för att arbeta med insatserna samt policys, riktlinjer och ersättning för att tillämpa insatserna.

## Utvärderingens upplägg

Denna utvärdering innehåller två parallella delar med olika syfte (figur 1). Den första delen är en kartläggning på policynivå (region-/landstingsnivå) och har som syfte att undersöka regionernas/landstingens förberedelser, stöd och uppföljning av tillämpning av arbetsplatsnära insatser inom rehabiliteringsgarantin. Den andra delen är en kartläggning av genomförande (verksamhetsnivå) och har som syfte att studera i vilken omfattning arbetsplatsnära insatser tillämpas, vilka rutiner, metoder och stödverktyg som används för att stödja tillämpningen och att identifiera hindrande respektive underlättande faktorer som påverkar tillämpningen. Denna kartläggning gjordes separat för de två behandlingsinsatser som omfattas av rehabiliteringsgarantin, nämligen KBT/IPT och MMR.



**Figur 1.** Utvärderingens två delar.

I utvärderingen har enkätdata samlats in och analyserats. Detta beskrivs närmare i kommande avsnitt om metod.

## Metod

Vi har genomfört två enkätstudier med syfte att undersöka i vilken omfattning arbetsplatsnära insatser tillämpas, vilka rutiner, metoder och stödverktyg som används för att stödja tillämpningen samt identifiera underlättande och hindrande faktorer för om, och i så fall hur, insatserna bedrivs. I den ena enkätstudien ingick processledare (region-/landstingsnivå) och denna studie omfattade samtliga regioner/landsting i Sverige. I den andra enkätstudien ingick behandlare på enheter (verksamhetsnivå) i fem utvalda regioner/landsting.

## Kartläggning av region-/landstingsnivå

### Population

Urvalspopulationen för region-/landstingsnivån utgjordes av samtliga processledare för rehabiliteringsgarantin i alla Sveriges regioner och landsting. För att få kontaktuppgifter till processledare för rehabiliteringsgarantin kontaktades Sveriges kommuner och landsting (SKL). SKL har en kontaktperson för rehabiliteringsgarantin i varje region/landsting. Samtliga kontaktpersoner tillfrågades i maj 2015 om deltagande i studien. I de fem utvalda regionerna/landstingen tillfrågades dessutom övriga processledare för rehabiliteringsgarantin om deltagande. Kontaktuppgifter till dessa personer erhöles via SKL:s kontaktpersoner inom respektive region/landsting och de lämnade e-postadresser till samtliga processledare för rehabiliteringsgarantin i sin/sitt respektive region/landsting. Totalt var 34 processledare aktuella för att besvara enkäten. Sammanlagt besvarades enkäten av 30 processledare (88 procent svarsfrekvens) från totalt 18 regioner/landsting (bilaga 1 flödesschema rekrytering av processledare).

### Enkät

Webbenkäten för processledarna innehöll följande frågeområden: tidsplan för implementering, organisatoriska förutsättningar (exempelvis organisationens mål, stöd från ledning), strukturella förutsättningar (exempelvis riktlinjer, rutiner, ekonomiska incitament) för att stödja tillämpningen av arbetsplatsnära insatser. Enkäten inleddes med en definition av arbetsplatsnära insatser samt innehöll påståenden relaterade till underlättande och hindrande faktorer för införandet. För ytterligare information om enkäten, se bilaga 2. Enkäten baseras på frågor som har använts vid tidigare utvärderingar av rehabiliteringsgarantin, frågor formulerade utifrån CFIR samt frågor från projektet *Stöd för införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* inom Stockholms läns landsting (SLL).

Innan distribution granskades enkäten av en expertgrupp, som representerade områdena psykisk ohälsa och smärta i rörelseorganen samt evidensbaserade behandlingar inom dessa områden. Enkäten reviderades i enlighet med expertgruppens kommentarer. Därefter pilottestades enkäten. En processledare (för närvarande tjänstledig från uppdraget och därför inte aktuell för deltagande i undersökningen) granskade processledarenkäten. Granskningen och pilottestningen gjordes för att säkerställa enkätfrågornas kvalitet.

# Kartläggning av verksamhetsnivå

## Population

Urvalspopulationen för verksamhetsnivån bestod av samtliga behandlare inom KBT/IPT och MMR inom fem regioner/landsting i Sverige: Region Jönköpings län, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Landstinget Västernorrland samt Stockholms läns landsting. Med behandlare avses personer som arbetar med behandlingar (KBT/IPT och/eller MMR) som ersätts via rehabiliteringsgarantin.

Rekrytering av deltagare skedde i två steg. I maj och juni 2015 insamlades e-postadresser till verksamhetschefer vars kliniker erbjuder behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin, via processledare eller via kontakt med regionernas eller landstingens administrativa enheter. De ombads skicka oss e-postadresser till verksamhetschefer vars enheter hade inrapporterat minst 30 behandlingar under åren 2013 eller 2014. Valet av minst 30 behandlingar baserades på antagandet att enheten förväntades ha ett ”flöde” av patienter och därför vara vana vid att arbeta med behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin samt att dessa enheter förmodligen hade startat behandlingar med inslag av arbetsplatsnära insatser. Sammanlagt kontaktades 443 vårdenhetschefer i de fem utvalda regionerna/landstingen.

Verksamhetscheferna fick en webbaserad registreringsenkät, där de ombads att ange e-postadresser till samtliga behandlare vid enheten som arbetar med behandlingar som ersätts via rehabiliteringsgarantin (KBT/IPT och/eller MMR). Registreringsenkäten skickades per e-post och innehöll en kortfattad information om syftet med studien. Tre påminnelser skickades med en veckas mellanrum till de verksamhetschefer som inte hade besvarat registreringsenkäten (se bilaga 3 flödesschema för rekrytering av behandlare). Totalt besvarades registreringsenkäten av 286 (65 %) vårdenhetschefer. Dessa angav totalt 808 mailadresser till behandlingspersonal vid deras respektive enheter.

## Enkät

Två webbenkäter utformades, den ena till behandlare som arbetar med KBT/IPT och den andra till behandlare som arbetar med MMR. Båda enkäterna innehöll frågeområden om behandlarnas kompetens, i vilken utsträckning överenskommelsen tillämpas, innehåll i behandling/rehabilitering, förutsättningar för att stödja tillämpningen av arbetsplatsnära insatser. Enkäterna inleddes med en definition av arbetsplatsnära insatser samt innehöll påstående relaterade till underlättande och hindrande faktorer för införandet. För ytterligare information om enkäten, se bilaga 4. Enkäterna baseras på frågor som har använts vid tidigare utvärderingar av rehabiliteringsgarantin, frågor formulerade utifrån CFIR samt frågor från projektet *Stöd för införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* inom Stockholms läns landsting (SLL).

Innan distribution granskades enkäterna av en expertgrupp, som representerade områdena psykisk ohälsa och långvarig smärta i rygg, nacke och skuldra samt evidensbaserade behandlingar inom dessa områden. Enkäterna reviderades i enlighet med expertgruppens kommentarer. Därefter pilottestades enkäterna. Behandlare inom KBT/IPT och MMR, som inte ingår i utvärderingen, granskade respektive enkät innan distribution. I enlighet med pilottestningen lades en fråga till om ansvar för arbetsplatsnära insatser om patienter remitteras till annan vårdenhet. För att utvärdera enkäternas tillförlitlighet genomfördes ett så

kallat test-retest där man undersöker att frågor och svar är utformade så att den som svarar faktiskt svarar likartat vid upprepade tillfällen. Test-retest genomfördes på så sätt att de 45 behandlare som först besvarade enkäten fick en förfrågan om att besvara samma enkät igen inom loppet av en vecka. Resultatet visade generellt måttlig till bra reliabilitet enligt kappa koefficienten mellan de två mättillfällena.

## **Analys av enkätsvar**

Deskriptiva analyser har genomförts med SPSS version 22 och presenteras i form av frekvenser. I analyserna har svarsalternativen med skala 1 – 5, där 1 = ”instämmer inte alls” och 5 = ”instämmer helt”, delats in enligt följande: svarsalternativ 1 och 2 = ”instämmer inte/instämmer delvis”, svarsalternativ 4 och 5 = ”instämmer i stort sett/instämmer helt” och svarsalternativ 3 = ”varken eller”.

Samtliga enkäter innehöll möjlighet att lämna kommentarer i fritext. Samtliga fritextsvar kopierades från SPSS till ett Worddokument och lästes igenom. Därefter kategoriserades fritextsvaren utifrån innehåll. Varje kategori rubricerades utifrån innehållet och en kortfattad beskrivning av innehållet formulerades till respektive kategori. I resultatpresentationen rapporteras tre kategorier där flest deltagare hade lämnat kommentarer.

## **Etiska överväganden**

Studien är godkänd av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (diarienummer: 2015/303-32). Samtliga enkäter (registreringsenkät, enkät till processledare, enkät till behandlare inom KBT/IPT och MMR) föregicks av ett brev med information om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och när som helst kan avbrytas utan att ange orsak. Deltagarna samtyckte till deltagande i studien genom att skicka in enkäten.



# Resultat

## Region-/landstingsnivå

I följande avsnitt beskrivs kartläggningen av arbetsplatsnära insatser på policynivå, det vill säga på övergripande nivå i regionerna/landstingen. I resultatet visas i vilken utsträckning komponenten arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin tillämpas i regionerna/landstingen, vilka rutiner, metoder och stödverktyg landstingen har för införandet, processledarnas upplevelse av stöd samt underlättande och hindrande faktorer. Enkäten skickades till 34 processledare för rehabiliteringsgarantin i samtliga regioner/landsting. Enkäten besvarades av 30 personer, från 18 regioner/landsting, vilket ger en svarsfrekvens på 88 %.

### Tillämpning av arbetsplatsnära insatser i regionerna/landstingen

I enkäten har processledarna fått besvara hur långt det egna landstinget har kommit med införandet av arbetsplatsnära insatser. Svar har inkommit från processledare från 14 regioner/landsting (67 %). Resultatet visar att hälften av dessa regioner/landsting beräknas vara klara med införandet vid årsskiftet 2015/2016 och fem regioner/landsting anger att införandet är klart. För ytterligare information se tabell 1.

**Tabell 1.** Landstingens tidsplan för införandet av arbetsplatsnära insatser.

Hur är tidsplanen i ditt landsting för införandet av arbetsplatsnära insatser?	Antal (%) <sup>a</sup>
Införandet är klart	5 (28)
Införandet beräknas vara klart andra kvartalet 2015	0 (0)
Införandet beräknas vara klart tredje kvartalet 2015	2 (11)
Införandet beräknas vara klart vid årsskiftet 2015/2016	7 (39)

<sup>a</sup> I dessa analyser inkluderades svar från en processledare per landsting. Frågan besvarades av processledare från 14 landsting och svar saknas från 7 landsting.

Processledarna (70 %) uppgav att de kände sig väl insatta i innehållet i överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin för 2015 (tabell 2). På frågan ”I vilken utsträckning överenskommelsen är tydligt utformad” svarade 66 % (n=19) av processledarna att överenskommelsen i låg utsträckning var tydligt utformad (tabell 2).

**Tabell 2.** Information om införandet av arbetsplatsnära insatser.

<b>Känner du till innehållet i överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin 2015?<sup>a</sup></b>	<b>Antal (%)</b>
Ja, jag är väl insatt	21 (70)
Ja, jag känner till innehållet	9 (30)
Nej, men jag har hört talas om överenskommelsen	0 (0)
Nej, jag känner inte till överenskommelsen.	0 (0)
<b>I vilken utsträckning anser du att överenskommelsen var tydligt utformad?<sup>b</sup></b>	
I mycket låg utsträckning	5 (17)
I ganska låg utsträckning	14 (48)
I ganska hög utsträckning	9 (31)
I mycket hög utsträckning	0 (0)
Vet ej	1 (3)

<sup>a</sup> n = 30, bortfall = 0; <sup>b</sup> n = 29, bortfall = 1.

### **Rutiner, metoder och stödverktyg som används i regionerna/landstingen för att stödja införandet av arbetsplatsnära insatser**

Ett sätt att stödja tillämpning av arbetsplatsnära insatser är att utforma en strategi för införandet samt att ha skriftliga krav på hur arbetsplatsnära insatser ska genomföras. Nästan 60 % av processledarna har svarat att deras region/landsting har utformat en strategi för införandet av arbetsplatsnära insatser. 45 % procent av processledarna uppgav att regionerna/landstingen har skriftliga krav för hur arbetsplatsnära insatser ska genomföras (se tabell 3).

Bland processledarna var det 78 % som svarade att deras region/landsting inte har en målsättning för arbetsplatsnära insatser, exempelvis antalet insatser som ska genomföras per år. Dessutom svarade 57 % att det inte finns rutiner och/eller riktlinjer för hur vårdenheterna ska arbeta med arbetsplatsnära insatser. Drygt hälften av processledarna angav däremot att deras region/landsting har stimulansmedel, exempelvis ekonomisk ersättning för dessa insatser. Samtliga processledare som svarade ja på frågan om stimulansmedel angav att medlen utbetalas till vårdenheterna.

**Tabell 3.** Rutiner, strategier och arbetssätt för att stödja tillämpningen av arbetsplatsnära insatser.

<b>Har ditt landsting utformat en strategi för införandet av arbetsplatsnära insatser?<sup>a</sup></b>	<b>Antal (%)</b>
Ja	17 (59)
Nej	11 (38)
Vet ej	1 (3)
<b>Har ditt landsting utformat skriftliga krav för hur arbetsplatsnära insatser ska genomföras?</b>	
Ja	13 (45)
Nej	14 (48)
Vet ej	2 (7)
<b>Har ditt landsting en målsättning för arbetsplatsnära insatser, tex antalet insatser som ska genomföras/år?<sup>b</sup></b>	
Ja	3 (11)
Nej	21 (78)
Vet ej	3 (11)
<b>Har ditt landsting stimulansmedel, tex ekonomisk ersättning, för att stödja införandet av arbetsplatsnära insatser?<sup>a</sup></b>	
Ja	15 (52)
Nej	12 (41)
Vet ej	2 (7)
<b>Har ditt landsting anpassat utformningen av rehabiliteringen för att stödja arbetsplatsnära insatser, för att få insatserna att fungera i era verksamheter?<sup>b</sup></b>	
Ja	7 (26)
Nej	12 (44)
Vet ej	8 (30)
<b>Finns det rutiner och/eller riktlinjer för hur vårdenheterna ska arbeta med arbetsplatsnära insatser?<sup>c</sup></b>	
Ja	10 (36)
Nej	16 (57)
Vet ej	2 (7)

<sup>a</sup> n = 29, bortfall = 1; <sup>b</sup> n = 27, bortfall = 3; <sup>c</sup> n = 28, bortfall = 2.

Av de 22 processledare som svarade på frågan i vilken utsträckning införandet av arbetsplatsnära insatser hade lett till nyrekrytering eller omorganisering svarade alla processledare nej. Däremot svarade 46 % (n=10) av processledarna att regionerna/landstingen hade vidareutbildat befintlig personal.

### **Processledarnas arbete med att stödja införandet av arbetsplatsnära insatser**

I enkäten fick processledarna ta ställning till ett antal påstående som berörde deras eget arbete med att stödja behandlare och vårdenheter med att införa arbetsplatsnära insatser. Av processledarna uppgav 78 % att de instämde i stort sett/helt i att de tydligt hade signalerat till vårdenheterna att arbetsplatsnära insatser var prioriterat. En hög andel (84 %) instämde i stort sett/helt i att de förmedlade varför det är viktigt att arbeta med arbetsplatsnära insatser vid vårdenheterna. Det var dock en lägre andel (31 %) som instämde i att de förmedlade att de kände sig säkra på att införandet skulle lyckas. Här angav ungefär hälften (54 %) av processledarna svarsalternativet ”varken eller”. Nästan alla processledare (96 %) välkomnade diskussioner om arbetsplatsnära insatser, drygt hälften (54 %) av processledarna instämde i att

de skapar möjligheter för de vårdenheter som vill utveckla arbetet med arbetsplatsnära insatser. I tabell 4 finns ytterligare information.

**Tabell 4.** Information om i vilken utsträckning deltagarna instämmer i påståenden som handlar om deras arbete med att stödja införandet av arbetsplatsnära insatser.

