

HÄLSOHÖGSKOLAN, JÖNKÖPING

ARBETSRAPPORT

Rehabsamordnaren som länk i den samordnade rehabiliteringen

Uppföljning av arbetsmodell för vårdcentralerna i Jönköpings län

Pia Bülow
Michael Sjökvist

Avdelningen för beteendevetenskap och socialt arbete
Hälsohögskolan
Högskolan i Jönköping
551 11 Jönköping

September 2010

FÖRORD

Föreliggande arbetsrapport är resultatet av en studie gjord som en uppföljning av inrättandet av funktionen rehabsamordnare (från början kallad sjukskrivningssamordnare) vid samtliga vårdcentraler i Jönköpings län. Ett stort antal människor har på olika sätt genom sin medverkan i intervjuer, möten och återrapporteringar gjort studien möjlig. Chefer och processledare har i inledningsskedet varit betydelsefulla genom att förankra projektet i den egna verksamhet och på landstingsnivå. På vårdcentralerna har arbetsgrupper och enskilda medarbetare med stor generositet öppnat sina möten och delgivit oss sina tankar om rehabsamordnaren som funktion och om rehabiliteringssamordningen som process. Enskilda personer som i rapporten kallas patienter eller försäkrade har likaså gjort studien möjlig genom att låta oss närvara vid möten som handlat om deras personliga rehabilitering samt berättat om sina tankar om den egna rehabiliteringsprocessen. Vi är mycket tacksamma för allt detta. Utan allas ert bidrag hade det inte varit möjligt att återskapa den bild av funktionen som rehabsamordnaren som denna arbetsrapport redovisar.

Studien har genomförts som ett samarbete mellan Hälsohögskolan i Jönköping, avdelningen för beteendevetenskap och socialt arbete och Landstinget i Jönköpings län.

Jönköping i september 2010

Pia Bülow & Michael Sjökvist

SAMMANFATTNING

Arbetsrapporten redovisar resultatet från en uppföljning av modellen med rehabsamordnare som en länk i den samordnade rehabiliteringen Landstinget i Jönköpings län. Studien bygger på data insamlat vid fyra vårdcentraler inom Jönköpings län. Den inkluderar intervjuer med rehabsamordnare och representanter för olika yrkesgrupper på vårdcentralerna, fokusgrupper med distriktsläkare, observationer från team-möten, avstämningsmöten och partsöverskridande möten samt intervjuer med patienter/försäkrade och rekonstruktioner av individuella rehabiliteringsprocesser.

Analyserna visar att funktionen som rehabsamordnare uppfattades som positiv eller mycket positiv för på flertalet vårdcentraler där den ansågs främja samverkan och samordning av rehabiliteringsprocessen. Rehabsamordnare tycks främst vara en modell för intern samordning inom vårdcentralen och för samverkan med externa parter såsom Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialtjänsten. Dessa parter beskrev rehabsamordnaren som en väg in till vårdcentralen. Rehabsamordnaren sågs därmed en ”dörröppnare” en slags omvänd gatekeeper. Patienterna däremot föreföll i mindre utsträckning uppfatta vilken roll rehabsamordnaren hade i rehabprocessen. Genom att utgöra en brygga för samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra viktiga parter för en framgångsrik arbetsinriktad rehabilitering kan rehabsamordnaren ändå bli en viktig resurs för patienterna.

Studien visar emellertid att införandet av modellen inte varit helt oproblematisk. Det visade sig att de vårdcentraler som hade arbetat med en liknande modell redan före inrättandet av rehabsamordnare på alla vårdcentraler i länet, betydligt snabbare kunde utveckla den vidare. För andra vårdcentraler blev det en längre process för att närma sig en gemensam ”team-tanke”. För att en sådan ska kunna realiseras på den enskilda vårdcentralen intar läkargruppen en nyckelroll.

En viktig slutsats är att samordnad rehabilitering inte kan reduceras till en person. För att samordningen ska bli slagkraftig och effektiv krävs en gemensamt accepterad struktur för rehabsamordning – något som tar tid och kräver många engagemang. Studien visar emellertid att rehabsamordnare spelar en betydelsefull roll för utvecklingen och upprättandet av teamtanken inom vårdcentralen. Detta är något som blir av särskild betydelse vid genomförande av gemensamma teambedömningar där olika yrkesgrupper kan bidra till en fördjupad förståelse av ett individuellt rehabiliteringsbehov på ett sätt som gynnar patienten.

INNEHÅLL

STUDIENS SYFTE	1
BAKGRUND	2
AKTÖRER OCH ARENOR FÖR REHABILITERING	2
<i>Lokala mötesplatser för samordnad rehabilitering</i>	3
SAMARBETE, SAMORDNING OCH SAMVERKAN	4
STUDIER OM REHABILITERINGSPROCESSEN	5
MÖTEN MELLAN INSTITUTIONER OCH MEDBORGARE	5
FLERPARTSSAMTAL: TVÄRINSTITUTIONELLA/PARTSÖVERSKRIDANDE MÖTEN OCH MULTIPROFESSIONELLA TEAM.....	6
METOD	9
DATAINSAMLING.....	9
<i>Urval och bortfall</i>	9
GENOMFÖRANDE	10
TRANSKRIPTION	12
ANALYS AV INTERVJUER OCH FLERPARTSMÖTEN.....	12
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN	12
RESULTAT OCH ANALYS	14
DEN SAMORDNADE REHABILITERINGENS ORGANISERING OCH STRUKTUR.....	14
MÖTEN FÖR SAMORDNAD REHABILITERING	17
<i>Avstämningsmötet</i>	17
<i>Teambedömningsmöten</i>	19
<i>Partsöverskridande möten – ARENA/SAMVERK</i>	21
REHABILITERINGSSAMORDNING PÅ INDIVIDNIVÅ	22
<i>Uppföljande intervju med patient</i>	22
<i>Rekonstruktion av rehabiliteringsprocessen</i>	23
SYNEN PÅ REHABSAMORDNAREN SOM FUNKTIONEN.....	25
<i>Vårdcentralens bild av rehabsamordnarfunktionen</i>	25
<i>Rehabsamordnarnas egen bild av funktionen</i>	27
<i>Samarbetspartnernas bild av rehabsamordnarfunktionen</i>	28
<i>Patienternas bild av rehabsamordnarfunktionen</i>	29
ATTITYD OCH STRUKTUR – TVÅ VIKTIGA ASPEKTER FÖR EFFEKTIV REHABILITERINGSSAMORDNING	29
<i>Attityd</i>	29
<i>struktur</i>	30
TOLKNINGAR OCH REAKTIONER VID ÅTERRAPPORTERING	31
DISKUSSION	33
SLUTSATSER	33
REFERENSER	38
BILAGOR	

STUDIENS SYFTE

Landstinget i Jönköpings län beslutade i september 2006 att inrätta funktionen som *rehabsamordnare* på samtliga länets vårdcentraler. Rehabsamordnarens uppgift är att samordna rehabiliteringsinsatser inom vårdcentralen samt fungera som kontaktperson mellan sjukvården och Försäkringskassan och andra berörda parter såsom specialistsjukvård, socialtjänsten och Arbetsförmedlingen.

Studiens övergripande syfte är att undersöka och följa upp modellen med rehabsamordnare som en länk i den samordnade rehabiliteringen Landstinget i Jönköpings län.

Specifikt syftar studien till att beskriva sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen utifrån rehabsamordnarnas roll och funktion på olika arenor för samverkan. Projektet avser vidare att genom rekonstruktion av fall på ett övergripande plan beskriva hela sjukskrivningsprocessen på individnivå samt studera upplevelsen och nyttan av att som patient ingå i en samordnad rehabilitering.

Frågeställningar som projektet söker svar på är: hur ser sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen på individnivå ut vid vårdcentraler där det finns en rehabsamordnare? Vilken/vilka roller får eller tar rehabsamordnaren? Hur görs en samlad bedömning av individens behov av fortsatt sjukskrivning och andra rehabiliteringsinsatser, i rehab-teamet, på avstämningsmötet och i flerpartsmöten? Hur fattas beslut och av vem/vilka? Hur diskuteras förutsättningar för att kunna återkomma till arbete? På vilket sätt skiljer sig arbetsprocessen om utredning och teambedömningen sker enligt en strukturerad modell för teambedömning eller om andra arbetsmodeller används? Hur upplever patienten/den sjukskrivne att sjukskrivningsprocessen har fungerat för att underlätta återgång till arbete?

Studien är en del av uppföljningen av hur miljardsatsningen används i Landstinget i Jönköpings län.

BAKGRUND

Med stöd av extra tilldelning av budgetmedel från regeringen träffade Landstinget i Jönköpings län i september 2006 en överenskommelse med Försäkringskassan (FK) om ett antal olika projekt för att minska sjukskrivningarna i länet. Den största enskilda satsningen av dessa projekt utgjordes av inrättandet av så kallade rehabsamordnare vid länets samtliga vårdcentraler.¹ Uppgiften för dessa är att samordna rehabiliteringsinsatserna på individnivå inom vårdcentralen och att fungera som kontaktperson mellan sjukvården och Försäkringskassan och andra berörda parter t.ex. specialistsjukvård, socialtjänsten och Arbetsförmedlingen. Konkret ska rehabsamordnaren initiera nya sjukfall i vårdcentralens rehab-team, föra och följa statistik över sjukfall över 28 dagar, fungera som kontaktperson med berörda i sjukskrivningsprocessen och medverka till tidiga möten med Försäkringskassan t.ex. i så kallade avstämningmöten samt ingå i andra grupper för samordning av rehabiliteringsinsatser mellan olika parter. Sistnämnda mötesform går under olika namn inom olika kommuner. I t.ex. Jönköpings kommun kallas mötet Arenagrupp eller Arena möten. Andra benämningar som förekommer är Samverksmöten. Rehabsamordnaren är således en person som agerar på och rör sig mellan tre olika arenor eller mötesplatser för samverkan i och omkring sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocesser för enskilda patienter.

Aktörer och arenor för rehabilitering

När det gäller längre perioder av sjukskrivning är rehabiliteringsprocessen sällan något som avhandlas tillsammans med endast en person som t.ex. en läkare eller en handläggare från Försäkringskassan utan en process som bygger på medverkan av och insatser från flera olika personer, professioner och parter. Förutom sjukvården som bedömer, behandlar och sjukskriver och Försäkringskassan som fattar beslut om sjukskrivningen ingår arbetsgivare, olika myndigheter och andra samhällsaktörer i den process som siktar mot att individen ska kunna återgå till arbete i så hög grad som möjligt. Lindqvist (2000) beskriver tre arenor för rehabilitering: den medicinska, myndigheter som t.ex. Försäkringskassan och produktionens arena där offentliga och privata arbetsgivare, föreningar och företagshälsovård agerar. Det är mellan dessa som ”rehabiliteringens kraftfält skapas och spänningar uppstår” (ibid. s. 80).

¹ Från början benämndes funktionen sjukskrivningssamordnare.

LOKALA MÖTESPLATSER FÖR SAMORDNAD REHABILITERING

De arenor som Lindqvist beskriver finns på såväl makro- meso- som mikronivå. För den som har att praktiskt samordna rehabilitering handlar det om att skapa, identifiera och använda lokala mötesplatser där personer som verkar på olika arenor för rehabilitering kan träffas. Den första mötesplatsen för samordnad rehabilitering som kan vara av särskild betydelse för rehabsamordnare vid vårdcentraler i Jönköpings län är *mötet i rehab-teamet*. Detta tvärprofessionella team inom vårdcentralen har ett gemensamt ansvar för individer med längre sjukskrivningsperioder (överstigande 28 dagar). Det handlar här om att samverka inom den egna verksamheten mellan olika professioner med olika kunskaps- och ansvarsområden. Vid ett antal vårdcentraler i länet har rehabteamens personal fått utbildning i en speciell modell för att utreda individens behov av sjukskrivning respektive arbetsförmåga och för att genomföra en strukturerad samordnad teambedömning – STRukturerad RehabiliteringsUtredning (STRUT) (Krafft, Dellmo, Zackrisson, Nyström & Nyström, 1998).

Den andra mötesplatsen för samverkan är *avstämningmötet*. Detta relativt nya begrepp inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har under de senaste åren genom lagstiftning blivit rutin vid längre sjukfall. Mötet är primärt ett redskap för Försäkringskassans handläggare för att kunna klarlägga den sjukskrivnes möjligheter att återgå i arbete på hel- eller deltid samt om det för detta behövs några speciella rehabiliteringsåtgärder men förutsätter delaktighet och medverkan från andra parter så som rehabsamordnare. Krav på avstämningmöte infördes i Lagen om allmän försäkring (AFL) från den 1 juli 2003. Detta krav skärptes den 1 januari 2005, genom att införa regler om inom vilken tidsgräns ett första avstämningmöte ska hållas. Avstämningmötet innebär att den sjukskrivne ”tillsammans med Försäkringskassans representant träffar en eller flera aktörer för att göra en bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga samt behov av och möjligheter till rehabilitering” (RFFS 2003:10). Avstämningmötet bygger således på medverkan av och samarbetet mellan flera personer med olika roller, kompetenser och sannolikt delvis olika perspektiv på en individs aktuella arbetsförmåga samt förutsättningar och möjligheter för rehabiliteringsarbete. Ett avstämningmöte förutsätter att minst tre parter deltar varav en självskriven person är den sjukskrivne. Det ingår i rehabsamordnarens arbetsuppgifter att vid behov delta i dessa möten.