<b>Jag har tydligt signalerat till vårdenheterna som ger behandlingar inom rehabiliteringsgarantin att arbetet med arbetsplatsnära insatser är prioriterat<sup>a</sup></b>	<b>Antal (%)</b>	
Instämmer inte alls/delvis	1	(4)
Varken eller	5	(18)
Instämmer i stort sett/helt	21	(78)
<b>Jag förmedlar varför det är viktigt att arbeta med arbetsplatsnära insatser till vårdenheterna<sup>b</sup></b>		
Instämmer inte alls/delvis	2	(8)
Varken eller	2	(8)
Instämmer i stort sett/helt	22	(84)
<b>Jag förmedlar att jag är säker på att vi kommer att lyckas väl med att införa arbetsplatsnära insatser<sup>b</sup></b>		
Instämmer inte alls/delvis	4	(15)
Varken eller	11	(54)
Instämmer i stort sett/helt	14	(31)
<b>Jag välkomnar diskussioner om hur vi kan arbeta med arbetsplatsnära insatser<sup>b</sup></b>		
Instämmer inte alls/delvis	0	(0)
Varken eller	1	(4)
Instämmer i stort sett/helt	25	(96)
<b>Jag skapar möjligheter för de vårdenheter som vill utveckla arbetet med arbetsplatsnära insatser<sup>b</sup></b>		
Instämmer inte alls/delvis	1	(4)
Varken eller	11	(42)
Instämmer i stort sett/helt	14	(54)

<sup>a</sup> n = 27, bortfall = 3; <sup>b</sup> n = 26, bortfall = 4.

Processledarna fick även besvara hur de arbetar med att sprida information om arbetsplatsnära insatser. Det vanligaste sättet att sprida information om rehabilitering och arbetsplatsnära insatser var genom fysiska träffar (89 %) följt av utbildning (61 %) (se tabell 5).

**Tabell 5.** Processledarnas arbete med informationsspridning.

<b>Hur arbetar du med att sprida information om rehabilitering för att stödja arbetsplatsnära insatser?<sup>a</sup></b>	<b>Ja Antal (%)</b>	<b>Nej Antal (%)</b>
Fysiska träffar	25 (89)	3 (11)
Nätbaserad information	10 (36)	18 (64)
Utbildning	17 (61)	11 (39)
Nyhetsbrev	7 (25)	21 (75)

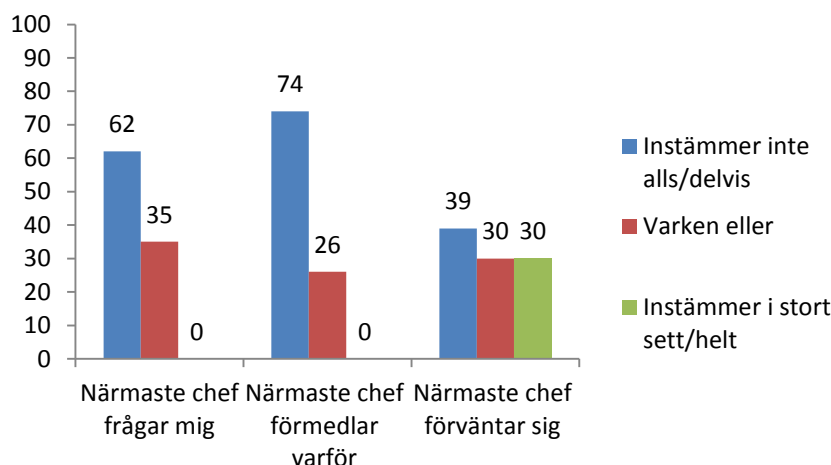
<sup>a</sup> n = 28, bortfall = 2.

### **Processledarnas upplevelse av stöd från chef och ledning**

Upplevelsen av att ha stöd i sitt arbete från sin närmaste chef är en viktig underlättande faktor vid implementering av nya arbetsrutiner. Stöd från ledning räknas också som en underlättande faktor, här i betydelsen av att ledning ("generellt") fattar beslut om en insats och på så sätt

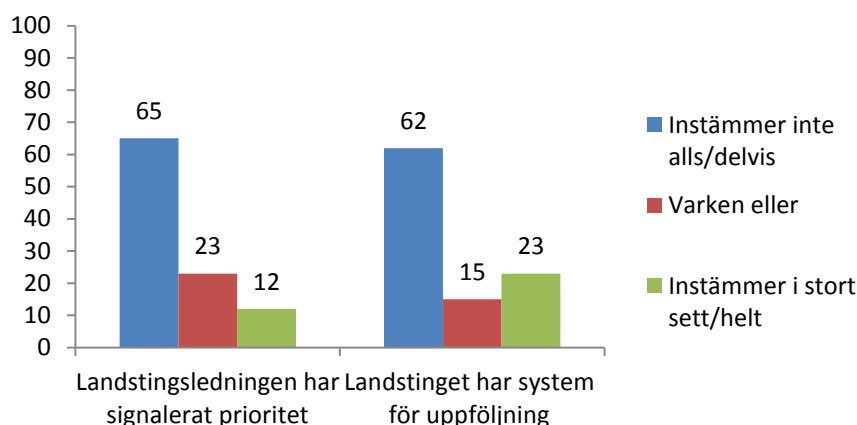
stödjer insatsen, ser till att det finns administrativa system som stödjer införandet, exempelvis system för uppföljning eller kommunicerar att det nya arbetssättet är prioriterat.

Processledarna fick ta ställning till i vilken utsträckning de upplevde sig ha stöd från sin närmaste chef. Drygt 60 % av processledarna instämde inte alls/delvis i att deras närmaste chef frågade hur deras arbete med arbetsplatsnära insatser går. Av de tillfrågade processledarna angav 74 % att de inte alls/delvis instämde i att deras närmaste chef förmedlar varför arbetet med arbetsplatsnära insatser är viktigt. När det gäller påståendet som handlar om vilka förväntningar processledarnas närmaste chefer har på deras arbete med arbetsplatsnära insatser var svaren relativt jämnt fördelade. Se figur 2.



**Figur 2.** Figuren visar i vilken utsträckning deltagarna upplever stöd från sin närmaste chef. För de tre påståendena var antal svarande (n) = 23, och bortfall = 7.

Processledarna fick även ta ställning till vilket stöd de får från regionens/landstingets ledning. Processledarna (65 %) instämde inte alls/delvis i att regionens/landstingets ledning har kommunicerat att arbetet med arbetsplatsnära insatser är prioriterat. Vidare angav drygt 60 % att regionen/landstinget inte har eller endast delvis har ett uppföljningssystem för vårdenheternas arbete med arbetsplatsnära insatser (se figur 3).



**Figur 3.** Figuren visar i vilken utsträckning deltagarna instämmer i om högsta ledningen i deras landsting har tydligt signalerat att arbetsplatsnära insatser är prioriterat samt om landstinget har ett system för uppföljning av vårdenheternas arbete med arbetsplatsnära insatser. För påståendena var antal svarande (n) = 26 och bortfall = 4.

## Underlättande och hindrande faktorer som påverkar tillämpningen av arbetsplatsnära insatser

Processledarna har tagit ställning till ett antal påståenden som handlar om faktorer som möjliggör arbetet med att införa arbetsplatsnära insatser. Dessa faktorer är välkända för att skapa förutsättningar för exempelvis införande av nya arbetsmetoder. Av processledarna instämde 72 % i stort sett/helt i att utbildning i arbetsplatsnära insatser underlättade deras arbete. Vidare ansåg 56 % att rutiner och/eller riktlinjer var underlättande, i likhet med formellt utsedd personal, vilket en hög andel (70 %) av processledarna instämde i. Runt 50 % av processledarna instämde i stort sett/helt i att stöd från arbetskamrater samt chef och ledning var underlättande för deras arbete. För ytterligare information se tabell 6.

**Tabell 6.** Deltagarnas inställning till olika faktorer som underlättar deras arbete med arbetsplatsnära insatser.

<b>Faktorer som underlättar mitt arbete med arbetsplatsnära insatser</b>	Instämmer inte alls/delvis antal (%)	Varken eller antal (%)	Instämmer i stort sett/helt antal (%)
Arbetsplatsnära insatser överensstämmer med landstingets mål <sup>a</sup>	8 (30)	9 (35)	9 (35)
Ersättningssystem inom rehabiliteringsgarantin <sup>a</sup>	7 (27)	10 (38)	9 (35)
Utbildning i arbetsplatsnära insatser <sup>b</sup>	6 (24)	1 (4)	18 (72)
Vana att arbeta med nya arbetsmetoder <sup>c</sup>	4 (16)	10 (42)	10 (42)
Rutiner och/eller riktlinjer <sup>b</sup>	6 (24)	5 (20)	14 (56)
Formellt utsedd personal som har ansvar för arbetsplatsnära insatser <sup>d</sup>	3 (13)	4 (17)	16 (70)
Stöd från arbetskamrater <sup>d</sup>	5 (22)	7 (30)	11 (48)
Stöd från ledning och/eller chef <sup>d</sup>	4 (17)	7 (30)	12 (53)

<sup>a</sup> n = 26, bortfall = 4; <sup>b</sup> n = 25, bortfall = 5; <sup>c</sup> n = 24, bortfall = 6; <sup>d</sup> n = 23, bortfall = 7.

Processledarna fick även ta ställning till påståenden som berör faktorer som försvårar deras arbete med att införa arbetsplatsnära insatser. I likhet med underlättande faktorer finns en rad hindrande eller försvårande faktorer för implementering, som kan bidra till att införandet av ett nytt arbetssätt tar längre tid än avsett eller att insatsen behöver anpassas för att kunna implementeras. Ungefär hälften av processledarna instämde i stort sett/helt i att arbetet med arbetsplatsnära insatser försvåras för att dessa kolliderar med organisationens mål och befintliga rutiner. Femtiosex procent instämde i stort sett/helt i att låg kännedom om innehållet i arbetsplatsnära insatser bland behandlare försvårade arbetet med införandet. Vidare uppgav 60 % att de i stort sett/helt instämde i att otydlighet i vad arbetsplatsnära insatser innebär försvårade arbetet med arbetsplatsnära insatser. Sextioåtta procent av processledarna instämde i stort sett/helt i att deras arbete med arbetsplatsnära insatser försvåras för att arbetet har låg prioritet. Drygt 60 % instämde i stort sett/helt i att otydlig ansvarsfördelning och brister i uppföljningssystemet försvårade arbetet med arbetsplatsnära insatser (se tabell 7).

**Tabell 7.** Deltagarnas inställning till faktorer som försvårar deras arbete med arbetsplatsnära insatser.

<b>Faktorer som försvårar arbetet med arbetsplatsnära insatser</b>	Instämmer inte alls/delvis antal (%)	Varken eller antal (%)	Instämmer i stort sett/helt antal (%)
Kollision med organisationens mål <sup>a</sup>	8 (33)	4 (17)	12 (50)
Kollision med befintliga rutiner <sup>b</sup>	6 (24)	5 (20)	14 (56)
Låg kännedom om innehållet i arbetsplatsnära insatser bland behandlare <sup>b</sup>	3 (12)	8 (32)	14 (56)
Otydligheter i vad arbetsplatsnära insatser innebär <sup>b</sup>	4 (16)	6 (24)	15 (60)
Ersättningssystem <sup>a</sup>	12 (50)	5 (21)	7 (29)
Avsaknad av hjälpmedel (text patientinformation, checklistor, beslutsstöd) <sup>a</sup>	3 (13)	9 (37)	12 (50)
Arbetet med arbetsplatsnära insatser har låg prioritet <sup>b</sup>	3 (12)	5 (20)	17 (68)
Otydlig ansvarsfördelning <sup>a</sup>	3 (12)	6 (25)	15 (63)
Brister i uppföljningssystem <sup>b</sup>	5 (20)	4 (16)	16 (64)
Upplever inga svårigheter <sup>c</sup>	12 (67)	5 (28)	1 (5)

<sup>a</sup> n = 24, bortfall = 6; <sup>b</sup> n = 25, bortfall = 5; <sup>c</sup> n = 18, bortfall = 12.

## Verksamhetsnivå

I följande avsnitt redovisas resultat utifrån verksamhetsnivå, det vill säga behandlarnas perspektiv på införandet av arbetsplatsnära insatser inom rehabiliteringsgarantin. Svaren redovisas uppdelade på två grupper av behandlare: (1) KBT/IPT behandlares uppfattningar om arbetsplatsnära insatser vid lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa samt (2) MMR-behandlares uppfattningar om arbetsplatsnära insatser vid långvarig smärta. Enkäten skickades till 808 personer som arbetar med KBT/IPT eller MMR inom ramen för rehabiliteringsgarantin i fem landsting. Enkäten besvarades av 580 personer, vilket ger en svarsfrekvens på 72 %.

### **KBT/IPT behandlares uppfattningar om arbetsplatsnära insatser vid lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa**

Av alla behandlare som besvarade enkäten arbetade 348 behandlare (61 %) inom KBT/IPT. För information om deltagarnas ålder, kön, profession, arbetsgivare (offentlig/privat), vårdnivå och deras patienters arbetsstatus, se tabell 8.

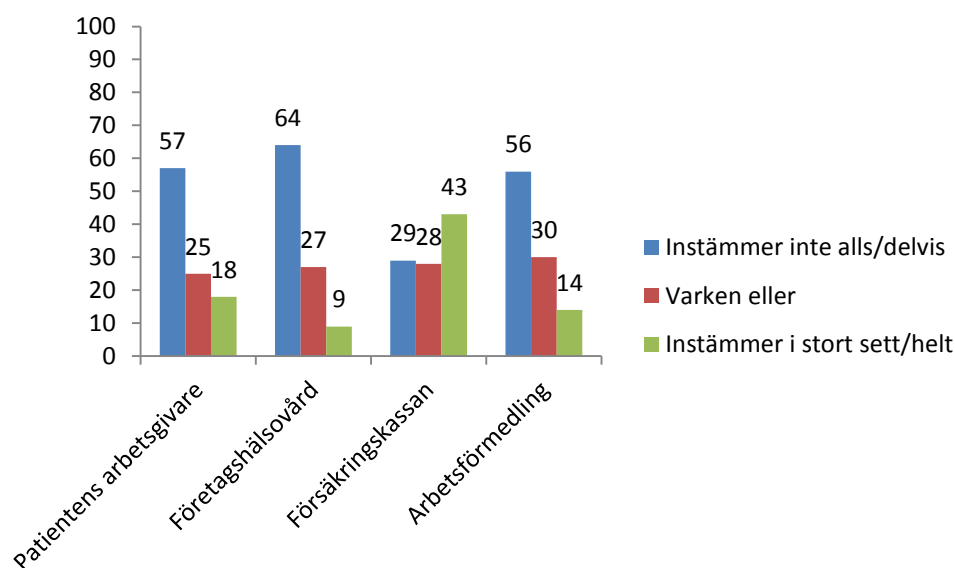
Här redovisas vidare i vilken utsträckning behandlare har tillgång till rutiner, metoder och stödverktyg samt hindrande och underlättande faktorer för deras kliniska arbete med arbetsplatsnära insatser.

**Tabell 8.** Information om deltagarnas bakgrund.

<b>Bakgrundsvariabel</b>	<b>Behandlare KBT/IPT antal (%)</b>
<b>Ålder (n=345)</b>	
20-30 år	25 (7)
31-50 år	155 (45)
51 år eller äldre	165 (47)
<b>Kön (n=345)</b>	
Kvinna	277 (80)
Man	68 (20)
<b>Arbetsgivare (n=347)</b>	
Offentlig	126 (36)
Privat	221 (64)
<b>Vårdnivå (n=340)</b>	
Primärvård	285 (84)
Specialistvård	55 (16)
<b>Profession (n=348)</b>	
Psykolog	166 (48)
Rehabsamordnare/rehabkoordinator	2 (1)
Sjukgymnast	6 (2)
Sjuksköterska	13 (4)
Leg psykoterapeut	37 (11)
Beteendevetare/KBT- terapeut/ psykoterapeut steg 1	37 (11)
Skötare psykiatrisk vård	1 (0,5)
Socionom/kurator	66 (19)
Läkare	4 (1)
Arbetsterapeut	4 (1)
Annan	12 (3)
<b>Patienter arbetsstatus (n=333)</b>	
Anställda, ej sjukskrivna	161 (48)
Sjukskriva mindre än 8 veckor	95 (27)
Sjukskrivna 8 veckor eller längre	75 (22)
Arbetssökande	2 (0,5)

Rehabiliteringsgarantins primära mål är att öka återgång i arbete samt att förebygga sjukfrånvaro. Av den senaste överenskommelsen mellan SKL och staten om en rehabiliteringsgaranti framgår att hälso- och sjukvården, om patienten ger sitt samtycke, ska ta initiativ till kontakt med patientens arbetsgivare, eller andra aktörer såsom företagshälsovård, Försäkringskassan och/eller Arbetsförmedlingen för att möjliggöra anpassningar på arbetsplatsen eller arbetslivsinriktad rehabilitering. I enkäten fick deltagarna ta ställning till i vilken utsträckning det vid deras respektive vårdenheter tas kontakt med patienternas arbetsgivare, företagshälsovård, Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen (se figur 4). Som framgår av figuren är det mindre än 20 % av behandlarna som instämmer i stort sett/helt i att de tar kontakt med dessa aktörer för att möjliggöra anpassningar av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering. Däremot är det drygt 40 % som instämmer i stort sett/helt i att de vid vårdenheten kontaktar Försäkringskassan.





**Figur 4.** Information i frekvensen om i vilken utsträckning behandlarnas vårdenheter tar kontakt med patientens arbetsgivare, företagshälsovård, Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering. Totalt n=348 (patientens arbetsgivare, n = 310, bortfall = 38; företagshälsovård, n = 303, bortfall = 45; Försäkringskassan, n = 311, bortfall = 37; Arbetsförmedlingen, n = 315, bortfall = 33).

### **Kontakt och samverkan med patienter och arbetsgivare**

Deltagarna har i enkäten fått ta ställning till påståenden om arbetsrelaterade inslag i behandlingen samt samverkan med arbetsgivare. Nära 90 % (n = 285) av behandlarna svarade att de ofta/alltid diskuterade arbetsrelaterade problem (till exempel patienters arbetsrelaterade hinder/förutsättningar för att stanna kvar/återgå i arbete) med sina patienter. Dessutom instämde 42 % av behandlarna att patienter vill diskutera arbetsplatsnära insatser (se tabell 9). I påståendet om rehabiliteringen skulle underlättas om behandlare eller patienter tog kontakt med arbetsgivare instämde 25 % av behandlarna i stort sett/helt i att rehabiliteringen skulle underlättas, jämfört med 68 % av behandlarna som att de instämde i stort sett/helt i att det var viktigt att patienten tog kontakt direkt med arbetsgivaren för att underlätta rehabiliteringen. Fyrtiofem procent av behandlarna svarade varken eller på påståendet om deras patienter är överlag positivt inställda till arbetsplatsnära insatser.

**Tabell 9.** Information om respondenternas uppfattningar om i vilken utsträckning arbetsrelaterade problem diskuteras.

	Instämmer inte alls/delvis antal (%)	Varken eller antal (%)	Instämmer i stort sett/helt antal (%)
För att underlätta rehabiliteringen är det viktigt att jag tar kontakt direkt med arbetsgivaren <sup>a</sup>	132 (45)	86 (30)	74 (25)
För att underlätta rehabiliteringen är det viktigt att patienten tar kontakt direkt med arbetsgivaren <sup>b</sup>	29 (10)	66 (22)	199 (68)
Patienter vill diskutera arbetsplatsnära insatser med mig <sup>c</sup>	73 (25)	99 (33)	123 (42)
Mina patienter är överlag positivt inställda till arbetsplatsnära insatser <sup>d</sup>	60 (21)	129 (45)	97 (34)

<sup>a</sup> n = 292, bortfall = 56; <sup>b</sup> n = 294, bortfall = 54; <sup>c</sup> n = 295, bortfall = 53; <sup>d</sup> n = 286, bortfall = 62

## **Rutiner, metoder och stödverktyg som används för att stödja tillämpningen av arbetsplatsnära insatser**

KBT/IPT med inslag av arbetsplatsnära insatser bör betraktas som komplexa interventioner. Införandet av nya arbetsmetoder som innehåller sådana inslag kan införas genom att funktioner, exempelvis stödverktyg som utbildning, rutiner och/eller riktlinjer finns att tillgå för att möta de eventuella hinder som kan uppstå under en implementeringsprocess. I det här fallet fick behandlare som ska utföra insatsen ta ställning till påståenden om funktioner som är avsedda att stödja tillämpningen av arbetsplatsnära insatser. Av tabell 10 framgår att 85 % av behandlarna inte alls/delvis instämde i att de vid deras vårdenhet har erbjudits utbildning i arbetsplatsnära insatser. Runt 70 % av behandlarna instämde inte alls/delvis i att det vid vårdenheten fanns tillgång till rutiner och/eller riktlinjer för arbetsplatsnära insatser, samma andel instämde i stort sett/helt i att det finns rutiner och/eller riktlinjer för uppföljning. Dessutom svarade 66 % att de inte instämde alls/delvis i att det finns formellt utsedd personal vid deras vårdenhet som har ansvar för arbetsplatsnära insatser.

**Tabell 10.** Beskrivning av i vilken utsträckning respondenterna har tillgång till stödfunktioner vid deras vårdenhet.

	Instämmer inte alls/delvis antal (%)	Varken eller antal (%)	Instämmer i stort sett/helt antal (%)
Vid min vårdenhet erbjuds utbildning i arbetsplatsnära insatser <sup>a</sup>	267 (85)	32 (10)	14 (5)
Vid min vårdenhet finns rutiner och/eller riktlinjer för arbetsplatsnära insatser <sup>b</sup>	213 (68)	67 (22)	32 (10)
Vid min vårdenhet finns rutiner och/eller riktlinjer för uppföljning av arbetsplatsnära insatser <sup>c</sup>	216 (70)	63 (20)	31 (10)
Vid min vårdenhet finns formellt utsedd personal med ansvar för arbetsplatsnära insatser <sup>c</sup>	204 (66)	36 (12)	70 (22)

<sup>a</sup> n = 313, bortfall = 35; <sup>b</sup> n = 312, bortfall = 36; <sup>c</sup> n = 310, bortfall = 38.

## **Stöd från chef för att tillämpa arbetsplatsnära insatser**

Stöd från chef, i synnerhet från närmaste chef, är en välkänd underlättande faktor vid införande av nya arbetsmetoder. Deltagarna fick därför ta ställning till tre påståenden som belyser olika aspekter av stöd från närmaste chef, exempelvis att den närmaste chefen frågar behandlaren hur arbetet med arbetsplatsnära insatser går, eller att chefen förmedlar varför insatsen är viktig att arbeta med. Sjuttiofem procent av behandlarna instämde inte alls/delvis i att deras närmaste chef frågar hur deras arbete med arbetsplatsnära insatser går, och 70 % instämde inte alls/delvis i att deras närmaste chef förmedlar varför det är viktigt att arbeta med arbetsplatsnära insatser. Ungefär 60 % instämmer inte alls/delvis i att deras närmaste chef förväntar sig att de arbetar med arbetsplatsnära insatser. Se tabell 11 för ytterligare information.

**Tabell 11.** Information om respondenternas uppfattningar om stöd från närmaste chef.

	Instämmer inte alls/delvis antal (%)	Varken eller antal (%)	Instämmer i stort sett/helt antal (%)
Min närmaste chef frågar hur mitt arbete med arbetsplatsnära insatser går <sup>a</sup>	216 (75)	36 (13)	34 (12)
Min närmaste chef förmedlar varför det är viktigt att arbeta med arbetsplatsnära insatser <sup>b</sup>	199 (70)	45 (16)	41 (14)
Min närmaste chef förväntar sig att jag arbetar med arbetsplatsnära insatser <sup>c</sup>	172 (61)	60 (21)	52 (18)

<sup>a</sup> n = 286, bortfall = 62; <sup>b</sup> n = 285, bortfall = 63; <sup>c</sup> n = 284, bortfall = 64.

### **Kunskap och motivation för att arbeta med arbetsplatsnära insatser**

Enkäten innehöll påståenden relaterade till behandlarnas kunskaper om arbetsplatsnära insatser och deras motivation för insatsen. Ungefär hälften av de som har svarat har angivit att de instämmer i stort sett/helt i att de är motiverade till att arbeta med arbetsplatsnära insatser (57 %) samt att det vid vårdenheten finns kompetens för att arbeta med arbetsplatsnära insatser (49 %). Trettionio procent av behandlarna instämmer i stort sett/helt i att det ligger i deras uppdrag som behandlare att arbeta med arbetsplatsnära insatser. När det gäller om behandlarna skattar sina kunskaper om arbetsplatsnära insatser som tillräckliga, samt hur den enskilde behandlaren ska tillämpa sina kunskaper angav 44 % av behandlarna att de inte alls/delvis instämde. Fyrtiotre procent av behandlarna instämde inte alls/delvis i att det finns tillfälle att diskutera hur de ska överkomma hinder som uppstår i samband med arbetsplatsnära insatser. Se tabell 12 för ytterligare information.

**Tabell 12.** Respondenternas inställning till sin kunskap om, motivation för arbetsplatsnära insatser och vårdenhetens kompetens för att arbeta med arbetsplatsnära insatser.

	Instämmer inte alls/delvis antal (%)	Varken eller antal (%)	Instämmer i stort sett/helt antal (%)
Jag har tillräckliga kunskaper om arbetsplatsnära insatser och hur jag ska tillämpa dessa <sup>a</sup>	130 (44)	87 (30)	75 (26)
Jag är motiverad till att arbeta med arbetsplatsnära insatser <sup>b</sup>	52 (18)	74 (25)	167 (57)
Vid min vårdenhet finns kompetens för arbetsplatsnära insatser <sup>c</sup>	68 (23)	81 (28)	145 (49)
Det ligger i vårt uppdrag som behandlare att arbeta med arbetsplatsnära insatser <sup>d</sup>	70 (24)	108 (37)	113 (39)
Jag kan påverka hur vi på min vårdenhet arbetar med arbetsplatsnära insatser <sup>e</sup>	85 (29)	94 (33)	110 (38)
Det finns tillfällen att diskutera hur vi ska överkomma hinder som uppstår i samband med arbetsplatsnära insatser <sup>f</sup>	126 (43)	81 (28)	84 (29)

<sup>a</sup> n = 292, bortfall = 56; <sup>b</sup> n = 292, bortfall = 55; <sup>c</sup> n = 294, bortfall = 54; <sup>d</sup> n = 291, bortfall = 57; <sup>e</sup> n = 289, bortfall = 59; <sup>f</sup> n = 291, bortfall = 57.

## **Underlättande och hindrande faktorer för arbetsplatsnära insatser**

Behandlarna fick i enkäten ta ställning till påstående som handlar om faktorer som de upplevde underlätta deras arbete med att införa arbetsplatsnära insatser. I påståendet om att arbetsplatsnära insatser överensstämmer med vårdenhetens mål var det 43 % av behandlarna som instämde i stort sett/helt i att detta underlättar deras arbete med arbetsplatsnära insatser. Vidare instämde ungefär 50 % av behandlarna i stort sett/helt i att följande faktorer underlättar deras arbete med arbetsplatsnära insatser: vana vid att arbeta med nya arbetsmetoder (49 %), formellt utsedd personal med ansvar för arbetsplatsnära insatser (47 %), en tydligt formulerad målsättning från landstinget (50 %) samt stöd från arbetskamrater (49 %). Se tabell 13 för ytterligare information.

**Tabell 13.** Information om respondenternas svar om underlättande faktorer för deras arbete med arbetsplatsnära insatser.

	Instämmer inte alls/delvis antal (%)	Varken eller antal (%)	Instämmer i stort sett/helt antal (%)
Arbetsplatsnära insatser överensstämmer med vårdenhetens mål <sup>a</sup>	56 (20)	103 (37)	121 (43)
Ersättningsystem inom rehabiliteringsgarantin <sup>a</sup>	111 (40)	84 (30)	85 (30)
Rutiner och/eller riktlinjer <sup>b</sup>	74 (26)	98 (35)	109 (39)
Utbildning i arbetsplatsnära insatser <sup>c</sup>	99 (35)	75 (27)	108 (38)
Vana att arbeta med nya arbetsmetoder <sup>d</sup>	45 (16)	96 (35)	137 (49)
Formellt utsedd personal som har ansvar för arbetsplatsnära insatser <sup>e</sup>	88 (31)	61 (22)	134 (47)
Tydligt formulerad målsättning från landstinget <sup>b</sup>	74 (26)	68 (24)	139 (50)
Stöd från arbetskamrater <sup>b</sup>	49 (17)	84 (30)	148 (53)

<sup>a</sup> n = 280; bortfall = 68; <sup>b</sup> n = 281, bortfall = 67; <sup>c</sup> n = 282, bortfall = 66; <sup>d</sup> n = 278, bortfall = 70; <sup>e</sup> n = 283, bortfall = 65.

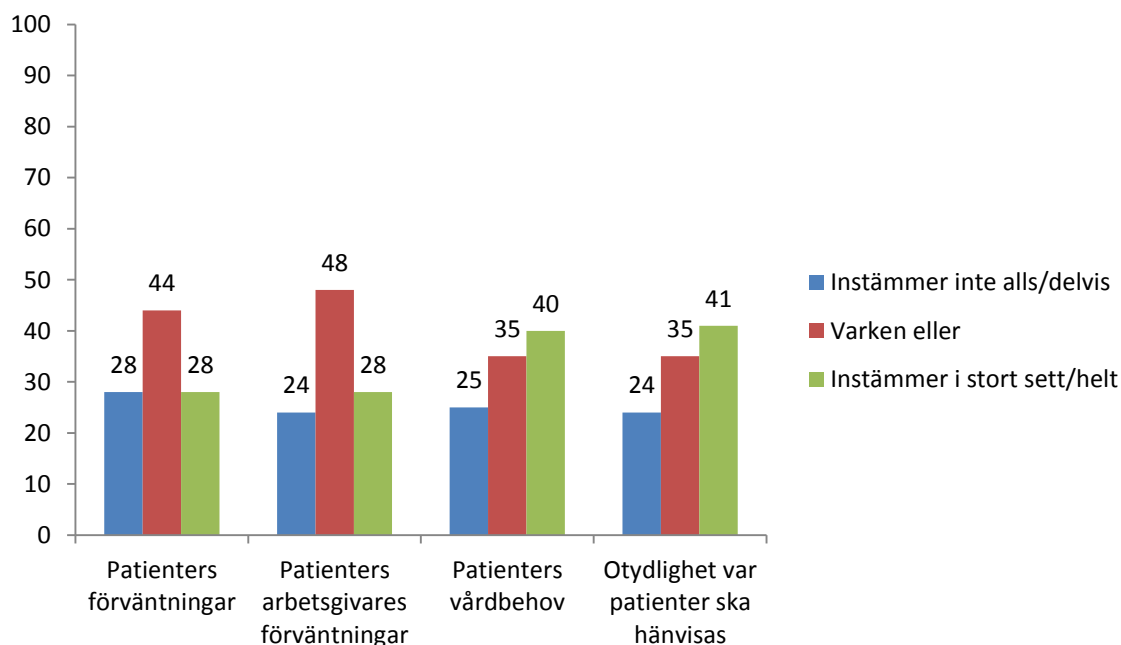
Behandlarna fick även ta ställning till påståenden som belyste hindrande faktorer som behandlare upplevde försvåra deras arbete med arbetsplatsnära insatser. Av behandlarna instämde 50 % inte alls/delvis i att arbetsplatsnära insatser försvåras för att dessa kolliderar med organisationens mål och befintliga rutiner. Fyrtioen procent av behandlarna instämde i stort sätt/helt att låg kännedom om innehållet i arbetsplatsnära insatser bland behandlare försvårar arbetet med arbetsplatsnära insatser. Bland behandlarna upplevde 51 % att otydlighet i vad arbetsplatsnära insatser innebär försvårar deras arbete med att införa insatserna. Bristande ämneskunskaper om arbetsplatsnära insatser som en försvårande faktor för arbete med arbetsplatsnära insatser rapporterades av 45 % av behandlarna. Fyrtio procent av behandlarna instämde i stort sett/helt i att otydlig ansvarsfördelning försvårade arbetet med arbetsplatsnära insatser (se tabell 14).

**Tabell 14.** Deltagarnas svar angående försvårande faktorer för arbetet med arbetsplatsnära insatser.

	Instämmer inte alls/delvis antal (%)	Varken eller antal (%)	Instämmer i stort sett/helt antal (%)
Kollision med organisationens mål <sup>a</sup>	138 (50)	87 (32)	49 (18)
Kollision med befintliga rutiner <sup>b</sup>	107 (39)	88 (32)	80 (29)
Arbetet med arbetsplatsnära insatser har låg prioritet <sup>c</sup>	72 (27)	102 (38)	94 (35)
Låg kännedom om arbetsplatsnära insatser i arbetsgruppen <sup>a</sup>	83 (30)	79 (29)	112 (41)
Arbetsplatsnära insatser är svåra att tillämpa <sup>d</sup>	72 (27)	95 (35)	104 (38)
Otydlighet i vad arbetsplatsnära insatser innebär <sup>a</sup>	51 (19)	83 (30)	140 (51)
Bristande ämneskunskaper om arbetsplatsnära insatser <sup>e</sup>	54 (20)	96 (35)	123 (45)
Avsaknad av hjälpmedel t.ex. patientinformation och checklistor <sup>f</sup>	76 (28)	89 (33)	104 (39)
Otydlig ansvarsfördelning <sup>g</sup>	69 (25)	94 (35)	109 (40)
Journalssystem/dokumentation av arbetsplatsnära insatser <sup>h</sup>	117 (43)	98 (36)	55 (20)
Brister i uppföljningssystem <sup>i</sup>	80 (30)	95 (36)	92 (34)

<sup>a</sup> n = 274, bortfall = 74; <sup>b</sup> n = 275, bortfall = 73; <sup>c</sup> n = 268, bortfall = 80; <sup>d</sup> n = 271, bortfall = 77; <sup>e</sup> n = 273, bortfall = 75; <sup>f</sup> n = 269, bortfall = 79; <sup>g</sup> n = 272, bortfall = 76; <sup>h</sup> n = 270, bortfall = 78; <sup>i</sup> n = 267, bortfall = 81.