Den tredje mötesplatsen för samverkan där rehabsamordnaren är delaktig är de regelbundet återkommande flerpartsmöten som sker mellan kontaktpersoner för olika myndigheter och aktörer så som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Vid dessa möten deltar inte den försäkrade/sjukskrivna personen. För att skilja olika

former av flerpartsmöten² som ingår i föreliggande studie benämns dessa möten genomgående såsom *partsöverskridande* möten.

Samarbete, samordning och samverkan

De tre typerna av möten där rehabsamordnarna verkar kan alla betecknas som mötesplatser för samarbete, samordning och samverkan. De tre begreppen förekommer i litteraturen ofta tillsammans med delvis olika definitioner för att särskilja dem och för att beskriva deras inbördes förhållande. Samverkan ses till exempel ibland som det övergripande begreppet vilket inkluderar de båda andra. Gunnarsen (2007) menar på det sättet att samarbete och samordning är två olika former av samverkan. Samarbete handlar då om en mer frivillig form av samverkan medan samordning utgår från att ”en tredje part pålägger andra att samverka” genom att formella avtal (ibid. s. 367). Axelsson och Bihari Axelsson (2007) som använder form av integration och graden av differentiering mellan olika organisationer, professioner och verksamheter för att beskriva relationen mellan samordning, samarbete och samverkan kommer fram till något annat. Sett till enbart form av integration (vertikal respektive horisontell integration) är samverkan en mer komplex form av integrering eftersom den samtidigt innebär en hög grad av båda. Enligt samma modell innebär samordning hög grad av vertikal integrering och låg grad av horisontell integrering (hierarkisk organisation) medan samarbete typiskt står för en motsatt form av integrering (nätverk). Samverkan bygger således enligt den uppställda typologin på inslag av *både* samordning och samarbete. Beaktas också graden av differentiering hamnar samverkan i en slags mellanposition som är ”effektiv i många olika situationer, men framför allt när det är en relativt hög grad av differentiering som kräver både vertikal och horisontell integrering” (ibid. s. 16). Lindqvist (1998) beskriver med delvis samma teoretiska modeller samarbete och samordning som mer långtgående än samverkan eftersom samverkan ”tillåter att organisationerna (fullt ut) bibehåller de ursprungliga målen och aktiviteterna” (ibid. s. 83).

Samverkan mellan myndigheter är något som under senare år har lyfts fram som ett sätt att effektivisera olika aktörers och myndigheters arbete samtidigt som det kan förhindra att individer ”faller mellan stolarna” (Hjern, 2007). Danemark och Kullberg (1999) kallar samverkan för ”välfärdsstatens nya arbetsform. Utifrån studier som gjorts tycks det främst vara under projektform som olika samverkansförsök har drivits och studerats (ref). Samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet beskrivs som ett permanent inslag i

² Såväl avstämningsmöten och teammöten som partsöverskridande möten är att betrakta som flerpartsmöten.

välfärdspolitiken som bör övergå till att bli en del av den ordinarie verksamheten (Jönsson, 2003).

Studier om rehabiliteringsprocessen

Svenska studier av rehabiliteringsprocessen har under senare år gjorts genom statistiska analyser utifrån aktstudier (Hetzler, Melén, & Bjerstedt, 2005), intervjuer med flera olika parter och aktörer (Edlund, 2001), intervjuer med en part såsom handläggare om avstämningsmötet (Bengtsson Malmblad, Edwardson Stiwne, & Ekberg, 2007) och intervjuer med långtidssjukskrivna kvinnor (i kombination med fokusgruppsintervjuer och en enkätstudie) (Gerner, 2005) med etnografisk ansats i en fallstudie med kompletterande intervjuer (Holmén-Isakson, 2005) och med tonvikten på sambandet arbetslöshet och långtidssjukskrivning (Melén, 2008) samt med interaktiv och metodstödande ansats (Ekberg & Sebrant, 2007). Avstämningsmötet som en specifik del av rehabiliteringsprocessen har i Försäkringskassans metodundersökning 2004, studerats genom tre olika metoder: en aktundersökning, en enkät till handläggare samt ett frågeformulär till metodansvariga (Runnerstedt & Ståhl, 2005). Relativt få studier av rehabiliteringsprocessen bygger på näranalyser av de möten som rehabiliteringsprocessen är uppbyggd kring. Ett tydligt undantag är Melén (2008) som i sin avhandling om människor som är både arbetslösa och sjukskrivna beskriver möten mellan klienter och handläggare från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Möten mellan institutioner och medborgare

Inom samtalsforskningen i bred bemärkelse både internationellt och nationellt finns dock en mängd studier som analyserar mötet mellan enskilda medborgare och representanter för en rad olika institutioner (Drew & Heritage, 1992; Mishler, 1984; Sarangi & Roberts, 1999). Med en gemensam term brukar studier av detta slag diskutera dessa möten som *institutionella samtal* (Linell, 1990a). Svenska studier av institutionella samtal har under de senaste två decennierna undersökt olika delar av hälso- och sjukvården och det sociala välfärdsarbetet, så som hälso- och sjukvården (t.ex. Baggens, 2002; Bredmar, 1999), socialtjänsten (t.ex. Cedersund, 1992; Kullberg, 1994), Arbetsförmedlingen (Thunqvist Persson, 2003) och behovsbedömning inom äldreomsorgen (Olaison, 2009). En relativt nyligen genomförd studie av kommunikativa processer i avstämningsmötet visar hur en betydande del av dessa möten upptogs av en slags förhandling mellan olika perspektiv på förutsättningar och villkor för rehabilitering (Bülow & Ekberg, 2009).

Samtal mellan klienter och professionella skiljer sig på flera sätt från andra typer av möten. Orsaken till och ämnet för mötet hör samman med den enskilde patientens/klientens

livssituation medan den institutionella parten är den som har den efterfrågade expertkunskapen med kännedom om vilka möjligheter som står till buds för att bistå den enskilde samt i många fall befogenhet att fatta de beslut som anses nödvändiga. För den institutionella parten är mötet och samtalandet en del av arbetet, något som görs med en viss rutin och i många sammanhang enligt en speciell byråkratisk ordning. För den enskilde är det däremot ett möte bortom det vardagliga vilket kan få stora konsekvenser för hur livet kan fortsätta att levas. Utifrån en analys av läkar-patient samtal har Mishler (1984) beskrivit det institutionella samtalet som ett möte mellan två olika röster: den medicinska rösten och livsvärldens röst. Forskning om kommunikativa processer i olika typer av institutionella samtal brukar gå under begreppet *institutionella diskurser* (Agar, 1985) för att markera att det är samtalsordningen dvs. hur samtalet gemensamt förs som studeras. I ett kliniskt perspektiv kan den här typen av forskning ge kunskap om hur institutionella samtal i praktiken går till och genom detta bidra till nya tankar för hur man bör genomföra samtal av ett visst slag.

Flerpartssamtal: tvärinstitutionella/partsöverskridande möten och multiprofessionella team

Rehabiliteringsprocessen, liksom många andra processer som sker inom så kallade människo-behandlande verksamheter (human service organisations) (Hasenfeld, 1983), består vanligen av en rad olika typer av möten inom personalgrupper (typ rapportering), mellan olika professioner (t.ex. i multiprofessionella team) och mellan aktörer från olika samhällsorgan eller myndigheter (t.ex. vid konsultationer och i samverkansprojekt).

Inom samtalsforskningen, där studiet av institutionella diskurser ingår, skiljer man mellan tvåpartssamtal och flerpartssamtal (Korolija, 1995; Linell, 1990b). Det prototypiska institutionella samtalet, utifrån många studier inom fältet, kan sägas vara ett möte mellan t.ex. en socialarbetare och en biståndssökande klient (t.ex. Cedersund, 1992; Kullberg, 1994). Samtidigt inkluderar många institutionella samtal i praktiken flera personer samtidigt. Det gäller t.ex. vid möten *med* individen såsom vid överlämnande av ansvar mellan kommun och landsting vid så kallade vårdplaneringsmöten (Efraimsson, 2005; Hedberg, 2007) och vid avstämningsmöten (Bülow & Ekberg, 2009). Detsamma gäller möten mellan professionella *om* patienter/klienter (t.ex. Nikander, 2003).

Samtal som omfattar tre eller flera personer gestaltar sig vanligen på helt andra vis än ett möte mellan två personer. Det gäller oavsett om det är representanter för en människobehandlande verksamhet som möter en patient/klient eller om mötet sker inom en personalgrupp, i ett multiprofessionellt team eller i ett sammanhang där flera samhällsaktörer möts. Fler ska

samsas om ordet och utrymmet i samtalet liksom om vad det är viktigt att prata om. Allianser med olika konstellationer kan uppstå och brytas i samtal mellan flera.

Att ta sin utgångspunkt i möten inom rehabiliteringsprocessen innebär en möjlighet att studera det kraftfält och de spänningar som Lindqvist (1998) beskriver mellan rehabiliteringens olika arenor. Enligt Bülow och Ekbergs (2009) studie liknar avstämningsmöten i flera avseenden andra institutionella diskurser mellan medborgare och myndighet genom uppbyggnaden i olika faser och med urskiljbara ”röster” som står för olika perspektiv. Avstämningsmötet är samtidigt en mötesplats för olika myndigheter, verksamheter och parter – den försäkrade inberäknad. Dess karaktär som tvärinstitutionellt flerpartssamtal märks genom den ”kör” av röster som identifierats: den medicinska rösten, regelverkets röst, arbetslivets röst och livsvärldens röst (Bülow, 2009).

Samtal inom ett team utgör en speciell typ av flerpartssamtal genom att team vanligen bygger på en mer stadigvarande grupp medlemmarna som regelbundet träffas och diskuterar uppgifter som de på något vis har ett delat ansvar för. Inom hälso- och sjukvård och socialt välfärdsarbete är team och teamarbete ett välkänt fenomen sedan lång tid tillbaka (Abbott, 1988). Redan 1970 beskrevs teamarbete som den bästa modellen hittills för att arbeta ur ett helhetsperspektiv med människor med multipla behov (Jaques i Thylefors, Persson, & Hellström, 2005). Team och teamarbete kan dock innebära olika saker och bygga på olika grad av samarbete mellan medlemmarna. En svensk forskargrupp som studerat team inom svensk hälso- och sjukvård och socialt välfärdsarbete beskriver tre olika typer av flerprofessionella team: *multi-*, *inter-* och *transprofessionella*, där graden av koordinering, samspel och rollövertagande är lägst för det multiprofessionella teamet och högst för det transprofessionella teamet (Thylefors, et al., 2005). Studien visar att den vanligaste formen av team inom svensk hälso- och sjukvård och socialt välfärdsarbete är mellanformen dvs. interprofessionella team följt av det transprofessionella teamet. Studien visar också att ju högre grad av (interdependence) och nära samarbete som präglar teamet desto högre rankades effektiviteten och klimatet i teamet.

En nyligen publicerad studie av interdisciplinära (och tvärinstitutionella) rehabiliteringsteam i Östergötland visar att svårigheter inom teamen att nå en gemensam förståelse av uppgiften främst berodde på divergerande uppfattningar om arbetsförmåga samt inställningen bland läkarna till samarbete och samverkan (Ståhl, Svensson, Petersson, & Ekberg, 2009). Studien, som bygger på fokusgrupper med 12 rehabiliteringsteam samt 12 intervjuer med verksamhetscheferna för dessa team, visar att det bland läkarna fanns två skilda sätt att uppfatta och förhålla sig till samarbete: genom att framhålla och värna den traditionella

läkarollen som suverän auktoritet och genom att betona och bejaka samverkan med andra professioner som medel för att nå ett bättre resultat i rehabiliteringsprocessen.

METOD

Datainsamling

Uppföljningsprojektet riktades mot de tre mötesplatser och typer av möten som utifrån arbetsbeskrivningen för rehabsamordnare uppfattades som i centrala för rehabiliteringsprocessen betraktad ur vårdcentralens arbete nämligen: avstämningsmöte, team-möte och partsöverskridande samverkansmöten med andra aktörer som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialtjänsten.

Studien bygger på olika metoder för datainsamling så som intervjuer/fokusgrupper med rehabsamordnare och andra personer från olika yrkesgrupper på vårdcentralen, observationer och ljudinspelningar från möten, individuella efterintervjuer med samtliga mötesdeltagare samt intervjuer med patienter tre månader efter avstämningsmöte och rekonstruktioner av individuella rehabiliteringsprocesser för patienter som genom att delta eller aktualiseras i något av de möten som ingick i studien. Totalt bygger föreliggande rapport på material från:

- 3 avstämningsmöten
- 3 team-möten
- 2 partsöverskridande möten (ARENA/SAMVERK)
- 4 fokusgrupper med läkare
- 4 intervjuer med rehabsamordnarna om funktionen, rollen och arbetets organisation
- 17 intervjuer med mötesdeltagare efter avstämningsmöten
- 14 intervjuer med mötesdeltagare efter team-bedömningar
- 9 intervjuer med mötesdeltagare efter partsöverskridande möten (ARENA/SAMVERK-möten)
- 6 rekonstruktioner av rehabiliteringsprocessen för patienter i studerade möten
- 3 intervjuer med patienter tre månader efter avstämningsmöte

URVAL OCH BORTFALL

Fyra av länets vårdcentraler – Gnosjö, Hälsan 1, Mullsjö och Tranås – valdes genom ett strategiskt urval på grundval att skapa ett så variationsrikt urval som möjligt utifrån aspekter som kommunstorlek (befolkning), stad/tätort med förhållandevis mycket landsbygd och ohälsotalets utveckling. Två av vårdcentralerna arbetade vid tiden för datainsamling efter modellen med strukturerad samordnad bedömning enligt STRUT³. Övriga två vårdcentraler som arbetade enligt annan modell.