Fyra påståenden i enkäten handlade om försvårande faktorer i relation till patienters förväntningar (se figur 5). Gällande patienters förväntningar och patienters vårdbehov angav 40 % av behandlarna att patienters arbetsgivares förväntningar och åsikter, och 41 % att otydlighet i var patienter ska hänvisas, försvårar deras arbete med arbetsplatsnära insatser.



**Figur 5.** Respondenternas inställning till försvårande faktorer för deras arbete med arbetsplatsnära insatser. Faktorer med anknytning till patienters förväntningar och vårdbehov, patienters arbetsgivares förväntningar samt otydlighet var patienter ska hänvisas. Totalt n=348 (patientens förväntningar, n = 269, bortfall = 79; patienters vårdbehov, n = 272, bortfall = 76; patienters arbetsgivares förväntningar, n = 275, bortfall = 73; otydlighet var patienter ska hänvisas, n = 271, bortfall = 77).

## **MMR-behandlares uppfattningar om arbetsplatsnära insatser vid långvarig smärta**

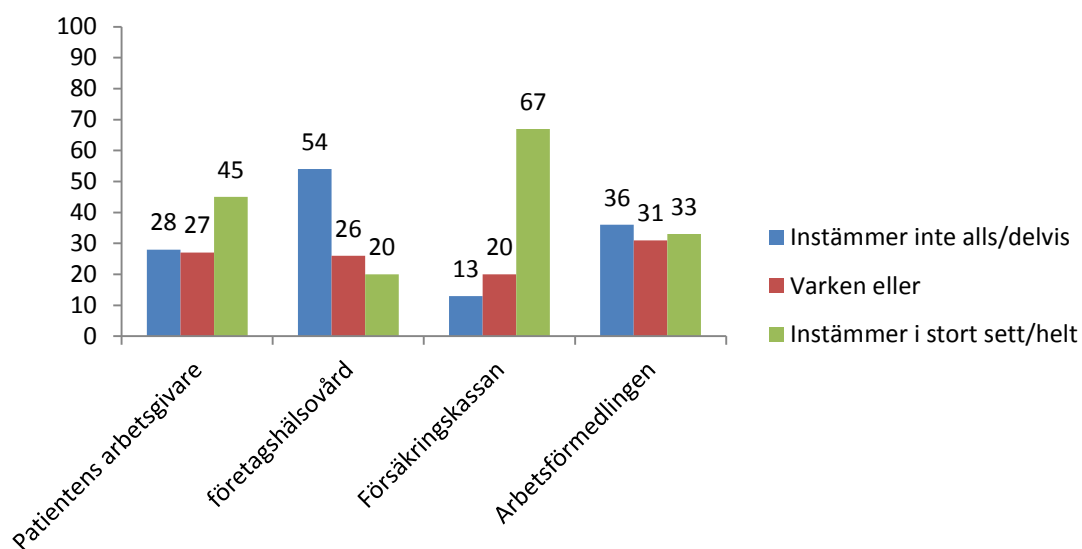
Av alla behandlare som besvarade enkäten arbetade 220 behandlare (38 %) inom multimodal rehabilitering, MMR. För information om deltagarnas ålder, kön, arbetsgivare (offentlig/privat), vårdnivå, profession och deras patienters arbetsstatus, se tabell 15. I följande avsnitt redovisas resultat över tillämpningen av komponenten arbetsplatsnära insatser i MMR. De personer som har besvarat enkäten arbetar med insatser vid långvarig smärta inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

**Tabell 15.** Information om deltagarnas bakgrund.

<b>Bakgrundsvariabel</b>	<b>Behandlare MMR antal (%)</b>
<b>Ålder (n=219)</b>	
20-30 år	21 (10)
31-50 år	101 (46)
51 år eller äldre	97 (44)
<b>Kön (n=219)</b>	
Kvinna	183 (84)
Man	36 (16)
<b>Arbetsgivare (n=219)</b>	
Offentlig	122 (56)
Privat	97 (44)
<b>Vårdnivå (n=216)</b>	
Primärvård	118 (55)
Specialistvård	98 (45)
<b>Profession (n=220)</b>	
Psykolog	19 (9)
Rehabsamordnare/rehabkoordinator	13 (6)
Sjukgymnast	75 (34)
Sjuksköterska	9 (4)
Socionom/kurator	10 (5)
Läkare	29 (13)
Arbetsterapeut	42 (19)
Leg psykoterapeut	1 (0,5)
Beteendevetare/KBT- terapeut/ psykoterapeut steg 1	1 (0.5)
Annan	21 (10)
<b>Patienter arbetsstatus (n=207)</b>	
Anställda, ej sjukskrivna	20 (10)
Sjukskriva mindre än 8 veckor	21 (10)
Sjukskrivna 8 veckor eller längre	161 (78)
Arbetsökande	5 (2)

## Tillämpning av arbetsplatsnära insatser vid/inom vårdenheter

Av den senaste överenskommelsen mellan SKL och staten om en rehabiliteringsgaranti framgår att hälso- och sjukvården, om patienten ger sitt samtycke, ska ta initiativ till kontakt med patientens arbetsgivare, eller andra aktörer såsom företagshälsovården, Försäkringskassan och/eller Arbetsförmedlingen. Syftet är att möjliggöra anpassningar på arbetsplatsen eller arbetslivsinriktad rehabilitering, för att förbättra den sjukskrivnes möjligheter att komma tillbaka i arbete. I enkäten fick deltagarna ta ställning till i vilken utsträckning det vid deras respektive vårdenheter tas kontakt med patienternas arbetsgivare, företagshälsovård, Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen (figur 6). Som framgår av figuren är det 45 % av behandlarna som instämde i stort sett/helt i att de tar kontakt med arbetsgivare, 20 % instämde i stort sett/helt i att de kontaktar patientens företagshälsovård. Behandlarna angav vidare att de instämde i stort sett/helt i att de tar kontakt med Försäkringskassan (67 %). Kontakt med Arbetsförmedlingen förekom i lägre utsträckning, 33 % av behandlarna instämde i stort sett/helt i att de kontaktade arbetsförmedlingen för att möjliggöra arbetslivsinriktad rehabilitering.



**Figur 6.** Information om i vilken utsträckning behandlarnas vårdenheter tar kontakt med patientens arbetsgivare, företagshälsovård, Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Totalt n=220 (patientens arbetsgivare, n = 200, bortfall = 20; företagshälsovård, n = 194, bortfall = 26; Försäkringskassan, n = 200, bortfall = 20; Arbetsförmedlingen, n = 199, bortfall = 21).

## Kontakt och samverkan med patienter och arbetsgivare

Deltagarna har i enkäten fått ta ställning till påståenden om arbetsrelaterade inslag i behandlingen samt samverkan med arbetsgivare. Drygt 90 % av behandlarna svarade att de ofta/alltid diskuterar arbetsrelaterade problem (till exempel patientens arbetsrelaterade hinder/förutsättningar för att stanna kvar/återgå i arbete) med sina patienter. Dessutom instämde 55 % av behandlarna i stort sett/helt i att patienter vill diskutera arbetsplatsnära insatser med dem (tabell 16). Detta var ett inslag i behandlingen som rapporterades i högre utsträckning jämfört med att det var viktigt att MMR-teamet tog kontakt direkt med arbetsgivaren för att underlätta rehabiliteringen. Trettiofyra procent av behandlarna instämde i stort sett/helt i att rehabiliteringen skulle underlättas om MMR-teamet tog kontakt direkt med patientens arbetsgivare. Vidare angav 77 % av behandlarna att de instämde i stort sett/helt i att

det var viktigt att patienten tog kontakt direkt med arbetsgivaren för att underlätta rehabiliteringen.

**Tabell 16.** Information om respondenternas uppfattningar om i vilken utsträckning arbetsrelaterade problem diskuteras.

	Instämmer inte alls/delvis antal (%)	Varken eller antal (%)	Instämmer i stort sett/helt antal (%)
För att underlätta rehabiliteringen är det viktigt att MMR-teamet tar kontakt direkt med arbetsgivaren <sup>a</sup>	62 (33)	63 (33.5)	63 (33.5)
För att underlätta rehabiliteringen är det viktigt att patienten tar kontakt direkt med arbetsgivaren <sup>a</sup>	9 (5)	34 (18)	145 (77)
Patienter vill diskutera arbetsplatsnära insatser med mig <sup>a</sup>	34 (18)	51 (27)	103 (55)
Mina patienter är överlag positivt inställda till arbetsplatsnära insatser <sup>b</sup>	19 (10)	67 (35)	103 (55)

<sup>a</sup> n = 188, bortfall = 32; <sup>b</sup> n = 189, bortfall = 31.

### **Rutiner, metoder och stödverktyg som används för att stödja tillämpningen av arbetsplatsnära insatser**

Arbetsmetoder som innehåller flera inslag, i likhet med MMR, kan införas genom att funktioner, exempelvis stödverktyg som utbildning, rutiner och/eller riktlinjer finns att tillgå för att möta de eventuella hinder som kan uppstå under en implementeringsprocess. I det här fallet fick behandlare som ska utföra insatsen ta ställning till påståenden om funktioner som är avsedda att stödja tillämpningen av arbetsplatsnära insatser inom MMR. Av tabell 17 framgår att 60 % av behandlarna inte alls/delvis instämde i att det vid deras vårdenhet har erbjudits utbildning i arbetsplatsnära insatser. Av behandlarna var det 39 % som inte instämde alls/delvis i att det vid vårdenheten fanns tillgång till rutiner och/eller riktlinjer för arbetsplatsnära insatser och 50 % att det fanns rutiner och/eller riktlinjer för uppföljning. Bland behandlarna har 49 % angivit att det finns formellt utsedd personal vid deras vårdenhet som har ansvar för arbetsplatsnära insatser.

**Tabell 17.** Beskrivning av i vilken utsträckning respondenterna upplever rutiner, metoder, stödverktyg från sin vårdenhet.

	Instämmer inte alls/delvis antal (%)	Varken eller antal (%)	Instämmer i stort sett/helt antal (%)
Vid min vårdenhet erbjuds utbildning i arbetsplatsnära insatser <sup>a</sup>	117 (60)	37 (19)	42 (21)
Vid min vårdenhet finns rutiner och/eller riktlinjer för arbetsplatsnära insatser <sup>b</sup>	77 (39)	46 (24)	72 (37)
Vid min vårdenhet finns rutiner och/eller riktlinjer för uppföljning av arbetsplatsnära insatser <sup>c</sup>	98 (50)	40 (20)	60 (30)
Vid min vårdenhet finns formellt utsedd personal med ansvar för arbetsplatsnära insatser <sup>b</sup>	71 (36)	29 (15)	95 (49)

<sup>a</sup> n = 196, bortfall = 24; <sup>b</sup> n = 195, bortfall = 25; <sup>c</sup> n = 198, bortfall = 22.



## **Stöd från chef för att tillämpa arbetsplatsnära insatser**

Stöd från närmaste chef är en välkänd underlättande faktor vid införande av nya arbetsmetoder. Deltagarna fick därför ta ställning till tre påståenden som belyser olika aspekter av stöd från närmaste chef. Femtiofem procent av behandlarna instämde inte alls/delvis i att deras närmaste chef frågar hur arbetet med arbetsplatsnära insatser går, och 51 % instämde inte alls/delvis i att deras chef förmedlar varför det är viktigt att arbeta med arbetsplatsnära insatser. Fyrtiofyra procent instämde inte alls/delvis i att deras närmaste chef förväntade sig att behandlarna arbetar med arbetsplatsnära insatser. Se tabell 18 för ytterligare information.

**Tabell 18.** Information om respondenternas uppfattningar om stöd från närmaste chef.

	Instämmer inte alls/delvis antal (%)	Varken eller antal (%)	Instämmer i stort sett/helt antal (%)
Min närmaste chef frågar hur mitt arbete med arbetsplatsnära insatser går <sup>a</sup>	101 (55)	30 (16)	53 (29)
Min närmaste chef förmedlar varför det är viktigt att arbeta med arbetsplatsnära insatser <sup>b</sup>	94 (51)	26 (14)	63 (35)
Min närmaste chef förväntar sig att jag arbetar med arbetsplatsnära insatser <sup>b</sup>	80 (44)	29 (16)	74 (40)

<sup>a</sup> n = 184, bortfall = 36; <sup>b</sup> n = 183, bortfall = 37.

## **Kunskap och motivation för att arbeta med arbetsplatsnära insatser**

Enkäten innehöll påståenden relaterade till behandlarnas kunskaper om arbetsplatsnära insatser och deras motivation för insatsen. Respondenterna har fått skatta sina kunskaper om arbetsplatsnära insatser och hur dessa ska tillämpas. Svaren är relativt jämnt fördelade mellan svarsalternativen (se tabell 19). Bland respondenterna var det 75 % som instämde i stort sett/helt i att de var motiverade till att arbeta med arbetsplatsnära insatser. En något lägre andel (71 %) angav att det vid deras vårdenheter finns kompetens för att arbeta med insatsen. 64 % av respondenterna har instämt i stort sett/helt i att arbetsplatsnära insatser ligger i deras uppdrag. Femtiofem procent av behandlarna instämde i stort sett/helt i att det finns tillfällen att diskutera hur de ska överkomma hinder som uppstår i samband med arbetsplatsnära insatser och 54 % att de kan påverka hur de vid deras vårdenhet arbetar med arbetsplatsnära insatser. Se tabell 19 för ytterligare information.

**Tabell 19.** Respondenternas inställning till sin kunskap och motivation för arbetsplatsnära insatser och vårdenheters kompetens för att arbeta med arbetsplatsnära insatser.

	Instämmer inte alls/delvis antal (%)	Varken eller antal (%)	Instämmer i stort sett/helt antal (%)
Jag har tillräckliga kunskaper om arbetsplatsnära insatser och hur jag ska tillämpa dessa <sup>a</sup>	57 (30)	53 (28)	78 (42)
Jag är motiverad till att arbeta med arbetsplatsnära insatser <sup>a</sup>	16 (9)	31 (16)	141 (75)
Vid min vårdenhet finns kompetens för arbetsplatsnära insatser <sup>b</sup>	21 (11)	34 (18)	135 (71)
Det ligger i vårt uppdrag som behandlare att arbeta med arbetsplatsnära insatser <sup>a</sup>	30 (16)	38 (20)	120 (64)
Jag kan påverka hur vi på min vårdenhet arbetar med arbetsplatsnära insatser <sup>c</sup>	45 (24)	41 (22)	101 (54)
Det finns tillfällen att diskutera hur vi ska överkomma hinder som uppstår i samband med arbetsplatsnära insatser <sup>d</sup>	49 (26)	35 (19)	101 (55)

<sup>a</sup> n = 188, bortfall = 32; <sup>b</sup> n = 190, bortfall = 30; <sup>c</sup> n = 187, bortfall = 33, <sup>d</sup> n = 185, bortfall = 35.

### **Underlättande och hindrande faktorer som påverkar tillämpningen av arbetsplatsnära insatser**

Behandlarna fick i enkäten ta ställning till påståenden som handlar om faktorer som de upplever underlättar deras arbete med arbetsplatsnära insatser. I påståendet om att arbetsplatsnära insatser överensstämmer med vårdenhetens mål var det 60 % av respondenterna som instämde i stort sett/helt att detta underlättade deras arbete med arbetsplatsnära insatser. Vidare instämde ungefär 67 % av behandlarna i stort sett/helt i att följande faktorer underlättade deras arbete med arbetsplatsnära insatser: vana att arbeta med nya arbetsmetoder (67 %) och formellt utsedd personal med ansvar för arbetsplatsnära insatser (68 %). För 76 % av respondenterna var även stöd från arbetskamrater en underlättande faktor för att arbeta med arbetsplatsnära insatser. Se tabell 20.

**Tabell 20.** Information om respondenternas svar om underlättande faktorer för deras arbete med arbetsplatsnära insatser.