³ Modell utarbetad av C Nyström och Orvar Nyström (Krafft, Dellmo, Zackrisson, Nyström & Nyström, 1998).

Möten att ingå i studien valdes av rehabsamordnaren i samråd med projektledaren. För att få ett så generaliserbart material som möjligt trots det lilla antalet studerade möten uppmanades rehabsamordnarna beakta aspekter av generaliseringmöjligheter så att valet inte innebar att enbart okomplicerade, ”lätta” möten valdes eller att möten som uppfattades som mycket ovanliga till sin karaktär blev utvalda.

Studien kom att omfatta färre möten än de 12 som var tänkt att ingå. Detta beror dels på svårigheter att få tillträde till möten dels på att vissa möten sällan eller aldrig förekom på vissa vårdcentraler. Det visade sig t.ex. svårt att få möjlighet att studera avstämningsmöten. Detta märktes dels genom att rehabsamordnare till projektledaren annonserade möjliga möten för att lite senare annullera detsamma då en eller flera mötesdeltagare ställt sig tveksamma inför att ingå i studien. Dels uppfattades ”bristen” på annonsering av möten som svårigheter att rekrytera sådana till studien. För andra möten handlade det om svårigheter för forskarna att få vetskap om möten samt om svårigheter att samordna tider för att kunna studera möten som planerats av vårdcentralerna. Sammantaget innebar detta att projektet dels drog ut på tiden dels att vissa möten som planerats att ingå i studien fick strykas. Vid en av vårdcentralerna blev det av olika anledningar särskilt svårt att få studera möten.

Genomförande

För att få en övergripande bild av rollen för rehabsamordnaren och strukturen för rehabiliteringsarbetet på respektive vårdcentral genomfördes inledningsvis en intervju med rehabsamordnaren. Utifrån informationen som framkom vid denna intervju genomfördes ytterligare intervjuer med andra personer /professioner på vårdcentralen som av olika skäl bedömdes som särskilt viktiga för att skapa en så mångfacetterad bild som möjligt av rehabsamordnarens roll. Som ett led i detta genomfördes vid samtliga studerade vårdcentraler en fokusgrupp med läkargruppen.

Rehabsamordnaren meddelade Hälsohögskolan när ett möte skulle hållas samt diskuterade med projektledaren om detta möte kunde passa in i syftet. Därefter tillfrågades patienten och övriga tilltänkta mötesdeltagare om deltagande i studien. Såväl muntlig som skriftlig information om projektet förmedlades först av rehabsamordnaren och senare i samband med det aktuella mötet av projektledare/forskningsassistent.

Observationer av team-möten, partsöverskridande möten (ARENA/SAMVERK) och avstämningsmöten var av typen öppna och med icke deltagande forskare i rummet. Detta innebar att alla närvarande vid mötet var medvetna om studien samt att observatören förhöll sig tyst under mötet och inte deltog aktivt i samtalet (jfr. Hammersley & Atkinson, 1995). I

nära anslutning till avslutat möte (om möjligt samma dag) intervjuades samtliga mötesdeltagare om sin bild av mötet.

Cirka tre månader efter respektive avstämningsmöte genomfördes en andra intervju med de sjukskrivna. Denna uppföljande intervju behandlade aktuell sjukskrivning/arbete, upplevelsen av mötet och dess betydelse för den individuella rehabiliteringsprocessen samt den sjukskrivnes tankar omkring arbetsförmåga och återgång till arbetet. Rekonstruktion av rehabiliteringsprocessen för enskilda patienter som omtalats vid studerade teammöten och partsöverskridande möten alternativt deltog i Avstämningsmöten genomfördes genom intervjuer med rehabsamordnaren. Samtliga intervjuer genomfördes i samtalsform utifrån en frågeguide med färdigformulerade frågor (Bilaga 1a - e). Intervjuer och möten spelades in med digital ljudbandspelare.

Cirka sex till nio månader efter rekonstruktionen av rehabiliteringsprocesserna för enskilda patienter, presenterades på respektive vårdcentral resultatet från undersökningen av rehabiliteringsarbetet vid den egna vårdcentralen samt synen på rehabsamordnarens roll. Vid återkopplingen gavs utrymme för personalen vid vårdcentralen att tolka och kommentera analyser och resultat. Arbetsgruppernas tolkningar har inkluderats i rapportens avslutande del.

Som tidigare nämnts uppstod en del problem vid datainsamlingen vilket i sin tur försenade processen som därmed drog ut på tiden. Se tabell 1.

Tabell 1. Studiens olika faser

Fas 1	<ul style="list-style-type: none"> • Intervju rehabsamordnare • Intervjuer med andra personer/professioner • Fokusgrupp läkargruppen
Fas 2	<ul style="list-style-type: none"> • Observation och inspelning av möten • Intervjuer med samtliga mötesdeltagare
Fas 3	<ul style="list-style-type: none"> • Rekonstruktion av individuella rehabiliteringsprocesser • Uppföljningsintervju med patient/försäkrad
Fas 4	<ul style="list-style-type: none"> • Transkription och analys
Fas 5	<ul style="list-style-type: none"> • Resultatrapportering till respektive vårdcentral • Muntlig avrapportering vid möte med rehabsamordnarna och processledaren • Rapport

Fas 1 pågick från september/oktober 2008 till januari 2009. Fas 2 påbörjades vid de första vårdcentralerna i oktober/november 2008 och pågick sedan vid alla fyra vårdcentraler under hela våren 2009. Fas 3 påbörjades under våren 2009 och pågick till mitten av sommaren 2009. Fas 4 påbörjades parallellt med insamlandet av data (speciellt gällde detta transkriptionen) men

koncentrerades till hösten 2009 när datainsamlingen avslutats. Fas 5 inleddes i november/december 2009 genom återrapportering till respektive vårdcentral och fortsatte med muntlig avrapportering i februari 2010 i samband med ett möte för samtliga rehabsamordnare samt föreliggande rapport i september 2010.

Transkription

Intervjuer och fokusgrupper i fas 1 transkriberades inte utan användes i sin ursprungliga form som ljudfiler. Råtranskriptioner gjordes av samtliga inspelade möten liksom av intervjuer i anslutning till dessa (fas 2) samt intervjuer i projektets fas 3. Arbetsgruppernas tolkningar, kommentarer och synpunkter vid återrapporteringarna (fas 5) spelades inte in utan noterades snarast efter genomgången, i vissa fall med stöd av korta anteckningar som gjorts under mötet. Råtranskriptionerna innebär ordagranna utskrift från möten och intervjuer men där ingen tydlig markering gjorts för sådant som överlappande tal. Projektets syfte motiverade inte den betydande mertid som en mer noggrann transkription kräver. Istället kombinerades råtranskriptionen tillsammans med upprepad genomlysning av ljudinspelningarna.

Analys av intervjuer och flerpartsmöten

De inledande intervjuerna med rehabiliteringssamordnare och övrig personal på vårdcentralerna samt fokusgrupperna med läkarna lyssnades igenom ett flertal gånger. Noteringar utifrån uppställda frågor liksom identifierade sammanställdes teman som underlag för en beskrivning av det samordnade rehabiliteringsarbetet vid respektive vårdcentral.

Analysen av möten koncentrerades till dels en övergripande analys av mötets struktur, karaktär (t.ex. stämningen) samt arbetsdelningen mellan mötesdeltagarna. Utifrån projektets syfte och dess fokus på rehabsamordnarens funktion och roll gjordes ingen räkning av ord för olika mötesdeltagare. Därutöver lades tid på analys av efterintervjuerna som generellt blev längre än de 10-15 minuter som vi först avsatt. Råtranskriptionerna tillsammans med de ursprungliga ljudfilerna från efterintervjuerna med mötesdeltagarna samt rekonstruktioner och intervjuer med patienten 3 månader efter mötet utgjorde underlag för ifyllandet av ett protokoll uppbyggt utifrån frågeguiden. Data från olika möten i rehabiliteringsprocessen utgjordes vid analysen av både inspelade filer och råtranskriptioner.

Etiska ställningstaganden

Studien har beaktat grundläggande etiska principer omkring samtycke, konfidentialitet och skada och har godkänts av Etikprövningsnämnden (Dnr: M171-08). Detta innebär att personer

som ingår i studier ska vara välinformerade (muntligt och skriftligt) samt ge sitt uttryckliga samtycke till att ingå. I den aktuella studien informerade rehabsamordnaren samtliga mötesdeltagare muntligt och skriftligt om studien i samband med planering/inbokning av det aktuella mötet samt tillfrågade alla om deltagande i studien. Även patienter som ingick i studien enbart genom att omtalas vid möten där de inte personligen deltog (team-möten och partsöverskridande möten av typen ARENA/SAMVERK-möten) fick såväl muntlig som skriftlig information (Bilaga 2a - e) om studien samt tillfrågades om samtycke. Enbart möten där samtliga deltagare samtyckt till deltagande ingår i studien. Informationen omfattade plan för studien, dess syfte och metoder, att deltagandet är helt frivilligt samt om rätten att när som helst avbryta deltagandet utan att behöva ange något skäl för detta. I samband med de enskilda intervjuerna gavs tillfälle till frågor om studien och forskaren försäkrade sig om varje deltagare val att delta genom undertecknande av ett skriftligt samtycke.

I presentationen av analyser och resultat har etiska aspekter beaktats så tillvida att beskrivningarna inte visar vilken vårdcentral som avses. Namn på personer, platser och annat som kan identifiera enskilda individer och arbetsgrupper har ändrats eller uteslutits helt.

I möten där patienter deltog genom att omtalas beaktas i analysen endast generella drag i den enskildes sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocess. Detsamma gäller vid rekonstruktionen av enskilda patienters sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocess där det är generella drag i processen och i arbetsgången som samlats in. Resultatet i det följande presenteras på ett sådant sätt att enskilda personer inte kan identifieras. Inte heller nämns vilken eller vilka vårdcentraler som avses i olika resultat. Där så har varit möjligt redovisas analysen på en övergripande nivå och utifrån temata snarare än utifrån plats.

RESULTAT OCH ANALYS

Studien har alstrat ett rikligt material av delvis olika typ. Presentationen av resultatet från studien är därför organiserad i fem olika delar utifrån den typ av data som utgör grund för analysen. Den första ger en översiktlig bild av den samordnade rehabiliteringens organisering och struktur på de studerade vårdcentralerna. Den andra koncentreras kring analyserna av de studerade möten som utgör centrala punkter i utforskandet av den samordnade rehabiliteringen. Tredje delen av resultat och analysavsnittet beskriver den samordnade rehabiliteringen på individnivå. I den fjärde behandlas synen på rehabsamordnaren som funktion och dess roll i den samordnade rehabiliteringen. Den femte delen slutligen utgörs av tolkningar och reaktioner som kom upp vid återrapporteringen av analyserna till de enskilda vårdcentralerna.

Den samordnade rehabiliteringens organisering och struktur

Beskrivning av olika sätt att organisera och strukturera arbetet för samordnad rehabilitering vid de studerade vårdcentralerna bygger främst på data inhämtat vid de inledande intervjuerna med rehabsamordnarna. Därutöver har information om rutiner, arbetsorganisation och strukturer som framkommit i fokusgrupperna med läkarna och i intervjuer med andra yrkesgrupper fogats in.

Funktionen som rehabsamordnare fanns på samtliga vårdcentraler. På två vårdcentraler hade emellertid en rehabsamordnare funnits långt innan den nya satsningen genomförts. Den vårdcentral som först avsatte tid för en rehabsamordnare hade gjort detta redan 1999. För den vårdcentral där funktionen som rehabsamordnare inrättats sist skedde detta 2007 i samband med satsningen pga. den så kallade sjukvårdsmijarden.

I studien ingår fem rehabsamordnare eftersom två personer delar på funktionen vid en av vårdcentralerna. Professionerna för de fem rehabsamordnarna varierade. Tre var utbildade arbetsterapeuter, en sjukgymnast och en distriktssköterska. Ingen hade uppdraget på heltid. För uppdraget som rehabsamordnare avsattes mellan 30 och 50 % av en heltidstjänst på respektive vårdcentral⁴. Samtliga rehabsamordnare som ingick i studien hade därutöver också anställning på arbetsplatsen baserad på respektive professioner.

På frågan vilka uppgifter funktionen som rehabsamordnare innebar återkom registrering och införandet av information i en för ändamålet framtagen applikation med namnet Mått och

⁴ Tiden baseras främst på patientunderlaget för respektive vårdcentral.

Analys eller MOA som den kallas i vardagslag. Att hålla koll på statistiken och reagera på sjukskrivningar över 28 dagar nämner alla rehabsamordnare som centralt. Genom att ha kontinuerlig uppsikt över all sjukskrivning som sker via vårdcentralen varje vecka beskrev en rehabsamordnare hur hon ibland kunde komma in i processen redan före den 28 dagens sjukskrivning.

En annan viktig uppgift handlade om att initiera och organisera de olika möten som är en del av rehabiliteringsprocessen. Andra vanliga uppgifter var att fungera som kontaktperson för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunens Socialtjänst men också för patienter. På frågan vad rehabsamordnaren samordnar svarar en av dem att det handlar om *”att få ihop de olika processerna och hitta varje individs process”*.

En viktig del i rehabiliteringsarbetet sker i och genom olika möten. Teammöten, avstämningsmöten och partsöverskridande möten (ARENA/SAMVERK) är de mötesfora som används i rehabiliterande syfte. Vid en av vårdcentralerna nämns även förekomsten av ett sjukskrivningsteam som träffades cirka 30 minuter en gång per vecka.

Vid två av de fyra vårdcentralerna utgick *teammötet* från en strukturerad modell för teambedömning (Status 28+-modellen)⁵. Formen för teamarbetet varierade en del liksom strukturen vid teamets möten. Alltifrån tydligt och uttalat strukturerade möten med fastställda rutiner och i förhand bestämda mötestider till mer löst sammansatta gruppmöten som sammankallas vid behov, där också mötesdeltagare kan variera beroende på vilken fakta och vilka synpunkter som behöver diskuteras vid mötet. Rehabsamordnarna beskrev team-mötet som en möjlighet att få en klarare bild av en rehabiliteringsprocess som av något skäl uppfattades som svårbedömd, särskilt komplex eller problematisk av annan anledning. Det handlade vanligen om relativt långvariga fall av sjukskrivning eller sjukersättning. Vem som aktualiserade ett enskilt ärende för teambedömning kunde variera.

Vid det lagstadgade *Avstämningsmötet* deltog både vårdcentralens interna och externa aktörer, liksom patienten själv. Dessa möten hölls alltid på vårdcentralen ansvaret att driva mötet beskrevs ligga på FK. Vid två av fyra vårdcentraler använde man sig av fasta tider för avstämningsmöten medan det vid de andra två var tidsmässigt mer flexibelt. Att inte ha en fast, i förväg inbokad tid för avstämningsmöten innebar problem att kunna delta eftersom förfrågan om deltagande ofta kom sent. Detta problem påpekades specifikt av läkargruppen. Även vad gäller vilka som medverkade verkade dessa möten vara flexibla och kunde variera från fall till fall. Oftast medverkade rehabsamordnaren i mötet liksom sjukskrivande läkare. Patienten var

⁵ Under projekttiden bytte landstinget i Jönköping modell för teambedömning till en internt utvecklad arbetsmodell. Under hösten 2009 infördes den nya modellen på samtliga vårdcentraler efter en utbildningsinsatsning.

en självklar deltagare. Ett skäl för rehabsamordnaren att inte medverka vara t.ex. om någon annan från vårdcentralen förutom läkaren bedömdes som viktig/viktiga för mötet. I sådana fall avstod rehabsamordnaren från att delta för att inte mötet skulle involvera alltför många personer.

Rehabsamordnarna beskrev avstämningsmötet som den mötesplats för samordnad rehabilitering som användes oftast och som vanligen utifrån den enskilda patienten var det första flerpartsmötet i rehabiliteringsprocessen. Den fasta tiden som ett par vårdcentraler inrättat som reserverad för avstämningsmöten fungerade som en öppen tid för att med kort varsel kunna arrangera ett avstämningsmöte och den värnades genom att den för läkarna markerades som ”patientfri” tid i tidbokningssystemet. Också andra möten i rehabiliteringsprocessen förlades med fördel på den fasta tiden.

Partsöverskridande möten (ARENA/SAMVERK-möten) var den tredje mötesformen av betydelse för rehabsamordnarna. Vid en av de fyra vårdcentralerna förkom dock inte denna mötestyp alls. Grunden för att ta upp ett ärende vid ett partsöverskridande möte var att fler parter än sjukvården och Försäkringskassan var involverade eller var på väg att bli involverade. *”Det är ju mycket för att ingen ska falla mellan stolarna och att vi bittar en väg framåt framför allt.”* Vid en vårdcentral sammankallade man till partsöverskridande möten vid behov och sammanförde då såväl vårdcentralens interna aktörer och representanter för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialtjänsten. Vid en vårdcentral hade man en fast tid var fjortonde dag för ett partsöverskridande möte. Vid en vårdcentral sa man att detta från början varit en uppgift för rehabsamordnaren men att det efter hand övergått till att bli en läkaruppgift.

Utöver mer formaliserade möten av skilda slag fanns på flera vårdcentraler även en fast tid en gång per vecka när kontaktpersonen från Försäkringskassan kom till vårdcentralen. Vid den fasta tiden med Försäkringskassans representant (FK-koordinator) kunde läkarna lyfta olika frågor samtidigt som handläggaren från Försäkringskassan kunde ha med sig ärenden och frågor till läkare på vårdcentralen. Vid dessa regelbundna möten deltog också rehabsamordnaren.

De olika delstrukturer för organiseringen av rehabiliteringsarbetet som beskrevs för de studerade vårdcentralerna kan sägas höra ihop med och gynna en av två huvudsakliga former för arbetsorganisation. Den ena formen står för en tydlig struktur för samverkan i teamet och med andra parter – främst Försäkringskassan. Den andra står för en mer traditionell arbetsdelning utifrån profession och ställning på vårdcentralen (se tabell 2 nedan). För vårdcentralerna som ingick i studien beskrivs för var och en ofta element av både den ena och andra modellen. Det går därför inte att entydigt säga att en specifik vårdcentral är uppbyggd

enligt en viss av nedanstående strukturer. Det handlar snarare om en mix av de två modellerna för arbetsorganisation men där den ena formen ofta verkar dominera.

Tabell 2. Arbetsorganisation för den samordnade rehabiliteringen

Tydlig och uttalad teamstruktur	”Traditionell” arbetsdelning
Fast tid för FK kontakt + patientfri tid	Tider för kontakt med FK varierar ”efter behov”
Förbokade tider för möten i rehabiliteringsprocessen, t.ex. avstämningsmöten	Tider för möten i rehabprocessen växlar
Rehabsamordnaren in i processen utifrån sjukskrivningstid	Rehabsamordnaren in i processen när läkaren tycker att det är befogat
Bestämd struktur för teambedömningens genomförande där samtliga teammedlemmar rapporterar om sina respektive insatser och bedömningar av en enskild patient	Olika professioner rapporterar till läkare om sina insatser och bedömningar av enskilda patienter
Mötesstruktur för interna diskussioner omkring sjukskrivningar	Teambedömningar sker ad hoc när någon i teamet uppfattar att det behövs

Förutom ovanstående organisering framstod också lokalernas utformning och speciellt rehabsamordnarnas placering i förhållande till andra inom teamet som viktig när det gällde att förklara vad som främjar eller försvårar teamarbetet.

Möten för samordnad rehabilitering

Analysen av de studerade möten bygger dels på ljudinspelningarna som genomlyssnats ett flertal gånger, dels på råtranskriptionerna. Till detta har fogats analyser av efterintervjuerna med mötesdeltagare från respektive möte. I enlighet med studiens syfte har mötena och deltagarnas upplevelse av dessa främst studerats utifrån rehabsamordnarens roll. På ett översiktligt sätt har dock avstämningsmötet jämförts med tidigare studier av sådana möten.

AVSTÄMNINGSMÖTET

Tre avstämningsmöten kom att ingå i studien. Totalt deltog 6 personer i två avstämningsmöten och 5 personer i ett möte. I samtliga avstämningsmöten deltog: den försäkrade, representant från Försäkringskassan, arbetsgivare, läkare och rehabsamordnaren. Därutöver medverkade i ett möte representant för Arbetsförmedlingen och i ett möte behandlande sjukgymnast. I samtliga möten deltog rehabsamordnaren i sin roll som rehabsamordnare.

Samtliga tre avstämningsmöten inleddes av Försäkringskassans representant som på det sättet framstod som den som ledde mötet. På det sättet liknade dessa möten åtminstone inledningsvis resultat från tidigare studier (Bülow & Ekberg, 2009). Andra likheter med nämnda studie var att mötet var tydligt uppdelat i olika faser samt att sjukvården i många avseenden agerade som patientens ”advokat”. Därutöver tog en av sjukvårdens parter, i två av

de i de studerade mötena, ett påtagligt ansvar för att driva avstämningsmötet framåt. I ett fall var detta rehabsamordnaren. Sammantaget gjorde detta att den medicinska rösten dominerade starkt i två av mötena – inte bara för att framföra ett medicinskt perspektiv, utan också för att driva mötet som sådant. Det tredje mötet påminde i högre grad om tidigare studie genom att Försäkringskassans representant var den som ledde och orkestrerade mötet från början till slut.

Rehabsamordnarens roll i mötet var delvis oklar (utom i det möte där hon framstod som vårdcentralens primära representant). Hon spelade i två av tre möten en tämligen liten roll vad gäller samtalsbidrag, frågor etc. under mötet. För arbetsgivarparten var det inte självklart att veta om att det finns en rehabsamordnare på vårdcentralen och därmed inte heller innebörden av denna funktion. På det sättet kan man tolka rehabsamordnare som främst en ”intern” resurs inom vårdcentralen men också som en resurs mellan de parter som på ett självklart sätt ingår i den samordning av rehabiliteringsinsatser som samhället idag är uppbyggt omkring, dvs. sjukvården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Utanför den kretsen av initierade professionella tycks kunskap om rehabiliteringsamordnarens roll liten. Detta gäller också i viss mån för hur patienter beskriver sin kontakt med rehabsamordnaren.

Mötesdeltagarnas bedömning

Mötesdeltagarna i två av tre studerade avstämningsmöten tycktes samstämmigt dela uppfattningen att det varit ett bra och meningsfullt möte där man hade fattat beslut av stor betydelse för den fortsatta rehabiliteringsprocessen. Besluten kunde handla om arbetsträning eller en plan för fortsatt rehabilitering. Ett möte bedömdes av samtliga mötesdeltagare som ett mindre bra möte. Argument som framfördes var att mötet varit ”onödigt” och ”lite trögt”. Dessa synpunkter blandades dock med mer positiva omdömen som att ”*alla fick komma till tals*”. Det rådde även olika uppfattningar om huruvida några beslut hade fattats. På frågan om de varit kreativa rådde större tveksamhet. I stora drag tyckte samtalsdeltagarna att det handlade om att göra en sammanställning och att få en så komplett bild som möjligt av det aktuella läget. Inget möte beskrevs därför som speciellt kreativt i så måtto att det födde några nya tankar. Däremot beskrevs ett möte som ”konstruktivt”.

I analysen av intervjuerna märks en tendens av att de vårdcentralens interna aktörerna var mer positiva till mötet än de externa aktörerna. ”*Det var väl inte himlastormande för då hade vi ju kommit fram till någonting redan där, men det var helt okej.*” En problematisk sida av samverkan, som några nämnde, var det faktum att det kan bli väldigt många mötesdeltagare. ”*Man känner sig så liten*” säger en t.ex. patient. Här kan man alltså se att för- och nackdelar går hand i hand; en komplett bild tack vare många deltagare med risk för en att inge en obehaglig känsla hos patienten. Detta är sannolikt inte enbart en fråga om hur många personer som sitter i rummet.

I deltagarnas individuella bedömningar av mötet märks tydligt hur det för de professionella parterna handlar om ett rutinuppdrag medan det för arbetsgivaren och den försäkrade handlar om något utanför det vanliga och det normala i vardagen.

TEAMBEDÖMNINGSMÖTEN

Vid två av de studerade vårdcentralerna arbetade man enligt en strukturerad modell för teambedömningar. En vårdcentral hade i samband med rehabsamordnarfunktionens inrättande börjat arbeta mer strukturerat med teambedömningarna men utgick inte från någon speciell modell för detta. Den fjärde studerade vårdcentralen arbetade mer ad hoc-betonat med team genom att vid behov sammankalla de personer inom vårdcentralen som redan var involverade i ett specifikt patientärende eller som inblandade ansåg borde bli involverade. På grund av det behovsinriktade arbetssättet studerades inget team-möte vid den sistnämnda vårdcentralen.

Vid de studerade team-mötena medverkade i två möten fem personer av olika yrkeskategorier. I ett möte deltog fyra personer/professioner. Rehabsamordnaren och en läkare medverkade vid samtliga. Därutöver medverkade sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och psykolog. I ett möte fungerade en person som processledare för mötet. I ett annat föll rollen som sekreterare för mötet på rehabsamordnaren. Två av de studerade team-mötena hölls i ett neutralt mötesrum på vårdcentralen. Det tredje genomfördes i läkarens arbetsrum som därmed hade tillgång till datajournalen som vid några tillfällen konsulterades. Tidsåtgången varierade kraftigt mellan möten där de som utgick från en utarbetad strukturerad modell för teambedömningen tog avsevärt mycket längre tid – mellan 1,5 och 2 timmar jämfört med 15 minuter för mötet som inte utgick från en fastlagd modell.

Stämningen vid samtliga tre team-möten tycktes vara god till familjärt hjärtlig. Fördelningen av talutrymme var demokratiskt och alla bidrog. Samtalen föll sällan samman till olika tvåpartssamtal eller mindre grupper som parallellt samtalade om olika delar. På det viset märktes en stark struktur för mötet som deltagarna delade. Att mötena som genomfördes utifrån en mer strukturerad modell blev betydligt längre kan delvis höra samman med ovanstående men också genom att det leddes eller snarast orkestrerades av en för uppgiften utsedd person. Andra deltagare bistod emellanåt med kommentarer som ledde mötet vidare så som ”har vi satt någon siffra här eller?”. Samtalet var också uttalat dialogiskt och alla verkade inställda på att samarbeta omkring uppgiften. Deltagarna tycktes lyssna på varandras inlägg på ett reflekterat sätt.