	Instämmer inte alls/delvis antal (%)	Varken eller antal (%)	Instämmer i stort sett/helt antal (%)
Arbetsplatsnära insatser överensstämmer med vårdenhetens mål <sup>a</sup>	29 (16)	44 (24)	110 (60)
Ersättningssystem inom rehabiliteringsgarantin <sup>b</sup>	64 (35)	45 (25)	73 (40)
Rutiner och/eller riktlinjer <sup>a</sup>	40 (22)	46 (25)	97 (53)
Utbildning i arbetsplatsnära insatser <sup>b</sup>	44 (24)	40 (22)	98 (54)
Vana att arbeta med nya arbetsmetoder <sup>a</sup>	14 (8)	47 (25)	122 (67)
Formellt utsedd personal som har ansvar för arbetsplatsnära insatser <sup>b</sup>	30 (16)	29 (16)	123 (68)
Tydligt formulerad målsättning från landstinget <sup>c</sup>	37 (20)	41 (23)	103 (57)
Stöd från arbetskamrater <sup>a</sup>	13 (7)	31 (17)	139 (76)

<sup>a</sup> n = 183, bortfall = 37; <sup>b</sup> n = 182, bortfall = 38; <sup>c</sup> n = 181, bortfall = 39.

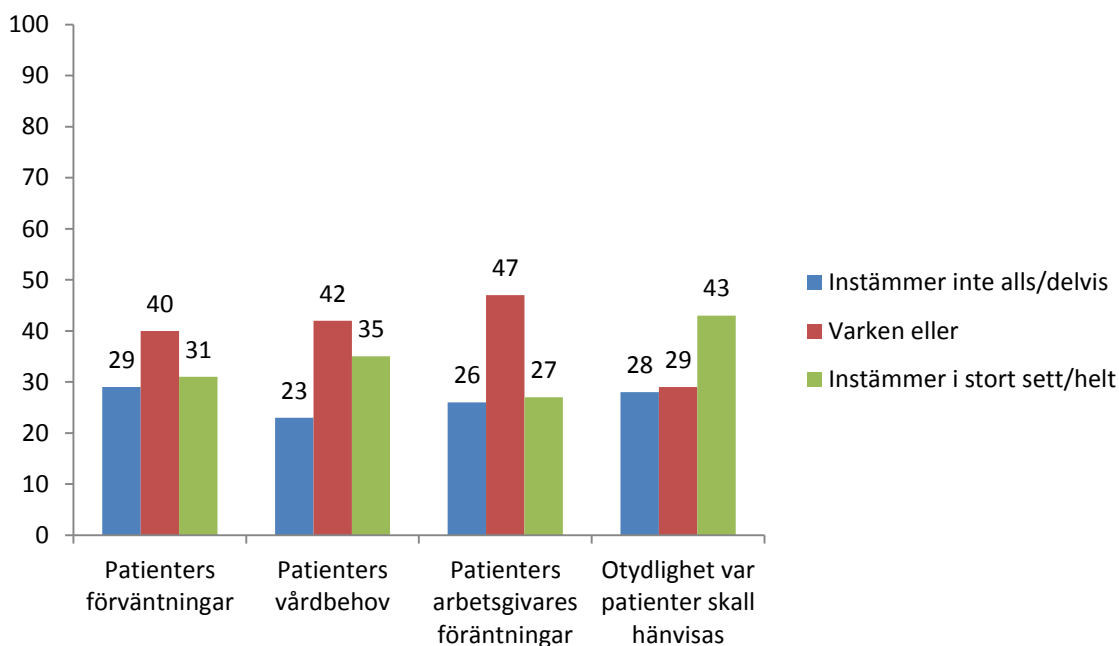
Behandlarna fick även ta ställning till påståenden som belyste faktorer som försvårar deras arbete med arbetsplatsnära insatser. Av behandlarna var det 52 % som inte alls/delvis instämde i att arbetsplatsnära insatser försvåras av att dessa står i kollision med organisationens mål. Bland behandlarna upplevde 37 % att otydlighet i vad arbetsplatsnära insatser innebär försvårar deras arbete med insatserna. Bristande ämneskunskaper om arbetsplatsnära insatser rapporterades av 40 % av behandlarna, som en försvårande faktor för deras arbete med arbetsplatsnära insatser. Fyrtiotre procent av behandlarna instämde inte alls/delvis i att otydlig ansvarsfördelning försvårade arbetet med arbetsplatsnära insatser (se tabell 21).

**Tabell 21.** Information om deltagarnas svar angående försvårande faktorer för deras arbete med arbetsplatsnära insatser.

	Instämmer inte alls/delvis antal (%)	Varken eller antal (%)	Instämmer i stort sett/helt antal (%)
Kollision med organisationens mål <sup>a</sup>	94 (52)	47 (26)	39 (22)
Kollision med befintliga rutiner <sup>b</sup>	74 (41)	48 (26)	59 (33)
Arbetet med arbetsplatsnära insatser har låg prioritet <sup>c</sup>	73 (41)	53 (30)	51 (29)
Låg kännedom om arbetsplatsnära insatser i arbetsgruppen <sup>d</sup>	83 (46)	42 (24)	54 (30)
Arbetsplatsnära insatser är svåra att tillämpa <sup>d</sup>	64 (36)	55 (31)	60 (33)
Otydlighet i vad arbetsplatsnära insatser innebär <sup>e</sup>	51 (29)	60 (34)	67 (37)
Bristande ämneskunskaper om arbetsplatsnära insatser <sup>d</sup>	53 (29)	55 (31)	71 (40)
Avsaknad av hjälpmedel t.ex. patientinformation och checklistor <sup>d</sup>	64 (36)	59 (33)	56 (31)
Otydlig ansvarsfördelning <sup>d</sup>	77 (43)	48 (27)	54 (30)
Journalssystem/dokumentation av arbetsplatsnära insatser <sup>e</sup>	91 (51)	52 (29)	35 (20)
Brister i uppföljningssystem <sup>e</sup>	66 (37)	57 (32)	55 (31)

<sup>a</sup> n = 180, bortfall = 40; <sup>b</sup> n = 181, bortfall = 39; <sup>c</sup> n = 177, bortfall = 43; <sup>d</sup> n = 179, bortfall = 41; <sup>e</sup> n = 178, bortfall = 42.

Enkäten innehöll påståenden om försvårande faktorer i relation till patienters förväntningar och vårdbehov. Av behandlarna uppgav 43 % att otydlighet i var patienter ska hänvisas, försvårar deras arbete med arbetsplatsnära insatser. Se figur 7 för ytterligare information.



**Figur 7.** Respondenternas inställning till försvårande faktorer för deras arbete med arbetsplatsnära insatser. Faktorer med anknytning till patienters förväntningar och vårdbehov, patienters arbetsgivares förväntningar samt otydlighet var patienter ska hänvisas. Totalt n=220 (patientens förväntningar bortfall 41; patienters vårdbehov bortfall 44; patienters arbetsgivares förväntningar bortfall 42; otydlighet var patienter ska hänvisas bortfall 40).

### **Redovisning av fritextsvar**

Enkäterna till behandlare inom KBT/IPT och MMR innehöll möjlighet att lämna kommentarer i fritext. Frågan löd: Finns det andra saker som du vill lägga till eller kommentera? Av de 588 deltagare som besvarade enkäten var det 156 som lämnade kommentarer i fritext. Utifrån analysen, där innehållet i svaren kategoriserades, framkom tio kategorier. Av dessa redovisas de tre kategorier där flest deltagare hade lämnat kommentarer. Dessa är:

1. Tids- och resursbrist inverkar på möjligheterna att utföra insatserna (24 kommentarer)
2. Brist på samverkan mellan hälso- och sjukvård, arbetsgivare, företagshälsovård, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen (22 kommentarer)
3. Integritetskänsligt att kontakta arbetsgivare (16 kommentarer).

### **Tids- och resursbrist inverkar på möjligheterna att utföra insatserna**

Av deltagarna var det 24 personer som hade lämnat kommentarer som innehöll beskrivningar relaterade till tid och resurser. Sammanfattningsvis speglade kommentarerna brist på tid vilket gjorde att behandlarna inte kunde arbeta med arbetsplatsnära insatser. Brist på tid innebar att insatser som handlade om att exempelvis kommunicera med patientens arbetsgivare vid möten, eller att delta i planeringsmöten inte hanns med. Två av kommentarerna presenteras nedan:

”Tiderna finns inte för att kunna få en mer omfattande och fullständig bild på patientens arbetssituation och vad arbetsgivarens bild på det hela är. Då vi ser en fördel att både sjukgymnast och arbetsterapeut är med på t.ex. arbetsplatsbesök är det viktigt att man kan prioritera detta. I dagsläget är det svårt att få till tiden.”

”Det är oerhört svårt att hinna ta sig an det patientflöde som råder, jag är uppbokad på patientbesök nästan alla mina timmar på arbetet. Därmed väldigt svårt att hinna ringa runt och jaga arbetsgivare o d, och mail går ju inte att använda pga sekretesskäl. Svårt att hinna med helt enkelt!”

### **Brist på samverkan**

Av deltagarna hade 22 personer lämnat kommentarer som handlade om samverkan mellan olika aktörer av betydelse för patienter som är sjukskrivna. Samverkan förekommer i varierande utsträckning. Behandlare inom primärvården kommenterade att ansvaret för sjukskrivning och rehabilitering ligger hos Försäkringskassan och i viss mån arbetsgivare, och att primärvårdens uppdrag är att diagnosticera och bota. Företagshälsovården lyftes i flera kommentarer som en aktör med kunskap om arbetsplatsen och arbetsförmågebedömningar. Två kommentarer från fritextsvaren:

”FK (Försäkringskassan, författarnas anm) har ju samordningsansvar för arbetsrehabilitering och därför anser jag att det är deras uppgift att kalla arbetsgivare till avstämningsmöten. FK följer fortsatt arbete efter behandlingsperioden.”

”Primärvården ansvarar för den medicinska rehabiliteringen. Den arbetsinriktade rehabiliteringen har fungerat som bäst när Företagshälsovården har involverats - den har god kännedom om arbetsplatsen och har upparbetade kontakter. Jag har erfarit att det samarbetat har medfört fördelar för samtliga parter. Mindre framgångsrikt med direktkontakter - arbetsgivare har vid flera tillfällen uppgett att vården inte har befogenheter att styra ex. Anpassningar.”

### **Integritetskänsligt att kontakta arbetsgivare**

Av behandlarna var det 18 personer som hade lämnat kommentarer som på olika sätt belyste att det kan uppfattas som integritetskänsligt att kontakta patienters arbetsgivare, även om patienten har lämnat sitt samtycke. Flera behandlare betonade att de i behandlingen arbetar med att stödja och motivera patienten till att föra en konstruktiv dialog med sin arbetsgivare. Det var också ett sätt att motverka passivitet hos patienter. Kommentarer som rörde patienters arbetsituation, bland annat stress, osäkra anställningar och/eller dålig psykosocial arbetsmiljö, visade att patienter kunde känna sig utsatta i sin arbetsituation. En behandlare kommenterade:

”Det är viktigt att poängtera att jag i relation till min patient inte är en del av arbetsförmedlingen eller försäkringskassan utan arbetar med de psykiska problem som hindrar pat att komma vidare i sitt liv. Problem som rör arbete etc är antingen ngt som bör hanteras som ett arbetsmiljöproblem via företagshälsovård eller facket o i annat fall om pat personliga problem gjort det nödvändigt med ex sjukskrivning o remiss för psykologisk behandling så är det ju det arbetet som jag ska utföra först o främst. De flesta arbetsgivare är hjälpsamma o har en dialog med pat o det är viktigt att inte passivisera pat o gå in som stöd/ hjälpperson i onödan - utan en viktig del i rehabilitering är ju att stärka patientens egen förmåga att ta tag i o lösa sina problem - inte att ta över o öka känslan av hjälplöshet o maktlöshet.”

## Diskussion

Utvärderingens övergripande syfte var att kartlägga i vilken utsträckning arbetsplatsnära insatser tillämpas, samt identifiera hindrande och underlättande faktorer för denna tillämpning. Kartläggningen har genomförts i form av två enkätstudier, dels på region-/landstingsnivå och dels på verksamhetsnivå. I kartläggningen på region-/landstingsnivå har samtliga regioner och landsting i Sverige inkluderats. Vid kartläggningen på genomförande-/verksamhetsnivå har fem landsting inkluderats, baserat på deltagande i tidigare utvärderingar av rehabiliteringsgarantin. Resultaten av respektive kartläggning baseras på enkätsvar från processledare (region-/landstingsnivå) och behandlare som arbetar med insatser vid lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa eller insatser vid långvarig smärta (verksamhetsnivå). Nedan sammanfattas huvuddragen av kartläggningens resultat kopplade till de specificerade frågeställningarna.

### Tillämpning av arbetsplatsnära insatser inom rehabiliteringsgarantin

På region-/landstingsnivå visade resultaten att merparten av processledarna har indikerat att införandet redan är klart eller beräknas vara klart vid årsskitet 2015/2016. På verksamhetsnivå visade resultaten att arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin tillämpades i olika utsträckning i de två grupperna av behandlare. Enligt resultatet har behandlare inom MMR kommit något längre med införandet jämfört med behandlare inom KBT/IPT. Det kan dock diskuteras hur ett färdigt införande av arbetsplatsnära insatser definieras. Införande av nya arbetsmetoder i så omfattande och komplexa organisationer som regioner/landsting och vårdverksamheter är tidskrävande och bör ses som en process. Även om en del av processledarna har indikerat att införandet är klart, visar resultatet av kartläggningen att utbildning i arbetsplatsnära insatser, kompetens för tillämpning av insatserna, samt styrning och prioritering av arbetsplatsnära insatser behöver utvecklas på region-/landstingsnivå och verksamhetsnivå. Utvärderingens resultat visar däremot en positiv utveckling av tillämpningen av arbetsplatsnära insatser på region-/landstingsnivå och bland behandlare inom MMR under den relativt korta perioden sedan överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin för 2015 lanserades.

När det gäller kontakt mellan behandlare och olika aktörer visar kartläggningen att arbetsplatsnära insatser tillämpas i låg utsträckning när det gäller behandlare inom KBT/IPT. Mellan 9 % och 18 % av behandlare inom KBT/IPT svarade att de oftast/alltid tar kontakt med patienternas arbetsgivare, företagshälsovård eller Arbetsförmedlingen. Kontakt med Försäkringskassan var vanligast förekommande (43 %). En förklaring kan vara att behandlare inom KBT/IPT anger att knappt hälften (48 %) av deras patienter är sjukskrivna. Kontakt mellan behandlare inom MMR och andra aktörer förekommer i något större utsträckning: 45 % svarade att de oftast/alltid tar kontakt med arbetsgivare och 67 % att de oftast/alltid tar kontakt med Försäkringskassan. Behandlare inom MMR anger att 78 % av deras patienter är sjukskrivna och därmed finns det troligtvis ett större behov att ta kontakt med andra aktörer för att stödja arbetsåtergång. En tidigare utvärdering om behandlares samverkan med andra parter, definierade som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller arbetsgivaren, visade att 42 % av behandlare inom KBT/IPT och 53 % av MMR teamen angav att de eller deras arbetsplats oftast/alltid samverkar med andra parter [26].

En annan central komponent i internationellt utprövade program som är viktig för utfallet återgång i arbetet, förutom kontakt med andra aktörer, är att åtgärdsprogrammet sker i dialog med den sjukskrivne och arbetsplatsen [27]. I ett systematiskt arbetssätt för återgång i arbete ingår därför inte bara kontakt mellan hälso- och sjukvårdens rehabiliteringspersonal och arbetsgivare/arbetsplats utan även konsultation och planering med patienten. Patienter som deltar i rehabiliteringsgarantin kan ha olika sociala och arbetsrelaterade förutsättningar och hinder för att kunna delta. De kan därmed även ha olika förutsättningar och hinder för att återgå till eller kunna stanna kvar i arbetslivet under och efter rehabiliteringsperioden. Anpassningar på arbetsplatsen, exempelvis anpassningar av arbetsuppgifter och arbetstider behöver dessutom förankras med chef. Det är därför viktigt att behandlare diskuterar arbetsrelaterade problem med sina patienter. Resultatet visar att 90 % av behandlare inom KBT/IPT och 92 % av behandlare inom MMR oftast/alltid diskuterar arbetsrelaterade problem med sina patienter. Detta är en ökning jämfört med en tidigare utvärdering av rehabiliteringsgarantin [26]. Ökningen kan betyda att samtal om arbetsrelaterade problem har blivit en del av behandlingen.

### **Rutiner, metoder och stödverktyg för att stödja tillämpningen av arbetsplatsnära insatser**

För att stödja tillämpning av evidensbaserad praktik, i det här fallet tillämpningen av arbetsplatsnära insatser, kan så kallade implementeringsstrategier användas. Implementeringsstrategier kan betraktas som planerade aktiviteter och ansträngningar i syfte att få användare att tillämpa, i det här fallet arbetsplatsnära insatser, i det dagliga arbetet [25, 28]. De strategier som används beror på vad som ska implementeras och i vilken kontext. För en lyckosam implementering utifrån ramverket CFIR kan det vara nödvändigt att använda en rad av strategier för att få effekt på flera nivåer [24]. Implementeringsstrategier kan delas in i sex olika kategorier: 1) planeringsstrategier, 2) utbildningsstrategier, 3) finansiella strategier, 4) strategier för omstrukturering, 5) strategier för kvalitetshantering och 6) strategier relaterade till policys [28].