Mötesdeltagarnas bedömning

På två av vårdcentralerna beskrevs team-mötet generellt i positiva ordalag. Vid den tredje var omdömet blandat. Flera bland deltagarna i de två längre mötena kommenterade att mötet tog

alltför lång tid. Detta ansågs bero på en ofokusering som borde gå att arbeta bort genom ett bättre upplägg av mötet. Det framkom också tveksamheter om mötets nytta i förhållande till dess tidsåtgång.

”jag kan få förståelse och en annan bild, eller kompletterande bild av ett specifikt patientfall då, samtidigt så är det ju väldigt tidskonsumerande, där min kreativitet kanske behövs på annat håll istället för att sitta i en och en halv timme och diskutera ett fall”

På frågan om mötets betydelse för den aktuella patientens rehabiliteringsprocess angav samtliga deltagare höga omdöme efter två av mötena (fyra eller fem på en femgradig skala). Efter ett möte blev bedömningen betydligt lägre och varierade mellan ett och tre på samma skala alternativt angav svårighet att alls värdera mötets betydelse för patienten. Något alla mötesdeltagare verkade vara mer eller mindre överens om var att alla inblandade kom till tals. Graden av egen aktivitet och bidrag till diskussioner och beslut varierade dock och hörde ihop med både roll i mötet och tidigare kontakt med patienten. Flertalet utgav sig dock nöjda med sitt bidrag till mötet. Ett problem som framkom var om den som hade rollen som processledare/mötessekreterare också skulle agera utifrån sin yrkesroll. På en vårdcentral hade detta lösts genom att ”dubblera” en yrkeskategori där den ena enbart hade rollen att leda mötet medan den andra kunde agera utifrån sin profession.

Vid tolkningen av svaren om huruvida mötet uppfattades såsom kreativt framkom inget som styrker att några nya idéer skapades vid mötet men däremot att processen gick framåt.

”på nåt sätt känns det som att det blir en fördjupning / ... / landa på ett ställe där vi inte riktigt har varit innan i arbetet kring den här patienten”

”jag tycker nog nästan alltid när vi har våra teammöten att vi ändå kommer nånstans, även om int- alltså stegen kan ju vara väldigt olika stora”

”för mig är det alltid en förhoppning och en möjlighet, att nu ska man träffas och nu ska vise på det här tillsammans och så”

Intressant att notera för ett av de studerade teammötena enligt den mer strukturerade modellen är att själva strukturen bidrar till känslan av kreativitet i mötet.

”formuläret öppnar upp för tankarna”

”det här formuläret vi går efter, gör att vi blir kreativa, det blir inte att vi famlar i luften utan vi, ja det blir konkreta frågor som vi tar tag i”

”det här sättet att jobba inbjuder människor till att vara aktiva och komma med sina funderingar också, inte bara sina bedömningar”

Team-möten var en relativt ny företeelse för flera av mötesdeltagare. Åtminstone angav flera att den typ av möte som observerats var något som de inte deltagit i tidigare eller bara vid ett fåtal tillfällen tidigare. Det innebar dels en del problem i mötet pga. ovana och orutin men också nyfikenhet och lärande.

”Eftersom jag är ganska nyutbildad så lär jag mig väldigt mycket om, inte bara patienten, men man lär sig lite om all och vad är det läkaren har undersökt- tittat på, vad är det sjukgymnasten har tittat på egentligen? /.../ vad har rehabsamordnaren för kunskap, vad skulle jag kunna? Så jag tycker det är väldigt kul med teamarbete”.

Samtidigt svarade de som hade några tidigare erfarenheter att jämföra med att mötet var av ett ganska vanligt slag och så som team-möten brukar vara. Det framkom både efter de observerade mötena och i andra intervjuer att team-möten arrangerades för ärenden som bedömdes som mer komplexa och svårframkomliga vilket också präglade sammankomsterna

”dom här mötena blir ju alltid intensiva, för dom patienterna vi tar upp i dom här mötena är ju komplexa”.

Sammantaget visar mötesdeltagarnas reflektioner från två av tre studerade möten en såväl tydlig positiv syn på team-mötet som effektivt redskap i rehabiliteringsprocessen som en utpräglad samsyn vid bedömningen av det specifika mötet. Deltagarnas bedömning av team-mötet vid den tredje vårdcentralen uppvisar en mer splittrad bild som både ger mötet ris och ros.

PARTSÖVERSKRIDANDE MÖTEN – ARENA/SAMVERK

Två möten av typen partsöverskridande samverkan ingår i studien. Dessa var organiserade på tämligen olika vis. I ett fall samlades parterna runt en specifik individ för att utifrån respektive parts förutsättningar och tidigare insatser/engagemang resonera om vad som var en klok gemensam strategi och som på bästa sätt gynnade den enskilde. Oavsett om samtliga mötesdeltagare hade/hade haft kontakt med personen som omtalades koncentrerades samtalet till den individs problem, förmåga och behov. I det andra fallet samlades gruppen omkring ett antal olika individers situation där olika parter lyfte individärenden man ville dryfta med en eller flera av övriga mötesdeltagare. Så som mötena hade organiserats innebar det stor skillnad i den tid ett enskilt individärende tog i gruppen. Påtagligt var att parterna pratade och agerade utifrån sitt specifika kunskapsområde, sin myndighet och dess regelverk. Detta innebar ofta ganska långa inlägg från varje person vilket blev mer av typen information om hur man från just det här perspektivet såg på ärendet. På det sättet blev det mindre utrymme för direkt interaktion.

Mötesdeltagarnas bedömning

De specifika, studerade mötena uppfattades av flertalet som *"ett bra möte"* som varit *"informativt"* för de medverkande och enligt någon *"livsavgörande"* för den omtalade patienten.

"Det kändes som ett bra möte, det ledde vidare att det liksom händer någonting så och att man klargör från dom olika ställena hur det ligger till så."

Ett av mötena uppfattades dock som *"lite stelt"* och en smula *"tekniskt"* samt framför allt väl *"långt"*. Till det tekniska kopplades *"informationsöverföring"* vilket utifrån analys av det inspelade mötet skulle kunna förstås av långa inlägg av enskilda mötesdeltagare utifrån respektive verksamhets perspektiv. En positiv aspekt av detta var beskrivningen att mötet varit *"lärorikt"*. Deltagarna var överens om att beslut hade fattats under mötet men det rådde delvis olika uppfattningar om vilka dessa beslut var. En anledning kan vara bristen på tydlig mötesstruktur vilket också någon påpekade och samtidigt efterlyste att en person skulle ha utsetts till att leda samtalet.

Generellt uttryckte deltagarna sig vara positiva till att mötas tvärs över myndighets- och verksamhetsgränser. Samverkan ansågs *"förkorta processen"* för enskilda klienter/patienter/försäkrade.

Rehabiliteringssamordning på individnivå

För att ytterligare betrakta rehabiliteringsprocessen och rehabsamordnarnas funktion genomfördes samtal med patienter tre månader efter aktuellt avstämningsmöte. Dessutom gjordes en samt rekonstruktion av den samlade rehabiliteringsprocessen utifrån sjukvårdens perspektiv genom samtal med rehabsamordnaren på den aktuella vårdcentralen. Dessa samtal ägde rum mellan 3 och 6 månader efter observationstudien på respektive vårdcentral.

UPPFÖLJANDE INTERVJU MED PATIENT

Sammantaget genomfördes uppföljningsintervjuer med tre patienter/försäkrade ungefär tre månader efter respektive avstämningsmöte. Syftet med dessa tremånaderssamtal var att utifrån patientens perspektiv få en uppfattning av rehabiliteringsprocessen och rehabsamordnarens arbete och roll samt följa upp de beslut som eventuellt fattats vid det studerade mötet.

Redan i samband med avstämningsmötena tillfrågades patienterna om de ville medverka vid en intervju om sin rehabiliteringsprocess några månader senare. Alla tre tillfrågade svarade ja. Vid ny kontakt inför bokning av tid för uppföljningsintervju ställdes på nytt frågan om medverkan i studien. Också vid detta tillfälle svara alla tre ja.

Vad berättade då patienterna vid uppföljningsintervjun cirka tre månader efter avstämningsmötet? Vid tidpunkten för uppföljningsintervjun hade en person övergått från sjukskrivning till arbetslöshet och kontakten med Försäkringskassan hade därmed övergått till en kontakt med Arbetsförmedlingen. En person var helt sjukskriven och skulle fortsätta på det viset ytterligare två månader. Samma person hade dock arbetstränat under en period efter avstämningsmötet. Därutöver hade patienten behandlats med sjukgymnastik och smärtstillande tabletter. Ur ett hälsoperspektiv angav båda att besvären totalt sett i princip kvarstod på samma nivå som vid avstämningsmötet. En av de intervjuade hade återgått i arbete på 25 % efter en tids arbetsträning. På frågan om avstämningsmötet spelat någon roll uttryckte hon först tveksamhet men sade sedan att det nog inte kommit någon arbetsträning till stånd utan detta möte där det sattes viss press på arbetsgivaren. De andra två uppfattade att avstämningsmötet varit bra som sådant samtidigt som båda uttryckte tveksamhet till mötets betydelse för deras egen rehabiliteringsprocess.

Exempel

- I: Det här avstämningsmötet som vi var på, tycker du så här i efterhand att det hade nån betydelse för vad som hänt sen?
- P: nej, det tror jag inte det har för det (..) tycker jat inte att det har nån större betydelse tror jag. Man får ju gå från den ena till den andre i alla fall eller hålla på så menar jag.

De tre intervjuade patienterna uppfattar inte att rehabsamordnarna har haft någon betydelse för deras rehabiliteringsprocess och beskriver sin kontakt med rehabsamordnaren under den aktuella tiden som mycket sparsam eller obefintlig. Patienterna verkade osäkra på vad som var rehabsamordnarens uppgift i sammanhanget. Personer som patienterna nämner som betydelsefulla för dem är istället behandlande läkare och sjukgymnast.

REKONSTRUKTION AV REHABILITERINGSPROCESSEN

För att få en uppfattning om hur rehabiliteringssamordningen gestaltat sig för enskilda patienter utifrån vårdcentralens perspektiv och vilken roll rehabsamordnaren upplevde sig ha spelat i de patientärenden som ingått i studien genom att aktualiseras på någon av ovanstående arenor gjordes en rekonstruktion av ärendet. Totalt rekonstruerades rehabiliteringsprocessen för sex patienter. Tre rekonstruktioner handlade om patienter/försäkrade som deltagit i avstämningsmöten, två rörde patienter som varit föremål för diskussion i teammöten och en rekonstruktion beskrev rehabiliteringsprocessen för en person som diskuterats vid ett partsöverskridande möte.

Rekonstruktionerna genomfördes genom intervjuer med rehabsamordnaren. Samtliga rekonstruktioner för personer tillhörande samma vårdcentral genomfördes vid ett och samma

intervjutillfälle men var tydligt separerade från varandra. Som mest innebar det att en rehabsamordnare beskrev rehabiliteringsprocessen för tre olika patienter. Rekonstruktioner genomfördes vid tre vårdcentraler. Under intervjun som hade formen av ett samtal konsulterade rehabsamordnaren vid behov en i förväg dokumenterad sammanställning byggd på journalanteckningar och egen kännedom om fallet. Vid två vårdcentraler genomfördes ingen rekonstruktion av rehabiliteringsprocessen för personer som omtalats vid möten. I ett fall berodde detta på att rehabsamordnaren saknade egen kännedom om patienten vars rehabiliteringsprocess i relativt liten utsträckning fanns dokumenterad i vårdcentralens journal. I det andra fallet berodde bortfallet på en utsträckt utvärderingsprocess på grund av bland annat svårigheter att hitta tider för möten.

Det är svårt att skapa en generell bild av rehabiliteringsprocessen via rekonstruktions-samtalen, men intrycket blir att rehabsamordnarna uppfattar att de aktuella patienterna ”mådde” bättre längre fram i processen jämfört med hur det var vid studerade möten och att den individuella rehabiliteringen har rullat på. Då de aktuella patienterna sinsemellan var väldigt olika beträffande ålder, kön och besvär blev också insatser i form av behandlingar och utredningar väldigt olika.

Rehabsamordnarna var generellt sett nöjda med sin roll och sin insats i de studerade fallen även om rollen hade varit olika för olika patienter. Någon beskrev att hon mest fungerat som ”katalysator” för att få igång processen medan det i andra fall har varit en närmare och mer aktiv kontakt mellan patient och rehabsamordnare. På frågan när i processen man som rehabsamordnare brukade komma in varierade detta. I de rekonstruerade rehabiliteringsprocesserna visade det sig dock att rehabsamordnaren ofta blivit involverad i ärendet i samband med eller för att arrangera något av de omtalade mötena (team-, avstämnings- respektive partsöverskridande möte). Som ett resultat av något möte fortsatte kontakten mellan patient och rehabsamordnare utifrån den förstnämndas profession. Efter flera av de studerade mötena hade rehabsamordnaren enbart sporadisk om någon kontakt med patienten. I några fall hade rehabsamordnaren kommit in direkt efter fyra veckors sjukskrivning utan att det har varit aktuellt att ordna för ett möte precis då. Rehabsamordnarna ansåg själva att det är en fördel att komma in så tidigt som möjligt i processen.

Vid ett rekonstruktionssamtal poängterades också värdet av goda kontakter mellan vårdcentralen och Försäkringskassan – särskilt då någon part inte bidrar till på processen på ett förväntat sätt. Ett exempel som gavs handlade om ett fall där arbetsgivaren inte riktigt uppfyllde löften om arbetsträning. Att det då fanns goda och välfungerande kontakter mellan Försäkringskassan och vårdcentralen förhindrade att patienten hamnade ”mellan stolarna”.

I samband med rekonstruktionerna framkom också kommentarer som beskriver värdet av teamsamarbete ur arbetsmiljösynpunkt. Ett par rehabsamordnare poängterar särskilt vikten av det stöd man ger varandra vid teammötet liksom värdet av att få känslan av att dela problemen med någon.

Synen på rehabsamordnaren som funktionen

Vid intervjuer och fokusgrupper, både i inledningsskedet av studiet och i samband med observation av olika möten, ställdes frågor om hur man uppfattade rehabsamordnaren som funktion. Nedanstående beskrivning av vårdcentralens bild av rehabsamordnaren bygger på dessa olika typer av data.

VÅRDCENTRALENS BILD AV REHABSAMORDNARFUNKTIONEN

Det framgår tydligt att den interna synen på rehabsamordnarfunktionen i huvudsak var mycket positiv för de allra flesta och på flertalet av de studerade vårdcentralerna. Det förekom dock en del mer kritiska uppfattningar.

Två av fyra intervjuade läkargrupper uttryckte ett otvetydigt gillande och sade bland annat att funktionen skapar struktur och tydlighet. Detta innebar inte att man också kunde lufta kritik men generellt ansågs funktionen gynna patienten som individ och rehabiliteringsprocessen i stort. Att ha en rehabsamordnare innebär ”*skillnaden mellan kaos och ordning*” menade en av läkarna, vilket får anses vara ett bra uttryck för detta synsätt. Läkarna tyckte att det var positivt med en diskussionspartner som har kännedom om patienten och socialförsäkringssystemet. Funktionen ansågs skapa struktur och tydlighet som gynnar både patienten som individ och rehabiliteringsprocessen. Idealt ansågs rehabsamordnaren bidra till att få igång rehabiliteringsprocessen. I en tredje fokusgrupp var läkarna inte helt övertygade om funktionens värde. Samtidigt framkom enbart positiva synpunkter vid direkt förfrågan om innebörden av att ha en rehabsamordnare på vårdcentralen. Bland annat ansågs rehabiliteringsarbetet ha fått en tydligare struktur och uppföljningen ha blivit bättre. Inrättandet av en rehabsamordnare hade också inneburit en del avlastning och varit teambefrämjande. En annan intressant åsikt var att funktionen som rehabsamordnare kan bidra till att skapa trygghet för framför allt nya läkare.

”det är mycket att hålla reda på och sen nu har man ju alltid frågor för det ändras ju hela tiden och jag menar hon är ju alltså mer insatt i det då och hon är lättillgänglig. Du får inte tag på Försäkringskassan speciellt lätt och dom får inte heller tag på oss så lätt för vi är ju upptagna hela tiden men med X (rehabsamordnaren), det har fungerat jättebra tycker jag. Jag är väldigt nöjd.”

Även om läkarna på tre av fyra studerade vårdcentraler var generellt sett positiva till funktionen med rehabsamordnare framkom också tveksamheter och uttalat negativa synpunkter som bland annat handlade om nyttan av funktionen. Läkarna frågade man sig om samordnarfunktionen var tidseffektiv och om satsningen därmed var väl investerade pengar.

”det är ju rätt positivt, visst är det det, dom lyfter ju upp ett och annat perspektiv ändå på det hela då men jag tycker att det tar för mycket tid alltså”

I vissa lägen kunde läkarna också känna sig kontrollerade. Detta mynt visade sig dock tvåsidigt. Den negativa sidan ansåg man handlade just om att uppleva sig kontrollerade, att rehabsamordnaren är en sorts polis. Detta ingav en känsla av att vara bevakad där någon använde uttrycket ”vi lever i två världar”. Samtidigt ansåg vissa läkare att det kan vara positivt att bli påmind om att göra en rehabiliteringsplan. Ett mindre antal bland läkarna ansåg att funktionen var onödig och att läkarna kan sköta det själva. Vid en av de studerade vårdcentralerna uttrycktes i fokusgruppen med läkare kritik mot teamarbete som arbetsform och därmed också tveksamhet till rehabsamordnarnas bidrag till rehabiliteringsprocessen.

Bland de sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer som tillfrågades var det nästan helt samfällt en mycket positiv bild som målades upp. Funktionen innebär en bättre övergripande kontroll på hur långtidssjukskrivningen ser ut på vårdcentralen och att andra funktioner/professioner avlastas. ”*Det höjer kvalitén på arbetet*” uttryckte en person och avsåg med det framför allt rehabiliteringsprocessen ur patientens perspektiv. Vidare framkom att det för andra professioner uppfattades som en trygghet att veta att rehabsamordnaren har en övergripande kunskap. Kommentarer som att hon ”knyter ihop säcken runt patienten” visar rehabsamordnarens roll för arbetslaget och för rehabiliteringsprocessen. Rehabsamordnarens upparbetade kontakter med t.ex. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen innebär enligt vissa röster en tydlig arbetsbesparing för andra funktioner på vårdcentralen. En kurator beskrev hur informell kontakt togs med rehabsamordnaren snarast om patienten visade sig ha behov av kontakt med Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen, om de t.ex. var eller riskerade att bli arbetslös.

Man kan också notera att införandet av rehabsamordnare har bidragit till att man hittat teamformen vid vårdcentraler där detta inte tidigare varit en uttalad arbetsform.

”Vi har liksom aldrig haft någon riktigt bra team- hittat teamformen innan bär på vårdcentralen, men det har vi gjort nu”

Även på vårdcentraler där funktionen med rehabsamordnare funnits under lång tid betonades hennes betydelse för teamet och för möjliggörandet av samarbetet genom upprätthållandet och utvecklingen av teamarbetet som arbetsforma.

En kommentar som återkom i åtskilliga intervjuer och fokusgrupper var vad som skulle hända om man inte hade en rehabsamordnare på vårdcentralen. Flertalet konstaterade att flera viktiga uppgifter då sannolikt inte skulle bli gjorda medan andra saker skulle ligga på läkarna eller på ansvarig kurator eller psykolog.

REHABSAMORDNARNAS EGEN BILD AV FUNKTIONEN

All den information som gavs av rehabsamordnarna själva kan separeras i olika delområden. Det första skulle vi kunna beskriva som rollen som rehabsamordnare. De menar här att det i stor utsträckning handlar om att vara *"coach"* gentemot andra aktörer. Någon såg sig som *"spindeln i nätet"* med kontakter mot både patient och andra aktörer i rehabiliteringsprocessen. Dessa aktörer var både vårdcentralens interna (andra professioner vid vårdcentralen) och externa (Försäkringskassa, Arbetsförmedling och arbetsgivare). Vid beskrivningen av rollen kommer också rollen som förhandlare fram.

Då man försöker se vilken innebörd och mening jobbet hade för de tillfrågade rehabsamordnarna så menade man bland annat att en av de viktigare aspekterna var att göra nytta för utsatta personer. Andra tydliga innebörder var att få processen att *"snurra på"*, som man själva uttryckte det, och att samordna arbetet inom vårdcentralen. Även att jobbet innebar stora utmaningar framhöll man som en viktig innebörd. Intressant att notera kan också vara att de säger att en aspekt som gav mening till jobbet var möjligheten att lära sig nya saker.

Då vi ställde frågan om vad som hade hänt om inte funktionen fanns alls menade man att antingen hade läkarna fått göra jobbet eller så hade det inte blivit gjort alls. De sa också att man hade förlorat en sammanhållen struktur och att detta förmodligen fått konsekvenser för patienten. Patienten hade *"fladdrat runt"*.

Hur såg man då på utmaningar och svårigheter? Här gavs en mängd svar och funderingar. Ett problem som påtalades var att ibland hålla isär yrkesrollen och rollen som rehabsamordnare. När de resonerar kring utmaningar och svårigheter framträder både interna och externa sådana. Till de externa nämndes bl.a. arbetsmarknadsläget, men också nya regler som skapats och skapas kring den så kallade rehabiliteringskedjan. Man menade också att det ibland blir stopp i processen vid Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen och att dessa stopp måste lösas, men att det kan vara svårt att påverka dessa då de finns i en verksamhet man inte har inflytande över. Bland de interna framhölls t.ex. svårigheten att få igång *"team-tanken"*, alltså att på ett välfungerande sätt samarbeta mellan olika professioner kring en patient inom vårdcentralen. I det interna arbetet kunde också upplevelsen av att behöva ifrågasätta läkarens ståndpunkt eller utlåtande kännas besvärligt. Det gällde särskilt om rehabsamordnaren inte upplevde sig ha legitimitet i sin funktion men också vid känslan av att

ha hög grad av legitimitet uppfattades detta som en svår del av rollen. Att hålla uppsatta och stipulerade tidsramar ansågs också vara en stötesten som behövde hanteras. En central faktor för att lyckas med rehabiliteringen ansågs ytterst handla om att nå patienterna tidigt sågs som en utmaning.

SAMARBETSPARTNERNAS BILD AV REHABSAMORDNARFUNKTIONEN

De samarbetspartners som avses här är framför allt representanter från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan beskrev en mer positiv syn på funktionen som rehabsamordnare. Kontakten med en specifik person med en uttalad roll att samordna rehabiliteringsprocessen från vårdcentralens sida innebar en väg in i sjukvården och en indirekt kontaktväg till sjukskrivande läkare, som kan vara svårare att nå.

”att jag får en direkt återkoppling istället för att man ska behöva vänta, tid är ju lite avgörande faktiskt”.

Förändringen innebar för andra en upplevelse av mindre formalitet vid kontakterna med vårdcentralen. *”Innan var det mer formaliserat nu är det ganska så lättillgängligt”.* En viktig funktion som underlättade arbetet för Försäkringskassans handläggare och kunde göra processen snabbare för patienterna var möjligheten att enkelt kunna ställa frågor till läkaren om sådant som inte framkommit i intyg samt be om förtydliganden på inlämnade uppgifter.

”För oss är det jätteviktigt att få en kontakt med en vårdcentral för det behövs så mycket förtydligande ibland”.

”Jag kan ju ringa till henne och fråga å få komplettering eller jag frågar någonting med varför doktorn har skrivit si eller så, och då går hon in och kollar men honom så då kan man ju få det snabbt liksom utrett .”

Ur Arbetsförmedlingens synpunkt beskrevs inte rehabsamordnaren ha samma omedelbara betydelse. Arbetsförmedlingens representanter menade att det är en viktig funktion tidigt i processen men att den har mindre betydelse för parter som kommer in sent, vilket Arbetsförmedlingen oftast gör. Det har gjort att kontakterna mellan vårdcentralen och Arbetsförmedlingen åtminstone inte tidigare varit så täta.

”näst intill ingenting alls. när dom [patienter] är så pass långt framme så dom ska hit, då är dom ju färdigutredda, dom har- det är klarlagt att dom har en viss arbetsförmåga, sen är det ju arbetsförmedlingens”.

Samtidigt uppfattade också representanterna från Arbetsförmedlingen rehabsamordnaren som en ”ingång till vårdcentralen”. Anmärkningsvärt är att den nya så kallade rehabiliteringskedjan fortfarande var på sitt första år när data till studien samlades in. Bland intervjuade personer

från Arbetsförmedlingen förekom kommentarer som tyder på att man ser att behovet av närmare kontakt med vårdcentralerna sannolikt kommer att öka.

PATIENTERNAS BILD AV REHABSAMORDNARFUNKTIONEN

Utmärkande för patienternas syn på funktionen var otydlighet. Två uttalanden av patienterna som uttrycker detta är ”*alltså jag vet inte riktigt vad hon gör*” och ”*jag har för mig att hon sa så här att om det var någonting så skulle jag böra av mig då*”. Man kan alltså se att dessa två patienter hade en ganska diffus bild av samordnarens uppgift och roll men att detta inte ska förväxlas med att funktionen var betydelselös för patienten – bara oklar.

Attityd och struktur – två viktiga aspekter för effektiv rehabiliteringssamordning

Vid analysen av materialet framträdde två aspekter på samordnad rehabilitering av särskilt stor betydelse för rehabsamordnarnas arbete. Dessa valde vi att kalla *attityd* och *struktur*.

Attitydbegreppet har varit föremål för många studier inom t.ex. det socialpsykologiska området. Den vardagliga användningen av ordet attityd har en ganska diffus innebörd. En definition av begreppet, som är vanlig, handlar om att ”tankemässigt och känslomässigt placera människor, händelser och föremål någonstans på en värderingsskala” (Karlsson, 2007). Alltså att se något som mer eller mindre bra (dåligt). Det finns också en hel del studier som behandlar kopplingen mellan attityder och beteende. Kan man med säkerhet veta att någon som uttrycker en attityd, mot exempelvis rökning, veta att denna person inte kommer att ta ett bloss i framtiden? Svaret på denna fråga är nej då det verkar råda komplexa och flerdimensionella samband mellan attityder och beteende. Man har bl.a. sett att personlighetsfaktorer, motivation, subjektiva normer och situationsfaktorer påverkar beteendet.

Struktur å sin sida kan både ha positiva som negativa effekter i en organisation. Dels kan det skapa trygghet och förutsägbarhet liksom att förenkla samarbete, men också bidra till minskad motivation och kreativitet genom styra och sätta gränser.