Processledarnas svar på påståendena om rutiner, metoder och stödverktyg visade att landstingen hade utformat strategier för införandet till viss del. De strategier som fanns angivna faller under planeringsstrategier, utbildningsstrategier och finansiella strategier. Tidigare forskning har visat att den implementeringsstrategi som används mest är utbildning och att strategier som innehåller fler komponenter och omfattar fler nivåer av påverkan är mest effektiva och att kvalitetshantering såsom revisioner och återkoppling är effektiva för att stödja tillämpningen av nya arbetsmetoder [29]. Något fler än hälften av processledarna angav att deras landsting hade utformat en strategi för införandet av arbetsplatsnära insatser och att det fanns stimulansmedel, såsom ekonomisk ersättning, för att stödja införandet. Vidare svarade 61 % av processledarna att de spred information om rehabilitering för att stödja arbetsplatsnära insatser genom utbildning. Resultatet visade också några brister i rutiner. Första bristen är att en stor andel av processledarna svarade att deras landsting inte har en målsättning för arbetsplatsnära insatser angivet som antalet insatser som ska genomföras. Eftersom revisioner och återkoppling är en viktig strategi för att stödja tillämpning av nya arbetsmetoder kan denna brist påverka en framgångrik tillämpning av arbetsplatsnära insatser och detta behöver tas hänsyn till i kommande utvecklingar. Den andra bristen är att mer än hälften av processledarna svarade att det inte finns rutiner och/eller riktlinjer för hur vårdenheterna ska arbeta med arbetsplatsnära insatser. För att stödja tillämpning av

arbetsplatsnära insatser inom vårdenheterna behövs tydliga rutiner och/eller riktlinjer om hur de ska arbeta med arbetsplatsnära insatser.

Övergripande visade resultaten att tillgång till stödverktyg i form av utbildning, rutiner och/eller riktlinjer fanns i låg utsträckning inom vårdenheterna. På verksamhetsnivå visade resultatet på skillnader mellan KBT/IPT och MMR i frågorna om det finns rutiner, metoder och stödverktyg vid deras vårdenheter som stödjer tillämpning av arbetsplatsnära insatser. Dessutom angav nästan hälften av behandlare inom MMR att de hade tillgång till formellt utsedd personal med ansvar för arbetsplatsnära insatser, jämfört med 22 % av behandlare inom KBT/IPT.

### **Underlättande och hindrande faktorer som kan påverka tillämpningen av arbetsplatsnära insatser**

I följande text presenteras resultaten utifrån underlättande och hindrande faktorer i fyra kategorier som kan påverka implementering. Dessa är: 1) egenskaper i insatserna som ska implementeras, 2) egenskaper hos användarna, 3) egenskaper i den inre miljön och 4) egenskaper i den yttre miljön.

#### **Egenskaper i insatserna som ska implementeras**

Egenskaper i insatserna som ska implementeras har betydelse för om införandet av insatsen ska bli så som avsetts. Insatsernas karaktäristika handlar bland annat om insatsernas komplexitet, kompatibilitet med den miljö där de används och vad viktiga intressenter anser om den forskning som stödjer insatserna [24]. På region-/landstingsnivå svarade mer än hälften av processledarna att överenskommelsen inte är tydligt utformad, och att följande faktorer relaterade till egenskaperna i insatserna försvårar deras arbete med arbetsplatsnära insatser: kollision med organisationsmål, kollision med befintliga rutiner och otydligheter i vad arbetsplatsnära insatser innebär. Dessa faktorer rapporterades som hindrande för tillämpningen av arbetsplatsnära insatser på region-/landstingsnivå.

I likhet med processledarnas resultat svarade fler än hälften av behandlarna inom KBT/IPT att otydlighet i vad arbetsplatsnära insatser innebär försvårar deras arbete med arbetsplatsnära insatser. Till skillnad från processledarna instämde en större andel av båda grupperna av behandlare inte alls/delvis i att kollision med organisationsmål eller kollision med befintliga rutiner försvårade deras arbete med arbetsplatsnära insatser. Identifikation med organisationens rutiner och målsättning är en faktor av betydelse för att få ett nytt arbetssätt att fungera [24]. Skillnaderna mellan behandlarnas och processledarnas uppfattningar om i vilken utsträckning arbetsplatsnära insatserna överensstämmer med organisationens rutiner och mål kan förmodligen förklaras av att rutiner och målsättning relateras till olika nivåer inom regionerna/landstingen.

En annan egenskap i insatserna som kan påverka tillämpningen av arbetsplatsnära insatser är hur själva insatsen är utformad. Resultatet visar att drygt hälften av behandlarna inom KBT/IPT ansåg att det är otydligt hur insatserna ska genomföras, vilket påverkar implementeringen av arbetsplatsnära insatser. Resultatet bekräftas av tidigare forskning som visar att en insats som karaktäriseras av ett komplext innehåll kan innebära att implementeringen misslyckas [30]. Av fritextsvaren framkom att behandlare inom både MMR och KBT/IPT verkade uppleva osäkerhet inför vad som ska göras och vilket mandat man som



behandlare har för att faktiskt kontakta patientens arbetsgivare, även om patienten har lämnat sitt samtycke. I enkätens fritextsvar framkom en rad svårigheter relaterade till att sådana kontakter kan vara integritetskänsliga. I fritextsvaren framkom kritik mot insatsen, det vill säga att som behandlare ta initiativ till kontakt med patientens arbetsgivare för att möjliggöra anpassningar av arbetsplatsen och arbetsuppgifter. Kritiken bestod i att behandlarna blir de som är aktiva och patienterna kan inta en mer passiv hållning. Flera av behandlarna ansåg att arbetsplatsnära insatser istället kan bedrivas genom att patienten motiveras till att föra sin egen talan och att diskutera sin arbetssituation med arbetsgivaren. Dessa resultat stöds av resultatet från enkäten avseende att det är viktigt att patienterna tar kontakt med arbetsgivare, för att underlätta rehabiliteringen, som har nämnts tidigare. I överenskommelsen begränsas inte arbetsplatsnära insatser till att det måste vara behandlaren som tar initial kontakt med arbetsgivaren. Utifrån det nuvarande kunskapsläget är det dock viktigt att en ”oberoende” part (till exempel ansvarig behandlare, rehabiliteringsenhet, företagshälsovård) med arbetsmedicinsk kompetens medverkar i problemlösningsbaserat samtal mellan arbetsgivaren och den anställde [31].

Det är väl känt att patienter som ”fråntas” möjligheter att påverka kan passiviseras och utveckla ett så kallat sjukrolls beteende. Ejeby, Savitskij [32] har dock visat att enbart samtalsbehandling (KBT) eller multimodal intervention för personer med psykisk ohälsa inte förbättrar återgång i arbete, även om symtomen minskar [32]. Tidigare studier påtalar behovet av att inkludera arbetsplatsen och/eller arbetsgivaren för att förbättra möjligheterna till arbetsåtergång [14, 32]. Kritiken som framkom i fritextsvaren kan dock tyda på att insatsens relevans för det dagliga arbetet är tvetydig. Frågor som rör hur patienters rätt till integritet ska värnas inom ramen för arbetsplatsnära insatser bör därför klargöras.

### **Egenskaper hos användarna**

Användarnas, i detta fall processledare och behandlare inom KBT/IPT och MMR, kunskaper om och inställning till en insats som ska införas har betydelse för om införandet av insatsen ska bli så som avsett. En insats som av användarna uppfattas som relevant för det kliniska arbetet och som underlättar det vardagliga arbetet har större sannolikhet att användas, jämfört med en insats som uppfattas som vag, tidskrävande och/eller kräver förändrade rutiner [25]. På region-/landstingsnivå visade resultaten att processledarna på olika sätt arbetade med att stödja införandet av arbetsplatsnära insatser, exempelvis genom att förmedla till vårdenheterna varför det är viktigt att arbeta med arbetsplatsnära insatser och genom att signalera till vårdenheterna att arbetet med arbetsplatsnära insatser är prioriterat.

Även på verksamhetsnivå fanns en positiv inställning till insatserna. Av resultatet framkom att behandlare inom MMR och KBT/IPT ansåg sig vara motiverade till att arbeta med arbetsplatsnära insatser. Resultatet visade dock på brister i kunskap om arbetsplatsnära insatser och hur dessa ska tillämpas, vilket var tydligast hos behandlare inom KBT/IPT. En låg andel av behandlarna uppgav att de hade erbjudits utbildning i arbetsplatsnära insatser (5 % av behandlarna inom KBT/IPT och 21 % av behandlarna inom MMR). Av resultatet framkommer inte vilken slags utbildning behandlarna har deltagit i.

### **Egenskaper i den inre miljön**

Förutsättningarna i en organisations miljö, kultur och klimat har betydelse vid implementering av nya arbetsmetoder [33]. Egenskaper i den inre miljön kan exempelvis handla om organisationens implementeringsklimat i form av dess kapacitet till förändring och i vilken

mån användning av en intervention belönas, stöds och förväntas inom organisationen. I den här studien har vi därför ställt frågor om faktorer som är väsentliga för en organisations förändringsbenägenhet (till exempel vana vid att arbeta med nya arbetsmetoder, att det finns tillfälle att diskutera arbetsplatsnära insatser).

Vana vid att arbeta med nya arbetsmetoder kan vara en underlättande faktor. Bland processledarna rapporterade 42 % att vana vid att arbeta med nya arbetsmetoder underlättade införandet av arbetsplatsnära insatser, motsvarande siffror för behandlarna inom KBT/IPT var 49 % och MMR 67 %. En annan egenskap i den inre miljön som kan vara av betydelse vid implementering av nya arbetsmetoder är ett positivt arbetsklimat, där det till exempel finns kollegialitet och tillfälle för diskussion. Resultaten visade att en liten andel av behandlarna inom KBT/IPT angav att det fanns tillfälle att diskutera arbetsplatsnära insatser vid deras vårdenheter, siffrorna var mer positiva för MMR där drygt hälften angav att det fanns tillfälle att diskutera arbetsplatsnära insatser.

Ett positivt arbetsklimat där det finns stöd från ledning har också en stor betydelse för tillämpning av nya arbetsmetoder. I resultaten på både landstings- och verksamhetsnivå rapporteras lågt stöd från närmaste chef för arbetet med arbetsplatsnära insatser. Genomgående är det mindre än 50 % av processledarna och behandlarna inom både KBT/IPT och MMR som rapporterar stöd från närmaste chef. Forskning visar att bristande stöd från ledning och närmaste chef utgör en risk för att nya arbetsmetoder, som i detta fall, arbetsplatsnära insatser inte tillämpas som förväntat. Den korta uppföljningstiden kan vara ytterligare en förklaring till den relativt låga tillämpningen av arbetsplatsnära insatser och låga prioriteringen av frågan i regionerna och landstingen.

I kartläggningen på verksamhetsnivå insamlades inte information om storlek av enheter. Dock är det bland behandlare inom KBT/IPT relativt vanligt förekommande med små enheter, ibland med endast en behandlare. Eftersom arbetsplatsnära insatser kan vara tidskrävande att utföra för en enskild behandlare kan detta påverka tillämpning av arbetsplatsnära insatser i dessa små enheter. Samverkan med exempelvis en rehabiliteringskoordinator som ansvarar för insatsen, kan vara en möjlighet för dessa terapeuter för att tillämpa arbetsplatsnära insatser.

### **Egenskaper i den yttre miljön**

Överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin har sedan starten inkluderat beskrivning av innehåll med fokus på evidensbaserade behandlingar samt ekonomisk ersättning till regioner och landsting, dock utan att nå målsättningen ökad arbetsåtergång [34, 35]. Riksrevisionens granskning av rehabiliteringsgarantin lyfter bland annat fram att riktade insatser och fokus mot arbetsåtergång saknas i överenskommelsen. I enkäternas fritextsvar efterfrågades riktad ersättning för insatsen. Det är möjligt att ersättning för att skapa tid för behandlare att närvara vid möten med patient och arbetsgivare kan ge effekt åt insatsen. En annan egenskap i den yttre miljön som kan utvecklas vidare är samarbete med de externa aktörer, såsom företagshälsovården. Resultaten visade att samarbete med företagshälsovården sker i väldigt lågt utsträckning. Företagshälsovården skulle dock kunna ha en mer stödjande roll i tillämpning av arbetsplatsnära insatser.

Det är viktigt att vid implementering ta hänsyn till andra satsningar, exempelvis Vårdval Rehab, som sker på region-/landstingsnivå och inte övergripande nationell nivå. Tidigare

utvärdering av rehabiliteringsgarantin visade att organisatoriska förändringar inom regioner och landsting påverkar möjligheten att inom regionerna och landstingen vara följsamma till nationella satsningar samt att förändringar kan innebära att implementeringsprocessen fördröjs.

## Metodfrågor i utvärderingen

En styrka i föreliggande utvärdering är att enkätdata har samlats in på två olika nivåer, nämligen på policynivå och på verksamhetsnivå, vilket har gjort det möjligt att diskutera resultat mellan policynivå och verksamhetsnivå. Utformningen av utvärderingen är metodologiskt stark med på policynivå en totalundersökning, där samtliga regioner och landsting inbjöds att delta, samt på verksamhetsnivå ett urval av enheter inom fem regioner/landsting. Svartfrekvensen på enkäten riktad till processledare (88 %) och behandlare var god (72 %).

En andra styrka i utvärderingen är att i arbetet med att identifiera hinder och underlättande faktorer för tillämpning av arbetsplatsnära insatser har det teoretiska ramverket CFIR används. Med bakgrund av det teoretiska ramverket konstateras att tillämpning av arbetsplatsnära insatser kan ses som ett resultat av ett komplex samspel mellan egenskaper i de arbetsplatsnära insatser (t.ex. otydlighet i vad arbetsplatsnära insatser innebär) egenskaper hos behandlare (t.ex. en brist i kunskap om arbetsplatsnära insatser), egenskaper i den inre miljön (t.ex. brist på stöd från ledning) och egenskaper i den yttre miljön.

I utvärderingen har endast en typ av data används, nämligen enkätdata. För att kunna få en djupare bild av implementeringsprocessen behövs ytterligare insamling av data och då från olika datakällor, såsom intervjudata och styrdokument. Dokumentanalys skulle kunnat ha bidragit till mer objektiv och detaljerad information om exempelvis hur regionerna och landstingen har informerats, reglerat, stött och följt upp tillämpningen av arbetsplatsnära insatser. Det var dock inte möjligt inom tidsramen för denna kartläggning att samla in och analysera intervjudata och styrdokument.

Det finns några metodfrågor som måste beaktas i tolkning av resultaten. Den första är tidsfaktorn. Utvärderingen genomfördes endast fyra månader efter att överenskommelsen om rehabiliteringsgaranti 2015 hade lanserats. Eftersom implementeringsprocesser är långsamma är det möjligt att processledare och behandlare inte hade hunnit starta arbetet med att införa arbetsplatsnära insatser. Dock har samverkan med externa aktörer, exempelvis patienternas arbetsgivare, varit en del av tidigare överenskommelser om en statlig rehabiliteringsgaranti. Med den korta tidsperioden i beaktande, visar kartläggningen positiva resultat kring tillämpning av arbetsplatsnära insatser på region-/landstingsnivå och för behandlare inom MMR. Vid tolkning av resultaten bör det även beaktas att vissa frågor riktade till behandlare har ett högt internt bortfall.

Den andra metodfrågan är relaterad till patienter som erbjuds behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Patienter som ges behandling (KBT/IPT eller MMR) har olika sociala och arbetsrelaterade förutsättningar och hinder för att delta i rehabilitering och olika förutsättningar och hinder för att återgå i arbete. Det bör tas i beaktande vid tolkning av resultaten att de patienter som insatserna omfattar kan vara helt i arbete och därför är inte arbetsplatsnära insatser aktuellt att tillämpa. Bland de patienter som är sjukskrivna varierar omfattningen av sjukskrivning både tidsmässigt och i vilken utsträckning arbetsförmågan har

bedömts som helt eller delvis nedsatt. Dessutom kan patienter stå olika långt från arbetsmarknaden.

Den tredje metodfrågan är relaterad till tolkning av fritextsvaren. Möjligheten att skriva fritextsvar har varit ett sätt att framföra sina åsikter. Det är dock relativt få som har skrivit fritextsvar och därför bör resultaten av denna analys tolkas med försiktighet. Bland processledarna var det endast ett fåtal som hade angivit kommentarer i fritext och beroende på att gruppen är så liten redovisas inte dessa svar.