ATTITYD

Om vi börjar med att beskriva och resonera om den förstnämnda menar vi att attityder till *teamtanken, kontroll och förändring* spelar en avgörande roll för förutsättningarna och möjligheterna för rehabsamordnaren att utföra sitt jobb.

Vad menas då med ”team-tanke”? I det här sammanhanget handlade det om att personal med olika professioner under organiserade former tillsammans skulle bidra med sin specifika kompetens för att på bästa sätt fånga upp patientens/den försäkrades problem, behov och styrkor för att så snabbt som möjligt få henne eller honom att återgå i arbete. På de

vårdcentraler där teamtanken beskrevs vara byggd underifrån dvs. som något arbetsgruppen självständigt valt att utgå ifrån verkade det finnas en påtagligt mer positiv inställning till att arbeta i team. Detta tycktes också i sin tur underlätta rehabsamordnarens uppgifter. Omvänt kunde vi se att då vårdcentraler som hade försökt införa teamarbete på ledningens initiativ, utan tydlig förankring i verksamheten upplevdes en ett större motstånd vilket därmed försvårade möjligheten för rehabsamordnaren att upprätthålla den funktionen.

Det visade sig att vissa personer – främst läkare – uppfattade rehabsamordnarens roll som en *kontrollfunktion*. Anledningen tycks framför allt höra ihop med rehabsamordnarens uppgift att följa sjukskrivningarna på vårdcentralen. Det är intressant att se att kontrollen dock kunde upplevas på två i grunden olika sätt. Å ena sidan framkom en positiv inställning då man tyckte att rehabsamordnarens insyn gav stöd och bidrog till en bättre kontroll över det egna arbetet vilket även kunde ge viss lättnad vad gäller ansvar. Å andra sidan fanns också en negativ inställning som främst tycktes handla om upplevd bevakning och av någon som inte riktigt hade rätt att utöva den sortens kontroll. Vilken attityd som är den förhärskande på en vårdcentral när det gäller den kontroll rehabsamordnaren faktiskt utövar genom sin överblick av hela vårdcentralens sjukskrivningar kan antas påverka hennes arbetssituation och möjlighet att jobba för patientens rehabilitering.

För det tredje framstod attityden till *synen på förändring* som viktig för hur funktionen som rehabsamordnare uppfattades och därmed hur rehabsamordnarna kunde utföra sina uppgifter. De två huvudspåren vi kunde urskilja i sammanhanget var att nyordningen skapat en struktur, som i de flesta fall tycktes betraktas såsom nödvändig och av godo, samtidigt som vissa frågar sig varför man ska förändra något som redan fungerade.

STRUKTUR

Den andra aspekten som verkade spela en viktig roll i sammanhanget var struktur eller organisatoriska faktorer. En del av strukturen skulle vi kunna beskriva som rutiner. Dessa rutiner kunde handla om tider och lokaler för möten, ansvarsfördelning och information. En annan del i strukturtänkande gällde organisatorisk placering. Vi kunde se att närhet och distans i placering på arbetsplatsen skapade bättre eller sämre förutsättningar för ett rehabsamordnarens uppgifter.

Även om vi valt att se attityd och struktur som två fristående faktorer så påverkar dessa naturligtvis varandra. Hur man väljer att organisera verksamheten eller hur och var medarbetarna placeras kan ses som uttryck för attityder. Attityden till exempelvis teamarbete kan säkert också påverkas av den ansvarsfördelning som gjorts inom vårdcentralen. Det skulle

säkert gå att fortsätta vända och vrida en hel del på dessa begrepp för att förstå deras ömsesidiga påverkan.

Tolkningar och reaktioner vid återrapportering

För att få respons på de inledande analyserna återvände vi till respektive vårdcentral för en genomgång av de analyser som gjorts. Till återrapporteringstillfället, som arrangerades via rehabsamordnaren, inbjöds alla intresserade från vårdcentralen. Vid tre av vårdcentralerna hade material av den omfattningen samlats in att en annonserad återrapportering av den egna vårdcentralens resultat genomfördes. Materialet presenteras omkring årsskiftet 2009/2010 (november 2009 till januari 2010).

Presentationerna väckte både frågor och kommentarer samt gav upphov till tolkningar av materialet som presenterades. Generellt kände man igen sig i den beskrivning som gavs. Att det gått en tid mellan datainsamling och återrapportering innebar på en vårdcentral en diskussion omkring hur arbetet i team upprätthålls över tid. Någon menade att det var lätt att falla tillbaka i gamla rutiner och att *"teamarbetet måste återerövrats kontinuerligt"*. Utifrån beskrivningen av attityd och struktur förklarade arbetsgruppen sin positiva inställning till teamet bero på låg grad av revirtänkande, tålmodighet i gruppen samt trygghet i sin roll. Den sista punkten kunde även – på ett delvis skämtsamt sätt – förstås på motsatt vis dvs. att det fanns en tillräckligt stor otrygghet för att behöva stöd från andra (och samtidigt sannolikt även trygghet nog att våga erkänna detta). Detta stöd var något som teamet ansågs kunna erbjuda.

Kostnaden för insatsen med rehabsamordnare på varje vårdcentral diskuterades. Vid ett par vårdcentraler resonerade man om huruvida funktionen kommer att kunna finnas kvar om inte öronmärkta medel skjuts till även fortsättningsvis. En arbetsgrupp menade att det är viktigt att ha en ordentlig diskussion om hur man använder resurserna. Det måste värderas ordentligt om de medel som finns tillgängliga ska användas till rehabsamordnare eller på annat sätt mer direkt i verksamheten t.ex. i form av del av läkartjänst, sjukgymnasttjänst och vad som skulle göra största möjliga nytta för patienten. På en annan vårdcentral där antalet teambedomningar fortfarande var relativt lågt gick diskussionen om kostnader på ett annat sätt. För att öka effektiviteten och minska kostnaden för dessa möten hade mötestiden begränsats till 1,5 timme. Det framkom också funderingar kring eventuella privatiseringar av vårdcentraler och hur detta skulle kunna påverka rollen och utnyttjandet.⁶ Vidare funderade man i vissa grupper om i vilken utsträckning rollen som rehabsamordnare påverkas av om den innehas av

⁶ Vid tiden för återrapporteringarna var det ungefär ett halvt år kvar till införandet av "Vårdvalet" där en rad privata leverantörer av hälso- och sjukvård förväntades dyka upp på marknaden.

olika professioner. Ibland uppkommer tankar om att rehabsamordningen kunde skötas av en sekreterare. Här poängterade man att det är viktigt att den som innehar uppdraget som rehabsamordnare är en ”rehab-person”.

Vid en vårdcentral i studien hade ett betydligt mindre material samlats in. Istället för en återrapportering i samma stil som på övriga vårdcentraler genomfördes en förnyad intervju med rehabsamordnaren på platsen. Resultatet från intervjun visade att det hade skett en, ur rehabsamordnarens perspektiv, positiv utveckling vad gäller ”team-tanken” vilket innebar en förändrad attityd till teamarbete och mer diskussion runt patienter mot tidigare mer ”information”. Förändringen innebar i sin förlängning också att rehabsamordnarens roll blivit tydligare och att legitimiteten för funktionen hade stärkts något. Tiden uppfattades som en viktig faktor för den positiva förändringen. Den positiva utvecklingen till trots kvarstod känslan av att var och en fortfarande arbetar mer på egen hand än som ett team, att det finns bristande kommunikationsvägar mellan läkare och rehabsamordnare samt att rehabiliteringsprocessen inte kommer igång tillräckligt snabbt.

Sammantaget tycks den bild som studien redovisat av rehabiliteringsprocessen vid respektive vårdcentral stämma relativt väl överens med arbetsgruppens gemensamma upplevelse. Vid någon vårdcentral framkom dock att lokalernas utformning (olika våningar/byggnader) uppfattades som ett hinder för rehabiliteringssamordning på ett sätt som uppföljningen inte tidigare visat.

DISKUSSION

Det som framstår tydligast i studien är att samordnad rehabilitering på vårdcentralnivå – trots inrättandet av en speciell funktion som rehabsamordnare – inte kan reduceras till en person/en roll. Det är snarast en hel arbetsgrupp eller åtminstone ett antal personer, funktioner och professioner på en vårdcentral som måste vara överens om vad man vill åstadkomma med funktionen som rehabsamordnare och hur detta bäst kan låta sig göras. Det som vidare krävs är en upparbetad struktur för kontakter med andra aktörer på vad som Lindqvist (2000) kallar rehabiliteringens olika arenor.

Studien visare emellertid också att funktionen som rehabsamordnaren på de flesta vårdcentraler och av flertalet yrkesgrupper upplevs som viktig för den samordnade rehabiliteringen. Rollen uppfattas av såväl rehabsamordnarna själva som av andra inom vårdcentralen som avgörande för att processer drivs framåt. Genom tillgång till redskap för att överblicka sjukskrivningar på individnivå och viktiga kontakter tillika fördjupade kunskaper om regelverket för sjukskrivning och rehabilitering samt genom att i kraft av sin roll arrangera mötesplatser för olika aktörer är rehabsamordnaren både ”coach” och ”spindel i nätet” när det gäller sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Samtidigt visar studien på svårigheter för rehabsamordnaren att i vissa fall ta på sig alternativt få ta rollen som samordare. Eftersom en avgörande faktor för att uppnå eftersträvad samordning av rehabiliteringsprocessen för individen, inom vårdcentralen och mellan vårdcentralen och andra aktörer handlar om samverkan inom och mellan olika professioner, funktioner och institutioner, t.ex. i form av ett fungerande teamarbete, kan dessa svårigheter främst förstås som en fråga om bristande legitimitet.

En möjlig förklaring till vissa legitimitetsproblem är att funktionen som rehabsamordnare inrättades för pengar ”utifrån/uppifrån” och att initiativet till samordningen därmed kom från någon annan än vårdcentralen själva (jfr. Axelsson & Bihari Axelsson, 2007). Det är uppenbart att rehabsamordnare på vårdcentraler där man sedan tidigare ”frivilligt” har arbetat med en liknande funktion har haft en snabbare och tillsynes enklare ”resa”. På dessa vårdcentraler fanns sedan ibland flera år tillbaka en arbetsorganisation som i grunden var uppbyggd kring tanken på teamarbete som modell för samarbete mellan olika professioner och funktioner. Att nå samsyn omkring en ny funktion är en process som tar tid och som sannolikt måste få ta tid. Den betydande skillnad som märks för vårdcentraler som arbetat länge enligt en modell med rehabsamordnare jämfört med de som nyligen startat tyder på detta.

Det framstår också tydligt att läkare som grupp intar en nyckelroll för att en teamtanke ska kunna realiseras och fortleva på en vårdcentral. Analysen i föreliggande studie påminner om det resultat som rapporterats från Östergötland där svårigheter inom teamen att uppnå en gemensam förståelse för arbetsuppgiften till en väsentlig del förklarades med vilken inställning till samarbete och samverkan som finns bland läkarna (Ståhl m.fl., 2009).

Samtidigt pekar resultat från vår studie på att funktionen som rehabsamordnare kan främja såväl uppstart som vidareutveckling av teamarbete genom t.ex. en modell för strukturerad teambedömning där olika professioners kompetensområden med relevans för rehabiliteringsprocessen synliggörs för andra arbetsgruppen.

Den positiva bild som olika personer/professioner på vårdcentralerna oftast framhåller, liksom den uppfattning som representanter från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen beskriver, tyder på att modellen med rehabsamordnare är en viktig funktion. Särskilt viktig tycks den vara i ljuset av de förändringar i socialförsäkringen som genomförts under senare år. När tidsperioderna för sjukskrivning begränsas krävs större grad av samverkan för att inte patienter/försäkrade ska hamna i ett väsentligt sämre läge eller helt ”falla mellan stolarna” som Hjelm (2007) uttrycker saken. Rehabsamordnaren tycks utifrån kommentarer från representanter från andra myndigheter fungera som en omvänd gate-keeper, dvs. som en ingångsport till vårdcentralen och till de sjukskrivande läkarna. Detta kan omvänt uppfattas som en underlättning för läkare som på motsvarande sätt kan nå Försäkringskassan via rehabsamordnaren på vårdcentralen.

Den otydliga bild av rehabsamordnarens funktion och roll som de enskilda patienterna redovisar kan givetvis ha sin grund i att endast ett fåtal patienter deltog i den begränsade studien. En annan förklaring är att funktionen som rehabsamordnare främst handlar om andra saker än att etablera personliga kontakter med patienterna. Detta märks t.ex. på rehabsamordnarnas uppdelning av sina dubbla roller som å ena sidan yrkesperson med en viss profession och å andra sidan uppdraget som rehabsamordnare med uppgift att samordna rehabiliteringsarbetet – vilket ofta främst handlar om andras arbete med patienten/den försäkrade. Med den senare tolkningen är patienternas upplevelse snarare ett tecken på hur väl rehabsamordnarna har lyckats implementera sin andra roll på vårdcentralen. Uppfattningen från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tyder likaså på att rehabsamordnaren främst antagit rollen som samordnare av rehabiliteringsprocessen utifrån vårdcentralens perspektiv på ett mer övergripande plan. Allra främst tycks detta gälla för Försäkringskassan pga. ett närmare samarbete genom t.ex. fasta mötestider.