## **Slutsatser**

### **Region-/landstingsnivå:**

- Merparten av processledarna har indikerat att införandet av arbetsplatsnära insatser redan är klart eller beräknas vara klart vid årsskitet 2015/2016.
- Drygt hälften av processledarna angav att deras region/landsting har stimulansmedel, såsom ekonomisk ersättning, för att stödja införandet av arbetsplatsnära insatser.
- En stor andel av processledarna svarade att deras region/landsting inte har en målsättning för arbetsplatsnära insatser.
- Processledarna sprider information om arbetsplatsnära insatser framförallt genom fysiska träffar med behandlare på vårdenheter.
- I stort sätt stödja processledare vårdenheters arbete med arbetsplatsnära insatser, bland annat genom att välkomma diskussion om arbetsplatsnära insatser och genom att signalera att arbetet med arbetsplatsnära insatser är prioriterat.
- Följande faktorer rapporteras av processledarna som försvårande för deras arbete med att införa arbetsplatsnära insatser: arbetet med arbetsplatsnära insatser har låg prioritet, otydlighet i vad arbetsplatsnära insatser innebär och otydlig ansvarsfördelning.

### **Verksamhetsnivå:**

- En hög andel av behandlare inom KBT/IPT och MMR uppger sig vara motiverade till att arbeta med arbetsplatsnära insatser och diskuterar arbetsrelaterade problem med sina patienter. För att underlätta rehabiliteringen tycker en stor andel av behandlare att det är viktigt att patienterna tar kontakt direkt med arbetsgivare. En mindre andel tycker att det är viktigt att dem som behandlare tar kontakt.
- Behandlare inom MMR tar kontakt med andra aktörer, inklusive arbetsgivare i högre utsträckning jämfört med behandlare inom KBT/IPT. Skillnader mellan behandlargrupperna kan bero på att patienterna i de olika behandlargrupperna har olika arbetsstatus. Andelen behandlare som har angivit att deras patienter är sjukskrivna är högre inom MMR genomfört med KBT/IPT.
- Ungefär hälften av de tillfrågade behandlarna uppfattar innehållet i arbetsplatsnära insatser och hur dessa ska tillämpas som otydligt.
- Tillgång till stödverktyg i form av utbildning, rutiner och/eller riktlinjer finns i låg utsträckning på vårdenheter.

- Behandlare inom MMR har tillgång till stödverktyg i något högre utsträckning jämfört med behandlare inom KBT/IPT.

## **Implikationer för fortsatt utveckling av rehabiliteringsgarantin**

Utifrån tidigare utvärderingar inom rehabiliteringsgarantin som har dragit slutsatserna att åtgärder på arbetsplatsen bör ingå i rehabiliteringsgarantin, innehåller överenskommelsen för 2015 en tydlig skrivning angående insatser som innebär möjlighet till att skapa dialog mellan hälso- och sjukvård, den sjukskrivne och den sjukskrivnes arbetsgivare. En positiv utveckling av tillämpning av arbetsplatsnära insatser på region-/landstingsnivå och bland behandlare inom MMR har skett under den relativt korta perioden sedan överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin för 2015 lanserades. I föreliggande rapport kan vi påvisa områden som ytterligare behöver utvecklas och förstärkas för att stödja tillämpning av arbetsplatsnära insatser:

- Arbetsplatsnära insatser bör stärkas ytterligare med konkreta beskrivningar av vad arbetsplatsnära insatser innebär och hur dessa kan tillämpas och genomföras för att främja arbetsåtergång.
- Kompetensförstärkning inom arbetsplatsnära insatser, strategier för tillämpning av arbetsplatsnära insatser, attitydförändring kring vikten av att behandlare tar kontakt med arbetsgivare samt organisatoriska möjligheter att arbeta med arbetsplatsnära insatser är avgörande för införandet av insatserna.
- Ersättningssystemet bör tydligt kopplas till behandlings- och rehabiliteringsmål avseende återgång i arbete.
- Möjligheter att öppna rehabiliteringsgarantin för företagshälsovården bör utredas. Företagshälsovården har god kompetens inom arbetsmedicin med kännedom och närhet till arbetsplatser och kan samverka med arbetsgivare om anpassningar på arbetsplatsen.

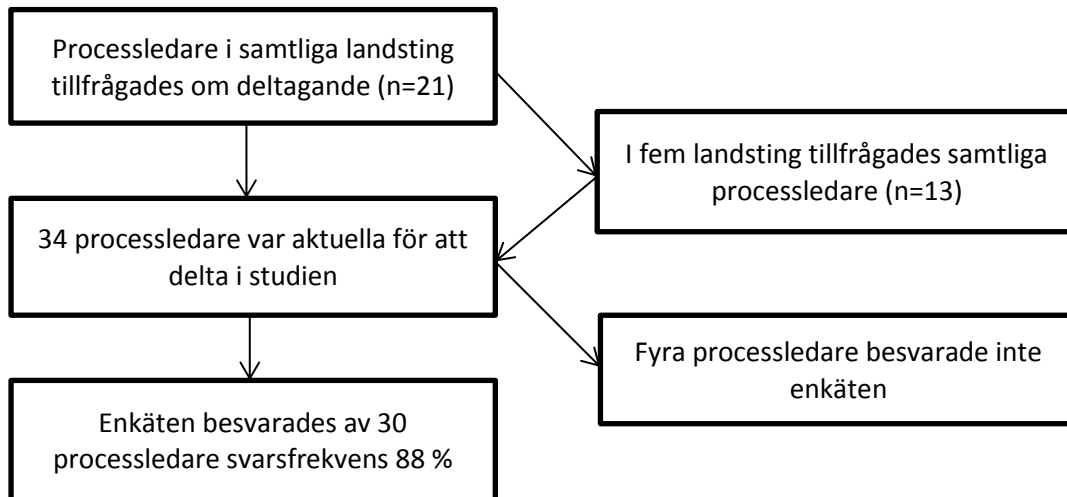
## Referenser

1. Regeringskansliet Socialdepartementet and Sveriges kommuner och landsting, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting om en rehabiliteringsgaranti för 2015*, 2015.
2. SBU, *Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt*, 2010, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU): Stockholm.
3. Cuijpers, P., et al., *A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments*. *Can J Psychiatry*, 2013. **58**(7): p. 376-85.
4. Hofmann, S.G. and J.A. Smits, *Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials*. *J clin psychiatry*, 2008. **69**(4): p. 621-32.
5. Arends, I., et al., *Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. **12**: p. CD006389.
6. Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 - stöd för styrning och ledning*, 2010, Socialstyrelsen: Stockholm.
7. Statens offentliga utredningar, *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*, 2011: Stockholm.
8. Vingård, E., *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. En kunskapsöversikt.*, 2015, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE): Stockholm.
9. Arends, I., et al., *Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial*. *Occup Environ Med*, 2014. **71**(1): p. 21-9.
10. Nieuwenhuijsen, K., et al., *Interventions to improve return to work in depressed people*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014. **12**: p. CD006237.
11. Bergström G, et al., *Insatser som ges via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa. En kartläggning av forskningen.*, 2015: Enheten för interventioner och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet, Stockholm.
12. Aronsson, G. and U. Lundberg, *Rehabilitering och samordning. Ett regeringsuppdrag om att utvärdera, sammanställa och analysera resultat från forskningsprogrammet Rehsam (S2014/5621/SF)*. 2015, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE): Stockholm.
13. Företagshälsans riktlinjegrupp, *Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen*, 2015, Karolinska institutet, Institutet för miljömedicin, Enheten för interventioner- och implementeringsforskning: Stockholm.
14. Ekberg, K., M. Eklund, and G. Hensing, *Återgång i arbete*. 2014, Lund: Studentlitteratur.
15. Svenska läkaresällskapet, et al., *Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta*, 2011: Stockholm.
16. Kamper, S.J., et al., *Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis*. *BMJ*, 2015. **350**: p. h444.
17. Norlund, A., A. Ropponen, and K. Alexanderson, *Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain*. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2009. **41**(3): p. 115-121.
18. Stigmar, K.G., et al., *Promoting work ability in a structured national rehabilitation program in patients with musculoskeletal disorders: outcomes and predictors in a prospective cohort study*. *BMC Musculoskelet Disord*, 2013. **14**: p. 57.

19. Lin, C., et al., *Cost-effectiveness of guideline-endorsed treatments for low back pain: a systematic review*. European spine journal, 2011. **20**(7): p. 1024-38.
20. Busch, H., et al., *Patterns of sickness absence a decade after pain-related multidisciplinary rehabilitation*. Pain, 2011. **152**(8): p. 1727-33.
21. Hoefsmit, N., I. Houkes, and F.J. Nijhuis, *Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review*. J Occup Rehabil, 2012. **22**(4): p. 462-77.
22. Schandelmaier, S., et al., *Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials*. PLoS One, 2012. **7**(11): p. e49760.
23. Nielsen, P., *Implementering : teori och tillämpning inom hälso- & sjukvård*. 2013, Lund: Studentlitteratur.
24. Damschroder, L.J., et al., *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*. Implement Sci, 2009. **4**: p. 50.
25. Schäfer Elinder, L. and L. Kwak, eds. *Evidensbaserat folkhälsoarbete*. 2014, Studentlitteratur: Lund.
26. Hellman, T., et al., *En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin.*, 2014, Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Karolinska institutet: Stockholm.
27. Costa-Black, K., *Core components of return-to-work interventions.* , in *Handbook of work disability. Prevention and management*, P. Loisel and J. Anema, Editors. 2013, Springer science: New York.
28. Powell, B.J., et al., *A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health*. Med Care Res Rev, 2012. **69**(2): p. 123-57.
29. Proctor, E., et al., *Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda*. Adm Policy Ment Health, 2011. **38**(2): p. 65-76.
30. Francke, A.L., et al., *Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review*. BMC Med Inform Decis Mak, 2008. **8**: p. 38.
31. Jensen, I., *Psykisk ohälsa på arbetsplatsen. Riktlinjer för utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen*, 2015, Karolinska institute, Institute of environmental medicine, Unit for intervention and implementation research: Stockholm.
32. Ejeby, K., et al., *Symptom reduction due to psychosocial interventions is not accompanied by a reduction in sick leave: results from a randomized controlled trial in primary care*. Scand J Prim Health Care, 2014. **32**(2): p. 67-72.
33. Nilsen, P., *Implementering av evidensbaserad praktik*. 2014, Malmö: Gleerups.
34. Riksrevisionen, *Rehabiliteringsgarantinn fungerar inte - tänk om eller lägg ner*, 2015.
35. Busch, H., et al., *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa*. 2011, Stockholm: Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet.

# Bilagor

## Bilaga 1. Flödesschema, rekrytering av processledare.





## **Bilaga 2. Enkät processledare.**

### **Enkät till processledare 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 konfidentiellt. 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 det till Lydia Kwak eller Hanna Bonnevier.

Lydia Kwak, projektledare, e-post: lydia.kwak@ki.se tel: 08-524 833 23

Hanna Bonnevier, projektassistent, e-post: hanna.bonnevier@ki.se tel: 08-524 827 41

---

### **Frågor om införandet av arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin**

Målet med rehabiliteringsgarantin är att genom evidensbaserad rehabilitering åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förbygga sjukskrivning bland kvinnor och män i arbetsför ålder. I den här enkäten utvärderas komponenten arbetsplatsnära insatser. Med arbetsplatsnära insatser avses att hälso- och sjukvården, när patienten har lämnat sitt samtycke, tar initiativ till kontakt med patientens arbetsgivare, företagshälsovård eller arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

#### **Sedan 2015 finns ett tillägg i överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin om arbetsplatsnära insatser. Känner du till innehållet i överenskommelsen?**

Ja, jag är väl insatt

Ja, jag känner till innehållet

Nej, men jag har hört talas om överenskommelsen

Nej, jag känner inte till överenskommelsen.

#### **Hur är tidsplanen i ditt landsting för införande av arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin?**

Införande är klart

Införandet beräknas vara klart andra kvartalet 2015

Införandet beräknas vara klart tredje kvartalet 2015

Införandet beräknas vara klart vid årsskiftet 2015/2016

#### **I vilken utsträckning anser du att överenskommelsen för införandet av arbetsplatsnära insatser varit tydligt utformad?**

I mycket låg utsträckning

I ganska låg utsträckning

I ganska hög utsträckning

I mycket hög utsträckning

Vet ej

#### **Har ditt landsting utformat en strategi för införandet av arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin?**

Ja  
Nej  
Vet ej

**Har ditt landsting utformat skriftliga krav för hur arbetsplatsnära insatser ska genomföras?**

Ja

Om ja, vilka krav finns? \_\_\_\_\_

Om ja, har landstinget ett system för uppföljning av dessa krav? \_\_\_\_\_

Nej

Vet ej

**I vilken utsträckning har införandet av arbetsplatsnära insatser lett till:**

Nyrekrytering: Nej/Ja, i så fall vilken funktion? \_\_\_\_\_

Vidareutbildning av befintlig personal: Nej/Ja

Omorganisering: Nej/Ja, i så fall vad: \_\_\_\_\_

Annat, ange vad: \_\_\_\_\_

**Har ditt landsting en målsättning för arbetsplatsnära insatser, tex antalet insatser som ska genomföras/år?**

Ja

Om ja, ange i så fall vilken/vilka. \_\_\_\_\_

Nej

Vet ej.

**Har ditt landsting stimulansmedel, tex ekonomisk ersättning, för att stödja införandet av arbetsplatsnära insatser?**

Ja

Om ja, utbetalas dessa till vårdenheterna (ja/nej).

Nej

Vet ej.

**Har ditt landsting anpassat utformningen av rehabiliteringen för att stödja arbetsplatsnära insatser, för att få insatserna att fungera i era verksamheter?**

Ja

Om ja, ange vilka anpassningar som har gjorts \_\_\_\_\_

Nej

Vet ej

**Finns det rutiner och/eller riktlinjer för hur vårdenheterna ska arbeta med arbetsplatsnära insatser?**

Ja

Nej

Vet ej

**I mitt landsting har vi skapat egna styrdokument för arbetsplatsnära insatser utifrån överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Hur arbetar du med att sprida information om rehabilitering för att stödja arbetsplatsnära insatser?**

Fysiska träffar

Nätbaserad information

Utbildning

Nyhetsbrev

Vet ej

Annat, ange vad: \_\_\_\_\_

**Vid vårdenheterna i mitt landsting finns kompetens för att arbeta med arbetsplatsnära insatser.**

1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**I vilken utsträckning bedömer du att behandlare inom ditt landsting anser att arbetsplatsnära insatser ligger i deras uppdrag?**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Följande faktorer upplever jag underlättar mitt arbete med arbetsplatsnära insatser**

**Arbetsplatsnära insatser överensstämmer med landstingets mål**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Ersättningssystem inom rehabiliteringsgarantin**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Rutiner och/eller riktlinjer**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Utbildning i arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Vana att arbeta med nya arbetsmetoder**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Formellt utsedd personal som har ansvar för arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Stöd från arbetskamrater**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Stöd från ledning och/eller chef**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Andra skäl, nämligen \_\_\_\_\_**

**Min närmaste chef frågar mig om hur mitt arbete med arbetsplatsnära insatser går**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Min närmaste chef förmedlar varför det är viktigt att arbeta med arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Min närmaste chef förväntar sig att jag arbetar med arbetsplatsnära insatser.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Den högsta ledningen i landstinget har tydligt signalerat att arbetet med arbetsplatsnära insatser är prioriterat.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Jag har tydligt signalerat till vårdenheterna som ger behandlingar inom rehabiliteringsgarantin att arbetet med arbetsplatsnära insatser är prioriterat.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Jag förmedlar varför det är viktigt att arbeta med arbetsplatsnära insatser till vårdenheterna.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Jag förmedlar att jag är säker på att vi kommer att lyckas väl med att införa arbetsplatsnära insatser.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Jag välkomnar diskussioner om hur vi kan arbeta med arbetsplatsnära insatser.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Jag skapar möjligheter för de vårdenheter som vill utveckla arbetet med arbetsplatsnära insatser.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Landstinget har ett system för uppföljning av vårdenheternas arbete med arbetsplatsnära insatser.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Följande faktorer upplever jag försvårar arbetet med arbetsplatsnära insatser utifrån överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin.**

Kollision med organisationens mål

Kollision med befintliga rutiner

Låg kännedom om innehållet i arbetsplatsnära insatser bland behandlare

Otydligheter i vad arbetsplatsnära insatser innebär

Ersättningsystem

Avsaknad av hjälpmedel såsom patientinformation, checklistor och beslutsstöd

Arbetet med arbetsplatsnära insatser har låg prioritet

Otydlig ansvarsfördelning

Brister i uppföljningssystem

Andra skäl, nämligen \_\_\_\_\_

Upplever inga svårigheter

Vet ej

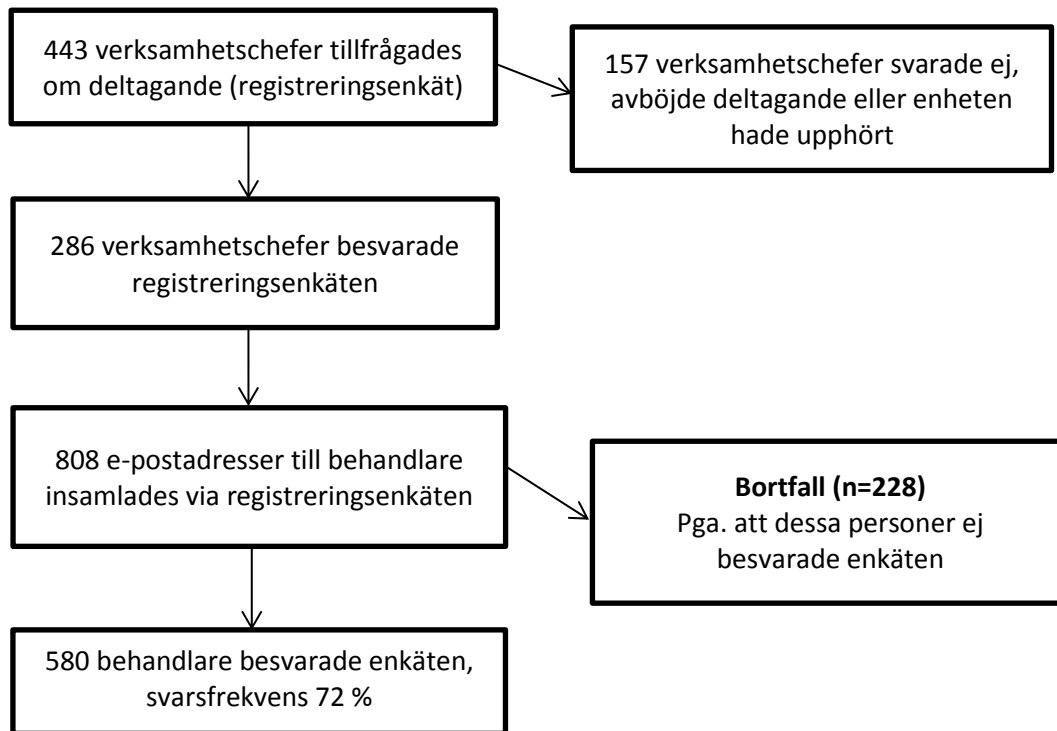
**Vilka omständigheter har fram till idag underlättat landstingets arbete med att införa arbetsplatsnära insatser? \_\_\_\_\_**

**Vilka omständigheter har fram till idag försvårat landstingets arbete med att införa arbetsplatsnära insatser? \_\_\_\_\_**

**Finns det andra saker som du vill lägga till eller kommentera? \_\_\_\_\_**

**Tack för din medverkan**

### Bilaga 3. Flödesschema rekrytering behandlare.



## Bilaga 4. Enkät till behandlare.

### 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 konfidentiellt. 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 det till Lydia Kwak eller Hanna Bonnevier.

Lydia Kwak, projektledare, e-post: lydia.kwak@ki.se tel: 08-524 3323

Hanna Bonnevier, projektassistent, e-post: hanna.bonnevier@ki.se tel: 08-524 827 41

---

### Frågor om dig som behandlare

**Arbetsställe (namn på vårdcentral t.ex.):**

**Arbetsgivare:** Offentlig      Privat

**Vårdnivå:**      Primärvård      Specialistvård

**Ålder:**      20-30 år      31-50 år      51 år eller äldre

**Kön:**      Kvinna      Man

**Vilken är din yrkestitel?**

Arbetsterapeut

Läkare

Psykolog

Rehabsamordnare/Rehabkoordinator

Sjukgymnast

Sjuksköterska

Skötare psykiatrisk vård

Socionom/kurator

Annan: \_\_\_\_\_

**Vid min vårdenhet är majoriteten av patienterna som genomgår psykologisk behandling:**

Anställda, ej sjukskrivna

Sjukskrivna mindre än 8 veckor (delvis eller helt nedsatt arbetsförmåga)

Sjukskrivna 8 veckor eller längre (delvis eller helt nedsatt arbetsförmåga)

Arbetssökande

**Om patienter remitteras till annan vårdenhet, var ligger då ansvaret för de arbetsplatsnära insatserna?**

Hos remitterande enhet

Hos mottagande enhet

## Frågor om införandet av arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

Målet med rehabiliteringsgarantin är att genom evidensbaserad rehabilitering åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förbygga sjukskrivning bland kvinnor och män i arbetsför ålder. I den här enkäten utvärderas komponenten arbetsplatsnära insatser. Med arbetsplatsnära insatser avses att hälso- och sjukvården, när patienten har lämnat sitt samtycke, tar initiativ till kontakt med patientens arbetsgivare, företagshälsovård eller arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

### Sedan 2015 finns ett tillägg i överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin om arbetsplatsnära insatser. Känner du till innehållet?

Ja, jag är väl insatt

Ja, jag känner till innehållet

Nej, men jag har hört talas om överenskommelsen

Nej, jag känner inte till överenskommelsen

### I vilken utsträckning tar er vårdenhet kontakt med något/några av nedanstående för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering

Patientens arbetsgivare Skala 1 (aldrig) -5 (alltid)

Företagshälsovård Skala 1 (aldrig) -5 (alltid)

Försäkringskassan Skala 1 (aldrig) -5 (alltid)

Annat: \_\_\_\_\_

### I vilken utsträckning tar er vårdenhet kontakt med Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell arbetslivsinriktad rehabilitering

Skala 1 (aldrig) -5 (alltid)

### I vilken utsträckning diskuterar du arbetsrelaterade problem med dina patienter?

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

Skala 1 (aldrig) -5 (alltid)

## Frågor om vilka rutiner, metoder och stödverktyg används för att stödja tillämpningen av arbetsplatsnära insatser

### Vid min vårdenhet erbjuds utbildning i vad arbetsplatsnära insatser ska innehålla

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

### Vid min vårdenhet finns rutiner och/eller riktlinjer för arbetsplatsnära insatser

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

### Vid min vårdenhet finns rutiner och/eller riktlinjer för uppfölning av arbetsplatsnära insatser

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

### Vid min vårdenhet finns det formellt utsedd personal som har ansvar för arbetsplatsnära insatser

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

## **Frågor om underlättande respektive hindrande faktorer som påverkar tillämpningen av arbetsplatsnära insatser i rehabiliteringsgarantin.**

**Landstingets målsättning med de arbetsplatsnära insatserna är tydligt formulerad**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Det finns evidens för att arbetsplatsnära insatser ökar arbetsåtergång för patienter som omfattas av rehabiliteringsgarantin.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Vid min vårdenhet finns kompetens för att arbeta med arbetsplatsnära insatser.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Det ligger i vårt uppdrag som behandlare att arbeta med arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Jag är motiverad till att arbeta med arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Arbetet med arbetsplatsnära insatser innebär en påtaglig förändring i mitt arbete med patienters behandling**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Jag har tillräckliga kunskaper om arbetsplatsnära insatser och hur jag ska tillämpa dessa.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Jag kan påverka hur vi på min vårdenhet arbetar med arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Det finns tillfällen för att diskutera hur vi ska överkomma hinder som uppstår i arbetet med arbetsplatsnära insatser.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Överlag har jag möjlighet att arbeta med arbetsplatsnära insatser utan att stöta på några problem.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**För att underlätta rehabiliteringen är det viktigt att jag tar kontakt direkt med arbetsgivaren.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**För att underlätta rehabiliteringen är det viktigt att patienten tar kontakt direkt med arbetsgivaren.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Patienter vill diskutera arbetsplatsnära insatser med mig**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Mina patienter är överlag positivt inställda till arbetsplatsnära insatser.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Följande faktorer upplever jag underlättar mitt arbete med arbetsplatsnära insatser**

**Arbetsplatsnära insatser överensstämmer med vårdenhetens mål**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Ersättningssystem inom rehabiliteringsgarantin**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Rutiner och/eller riktlinjer**



Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Utbildning i arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Vana att arbeta med nya arbetsmetoder**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Formellt utsedd personal som har ansvar för arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Tydligt formulerad målsättning från landstinget**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Stöd från arbetskamrater**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Stöd från ledning och/eller chef**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Andra skäl, nämligen \_\_\_\_\_**

**Min närmaste chef frågar mig om hur mitt arbete med arbetsplatsnära insatser går**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Min närmaste chef förmedlar varför det är viktigt att arbeta med arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Min närmaste chef förväntar sig att jag arbetar med arbetsplatsnära insatser.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Följande faktorer upplever jag försvårar mitt arbete med arbetsplatsnära insatser**

**Kollision med organisationens mål**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Kollision med befintliga rutiner**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Låg kännedom om arbetsplatsnära insatser i arbetsgruppen**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Arbetsplatsnära insatser är svårt att tillämpa**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Patienters arbetsgivares förväntningar/åsikter**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Otydligheter i vad arbetsplatsnära insatser innebär**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Bristande ämneskunskap om arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Patienters förväntningar**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Patienters vårdbehov**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Otydlighet kring vart patienter ska hänvisas**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Längden på patientbesök**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Journalssystem/dokumentation av arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Avsaknad av hjälpmedel, tex patientinformation, checklistor och beslutsstöd**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Arbetet med arbetsplatsnära insatser har låg prioritet**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Otydlig ansvarsfördelning**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Brister i uppföljningssystem**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Andra skäl, nämligen \_\_\_\_\_**

**Finns det andra saker som du vill lägga till eller kommentera? \_\_\_\_\_**

**Tack för din medverkan**

## Enkät till behandlare inom multimodal rehabilitering (MMR)

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 konfidentiellt. 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 det till Lydia Kwak eller Hanna Bonnevier.

Lydia Kwak, projektledare, e-post: lydia.kwak@ki.se tel: 08-524 833 23

Hanna Bonnevier, projektassistent, e-post: hanna.bonnevier@ki.se tel: 08-524 827 41

---

### Frågor om dig som behandlare

**Arbetsställe (namn på vårdcentral t.ex.):**

**Arbetsgivare:** Offentlig      Privat

**Vårdnivå:**      Primärvård      Specialistvård

**Ålder:**      20-30 år      31-50 år      51 år eller äldre

**Kön:**      Kvinna      Man

**Vilken är din yrkestitel?**

Arbetsterapeut

Läkare

Psykolog

Rehabsamordnare/Rehabkoordinator

Sjukgymnast

Sjuksköterska

Skötare psykiatrisk vård

Socionom/kurator

Annan: \_\_\_\_\_

**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%

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

Mindre än 20

20-29

30 eller fler

**Vid min vårdenhet är majoriteten av patienterna som genomgår MMR:**

Anställda, ej sjukskrivna

Sjukskrivna mindre än 8 veckor (delvis eller helt nedsatt arbetsförmåga)

Sjukskrivna 8 veckor eller längre (delvis eller helt nedsatt arbetsförmåga)

Arbetsökande

**Om patienter remitteras till annan vårdenhet, var ligger då ansvaret för de arbetsplatsnära insatserna?**

Hos remitterande enhet

Hos mottagande enhet

**Frågor om införandet av arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin.**

Målet med rehabiliteringsgarantin är att genom evidensbaserad rehabilitering åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förbygga sjukskrivning bland kvinnor och män i arbetsför ålder. I den här enkäten utvärderas komponenten arbetsplatsnära insatser. Med arbetsplatsnära insatser avses att hälso- och sjukvården, när patienten har lämnat sitt samtycke, tar initiativ till kontakt med patientens arbetsgivare, företagshälsovård eller arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

**Sedan 2015 finns ett tillägg i överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin om arbetsplatsnära insatser. Känner du till innehållet?**

Ja, jag är väl insatt

Ja, jag känner till innehållet

Nej, men jag har hört talas om överenskommelsen

Nej, jag känner inte till överenskommelsen

**I vilken utsträckning tar er vårdenhet kontakt med något/några av nedanstående för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering**

Patientens arbetsgivare      Skala 1 (aldrig) -5 (alltid)

Företagshälsovård          Skala 1 (aldrig) -5 (alltid)

Försäkringskassan          Skala 1 (aldrig) -5 (alltid)

Annat: \_\_\_\_\_

**I vilken utsträckning tar er vårdenhet kontakt med Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell arbetslivsinriktad rehabilitering**

Skala 1 (aldrig) -5 (alltid)

**I vilken utsträckning diskuterar du arbetsrelaterade problem med dina patienter?**

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

Skala 1 (aldrig) -5 (alltid)

## **Frågor om vilka rutiner, metoder och stödverktyg används för att stödja tillämpningen av arbetsplatsnära insatser**

**Vid min vårdenhet erbjuds utbildning i vad arbetsplatsnära insatser ska innehålla**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Vid min vårdenhet finns rutiner och/eller riktlinjer för arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Vid min vårdenhet finns rutiner och/eller riktlinjer för uppföljning av arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Vid min vårdenhet finns det formellt utsedd personal som har ansvar för arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

## **Frågor om underlättande respektive hindrande faktorer som påverkar tillämpningen av arbetsplatsnära insatser i rehabiliteringsgarantin.**

**Landstingets målsättning med de arbetsplatsnära insatserna är tydligt formulerad**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Det finns evidens för att arbetsplatsnära insatser ökar arbetsåtergång för patienter som omfattas av rehabiliteringsgarantin.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Vid min vårdenhet finns kompetens för att arbeta med arbetsplatsnära insatser.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Det ligger i vårt uppdrag som behandlare att arbeta med arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Jag är motiverad till att arbeta med arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Arbetet med arbetsplatsnära insatser innebär en påtaglig förändring i mitt arbete med patienters behandling**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Jag har tillräckliga kunskaper om arbetsplatsnära insatser och hur jag ska tillämpa dessa.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Jag kan påverka hur vi på min vårdenhet arbetar med arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Det finns tillfällen för att diskutera hur vi ska överkomma hinder som uppstår i arbetet med arbetsplatsnära insatser.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Överlag har jag möjlighet att arbeta med arbetsplatsnära insatser utan att stöta på några problem.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**För att underlätta rehabiliteringen är det viktigt att MMR teamet tar kontakt direkt med arbetsgivaren.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**För att underlätta rehabiliteringen är det viktigt att patienten tar kontakt direkt med arbetsgivaren.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Patienter vill diskutera arbetsplatsnära insatser med mig**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Mina patienter är överlag positivt inställda till arbetsplatsnära insatser.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Följande faktorer upplever jag underlättar mitt arbete med arbetsplatsnära insatser**

**Arbetsplatsnära insatser överensstämmer med vårdenhetens mål**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Ersättningssystem inom rehabiliteringsgarantin**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Rutiner och/eller riktlinjer**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Utbildning i arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Vana att arbeta med nya arbetsmetoder**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Formellt utsedd personal som har ansvar för arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Tydligt formulerad målsättning från landstinget**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Stöd från arbetskamrater**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Stöd från ledning och/eller chef**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Andra skäl, nämligen \_\_\_\_\_**

**Min närmaste chef frågar mig om hur mitt arbete med arbetsplatsnära insatser går**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Min närmaste chef förmedlar varför det är viktigt att arbeta med arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Min närmaste chef förväntar sig att jag arbetar med arbetsplatsnära insatser.**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Följande faktorer upplever jag försvårar mitt arbete med arbetsplatsnära insatser**

**Kollision med organisationens mål**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Kollision med befintliga rutiner**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Låg kännedom om arbetsplatsnära insatser i arbetsgruppen**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Arbetsplatsnära insatser är svårt att tillämpa**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Patienters arbetsgivares förväntningar/åsikter**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Otydligheter i vad arbetsplatsnära insatser innebär**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Bristande ämneskunskap om arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Patienters förväntningar**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Patienters vårdbehov**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Otydlighet kring vart patienter ska hänvisas**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Längden på patientbesök**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Journalssystem/dokumentation av arbetsplatsnära insatser**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Avsaknad av hjälpmedel, tex patientinformation, checklistor och beslutsstöd**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Arbetet med arbetsplatsnära insatser har låg prioritet**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Otydlig ansvarsfördelning**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Brister i uppföljningssystem**

Skala 1 (instämmer inte alls) – 5 (instämmer helt)

**Andra skäl, nämligen \_\_\_\_\_**

**Finns det andra saker som du vill lägga till eller kommentera? \_\_\_\_\_**

**Tack för din medverkan**

Enheten för interventions- och implementeringsforskning  
Institutet för miljömedicin (IMM)  
Karolinska Institutet  
[www.ki.se/imm/iir](http://www.ki.se/imm/iir)