Resultatet av studien visar vidare att de centrala mötesplatserna har utvecklats olika långt. Det gäller inte bara olikheter mellan vårdcentraler, utan också vid en jämförelse mellan olika typer av möten. Antagandet bygger visserligen på studiet av relativt få möten. De tillfrågade professionella hade emellertid erfarenheter från betydligt fler möten än de som kom att ingå i studien. Den mötestyp som föreföll minst utvecklat var det så kallade partsöverskridande mötet. En rimlig förklaring kan vara att ett möte tvärs över organisatoriska gränser kräver ytterligare mer tid och mer eftertanke omkring sådant som ledning av mötet, fasta medlemmar eller mötesdeltagare utifrån ärende samt tydligt mål för mötesformen. Det är inte självklart på vems eller vilkas "hemmaplan" mötet ska hållas eller vem som ska leda ett partsöverskridande möte. Möjligen skulle en form för roterande värd-/ordförandeskap vara en lösning att pröva.

Det strukturerade team-mötet tycktes öppna upp för en ökad kreativitet samtidigt som det är en tidskrävande insats. Den tidsåtgång som team-mötena ofta kräver kan sannolikt motiveras i vissa fall men kan eventuellt trötta ut organisationen och göra att färre team-möten genomförs på sikt. För detta behöver en strategi utvecklas och för det fortsatt fokus på dessa möten, dess organisering och funktion vilket motiverar ytterligare forskningsinsatser. Ett intressant och sannolikt viktigt fynd är att detta möte mellan flera personer med olika professioner per definition tycks vara vad Linell (1990b) kallar ett "äkta flerpartsamtal" genom att det trots ibland ganska många personer mycket sällan sammanfaller i olika grupper. Istället tycks alla deltagarna engagerat följa den pågående gemensamma diskussionen och tillsammans delta i ett gemensamt beslutsfattande.

Vid den vårdcentral där flest kritiska röster restes mot funktionen handlade såväl kritiken som rehabsamordnarnas svårigheter om samordningen av rehabiliteringsarbetet. I likhet med vad som framkom i studien om rehabiliteringsteam i Östergötland (Ståhl m.fl., 2009) fanns det bland vissa inom läkargruppen i vår studie en negativ känsla av att bli kontrollerad genom att någon annan ges möjlighet till insyn och kan komma med synpunkter på de bedömningar som görs. Detta kan förstås upplevas som en stor förändring jämfört med den traditionella läkarrollen som ensam ansvarig och suverän inom sitt fält. För fortsatt arbete mot en tydligare teamtanke talar de positiva uttalanden som kommer från enheter som arbetat med team under lång tid.

Att sjukvårdens parter i ett par fall tog ett så tydligt ansvar för genomförandet av avstämningsmöten (jämfört mot tidigare studier av avstämningsmöten (Bülow & Ekberg, 2009)) är intressant och leder tankarna till olika möjliga tolkningar. En fullt rimlig förklaring kan vara att arbetet i rehabiliteringsteam och ett närmare samarbete med Försäkringskassan leder till fördjupad kunskap om regelsystemet runt socialförsäkringen och därmed större förståelse för vad ett avstämningsmöte förväntas leda fram till. Tillsammans med den

kunskapsöverföring som rollen som rehabsamordnare i bästa fall för med sig kan detta bli något som kommer hela teamet till del.

En annan förklaring bottnar i forskningsmetoder och hur datainsamlingen genomfördes. I den aktuella studien är det rimligt att anta att vårdcentralernas representanter kände sig som värdar för mötet inför såväl övriga mötesdeltagare som inför den observerande forskaren. En känsla av värdskap kan förklaras av dels att samtliga möten var förlagda till vårdcentralens lokaler, dels att det var rehabsamordnaren som arrangerat så att mötet kunde ingå i studien. För en sådan tolkning av resultatet talar att tidigare studie utgick från Försäkringskassans val av möten att studera medan det i den här studien var rehabsamordnaren som ytterst valde vilka möten som presenterades för forskarna såsom möjliga att studera. Det ringa antalet studerade möten och avstämningsmötets speciellt intressanta karaktär såsom tvärinstitutionellt (representanter från flera olika institutioner + en ”brukare”) motiverar ytterligare forskningsinsatser omkring avstämningsmöten med olika ingångar.

Trots de till övervägande delen positiva rösterna för samordnad rehabilitering som märks i föreliggande studie, och den i flera sammanhang efterfrågade samordningen mellan olika aktörer på rehabiliteringens arenor finns det risker för negativa effekter. En sådan skulle kunna vara om det gemensamma kunskapsutbytet inom vårdcentralen istället för att släppa fram många olika infallsvinklar från olika professioner leder till en gemensamt uppbyggd bild av olika typer av problematiker och scenarior, och med ringa utrymme för ”motberättelser” och alternativa förklaringar. En viss rörlighet inom teamen kan fungera som motvikt för en sådan utveckling.

Större samordning mellan olika aktörer skulle på liknande sätt i förlängningen kunna leda till en alltför stor samsyn mellan aktörer och institutioner. Den litenhet individen redan nu kan känna i mötet med institutionens representant/er skulle med en tvärinstitutionell samsyn kunna innebära en känsla av att stå ensam mot en gemensam och kunskapsmässigt stark front. Ur patientens/den försäkrades perspektiv är det sannolikt bra med ett visst mått av olik-tänkande parterna emellan och där t.ex. avstämningsmötet också fortsättningsvis innebär en viss grad av förhandling mellan olika perspektiv.

Den presenterade studien har utifrån sitt huvudsakliga syfte framför allt fokuserat på inrättandet av funktionen som rehabsamordnare på vårdcentralerna i Jönköpings län. Trots detta specifika intresse kvarstår faktum att rehabilitering – samordnad eller ej – ytterst handlar om enskilda individer och om deras möjlighet att återgå till arbete. Ovan nämnda risker kan sannolikt till en del motverkas av att patienter/försäkrade får stöd för att bli mer aktiva i sin egen rehabiliteringsprocess och i de möten där villkor och förutsättningar för denna diskuteras.

SLUTSATSER

- Rehabsamordnarens funktion är viktigast för dem som ligger nära för samverkan, främst sjukskrivande läkare, andra professioner på vårdcentralen samt handläggaren på Försäkringskassan och för den så kallade FK-koordinatören (ibland en och samma person).
- Den teamtanke som yppas på flera vårdcentraler tycks stå i relation till hur etablerad rehabamordnaren är i arbetsgruppen och hur länge vårdcentralen haft funktionen.
- Att bygga upp en teamtanke inom arbetsgruppen tar tid och kräver gemensam ansträngning. Läkarna har en nyckelroll.
- Samordnad rehabilitering mer än *en* roll, för att samordningen ska bli slagkraftig krävs inte bara en rehabamordnare, utan snarare en gemensamt accepterad struktur för *rehabamordning*.
- Funktionen som rehabamordnare tycks bidra till utvecklingen av en struktur för samordnad rehabilitering och därmed ett behov av teamarbete. Samtidigt tycks funktionen verka för att upprätthålla och utveckla redan fungerande teamarbete.
- Patientens roll i den samordnade rehabiliteringen är oklar och behöver sannolikt stärkas för att själv kunna ta en mer aktiv roll i den egna rehabiliteringsprocessen.

REFERENSER

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Agar, M. H. (1985). Institutional Discourse. *Text*, 5, 147-168.
- Axelsson, R., & Bihari Axelsson, S. (2007). Samverkan och folkhälsa - begrepp, teorier och praktisk tillämpning. In R. Axelsson & S. B. Axelsson (Eds.), *Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer och samhällssektorer* (pp. 11-31). Lund: Studentlitteratur.
- Baggens, C. (2002). *Barns och föräldrars möte med sjuksköterskan i barnhälsovården*. Linköping.
- Bengtsson Malmblad, L., Edwardson Stiwne, E., & Ekberg, K. (2007). *Avstämningsmötet: En utredningsmetod* (No. IHS rapport 2007:4). Linköping: Institutionen för hälsa och samhälle (IHS).
- Bredmar, M. (1999). *Att göra det ovanliga normalt*. Linköping.
- Bülow, P. (2009). "Röster" i samtal om arbetsförmåga - Kommunikativa processer i avstämningsmöten *Socialmedicinsk tidskrift*, 86(3), 275-287.
- Bülow, P., & Ekberg, K. (2009). *Avstämningsmötet som mötesplats och metod för återgång i arbete - ur ett kommunikativt perspektiv*. Linköpings universitet: Institutionen för medicin och hälsa, Rikscentrum för arbetsliv och rehabilitering, IHS Rapport 2009:1.
- Cedersund, E. (1992). *Talk, text and institutional order. A study of communication in social welfare bureaucracies*. Linköping university, Linköping, Sweden.
- Danermark, B., & Kullberg, C. (1999). *Samverkan: Välfärdens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Drew, P., & Heritage, J. (Eds.). (1992). *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Edlund, C. (2001). *Långtidsjukskrivna och deras medaktörer*. Umeå: Umeå universitet, Institutionen för Folkhälsa och klinisk medicin.
- Efrainsson, E. (2005). *Vårdplaneringsmötet: en studie av det institutionella samtalet mellan äldre kvinnor, närstående och vårdare*. Umeå: Umeå universitet.
- Ekberg, K., & Sebrant, U. (2007). *Återgång i arbetet. Rehabiliteringsprocessen i teori och praktik*. Linköpings universitet: Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering, IHS Rapport 2007:2.
- Gerner, U. (2005). *De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen - hinder och möjligheter*. Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete Socialhögskolan.
- Gunnarsen, M. (2007). Samverkan kring rehabilitering och den danska strukturreformen. In R. Axelsson & S. B. Axelsson (Eds.), *Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer och samhällssektorer* (pp. 361-379). Lund: Studentlitteratur.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1995). *Ethnography: Principles in practice* (2 ed.). London: Routledge.
- Hasenfeld, Y. (1983). *Human Service Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Hedberg, B., Cederborg, A. & Johansson, M. (2007). Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication. *Journal of Nursing Management*, 15(2), 214-221.
- Hetzler, A., Melén, D., & Bjerstedt, D. (Eds.). (2005). *Sjuk-Sverige: Försäkringskassan, rehabilitering och utslagning från arbetsmarknaden*. Stockholm: Brutus Östlings bokförlag Symposium.
- Hjern, B. (2007). Samverkan - inneord eller en utmaning för den svenska modellen. In R. Axelsson & S. B. Axelsson (Eds.), *Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer och samhällssektorer* (pp. 33-59). Lund: Studentlitteratur.
- Holmén-Isakson, M. (2005). *Rehabilitering. En förhandling mellan individer och organisationer*. Stockholm: Institutet för psykosocial medicin - IPM.
- Jönsson, E. (2003). En kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet (SOU 1996:85). In E. Olsson (Ed.), *Samordnad rehabilitering: processen som kom av sig*. Stockholm: Hjalmarson & Högberg.
- Korolija, N. (1995). *Två, tre eller flera parter: Om flerpartssamtalet i diskurs- och konversationsanalys* (No. 1995:4). Linköping: Tema Kommunikation.
- Krafft, S.-O., Dellmo, L., Zachrisson, J., Nyström, C., Nyström, O., Österberg, E., et al. (1998). *Försäkringsmedicinska utredning, bedömning och dokumentation*. Stockholm: Försäkringskassaförbundet, FKF:s förlag.
- Kullberg, C. (1994). *Socialt arbete som kommunikativ praktik*. Linköping university, Linköping, Sweden.
- Lindqvist, R. (1998). Gränser mellan organisationer - exemplet arbetslivsinriktad rehabilitering. In R. Lindqvist (Ed.), *Organisation och välfärdsstat* (pp. 76-104). Lund: Studentlitteratur.
- Lindqvist, R. (2000). *Att sätta gränser. Organisationer och reformer i arbetsrehabilitering*. Umeå: Borea.
- Linell, P. (1990a). De institutionaliserade samtalsens elementära former: om möten mellan professionella och lekmän. *Forskning om utbildning*, 17(4), 18-35.
- Linell, P. (1990b). Om gruppsamtals interaktionsstruktur. In U. Nettelbladt & G. Håkansson (Eds.), *Samtal och språkundervisning. Studier till Lennart Gustavssons minne* (pp. 39-53). Linköping: Linköping Studies in Arts and Science.
- Melén, D. (2008). *Sjukskrivningsystemet: sjuka som blir arbetslösa och arbetslösa som blir sjukskrivna*. Lund: Lunds universitet, Sociologiska institutionen.
- Mishler, E. G. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, NJ: Alex Publishing Corporation.
- Nikander, P. (2003). The Absent Client: Case Description and Decision Making in Interprofessional Meetings. In C. Hall, K. Juhila, N. Parton & T. Pösö (Eds.), *Constructing clienthood in social work and human services: interaction, identities and practices* (pp. 112-128). London: Jessica Kingsley.
- Olaison, A. (2009). *Negotiating needs : processing older persons as home care recipients in gerontological social work practices*. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier.
- RFFS 2003:10, Om avstämningsmöten, Riksförsäkringsverkets föreskrifter.

- Runnerstedt, J., & Ståhl, J. (2005). *Avstämmingsmöte, Försäkringskassans metodundersökning 2004* (No. Analyserar 2005:18). Stockholm: Försäkringskassan.
- Sarangj, S., & Roberts, C. (Eds.). (1999). *Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G., & Ekberg, K. (2009). The Work Ability Divide: Holistic and Reductionistic Approaches in Swedish Interdisciplinary Rehabilitation Teams. *Journal of occupational rehabilitation, 19*(3), 264-273.
- Thunqvist Persson, D. (2003). *Samtal för arbete: kommunikativa verksamheter i kommunala ungdomsprojekt*. Linköping university, Institutionen för Tema Linköping.
- Thylefors, I., Persson, O., & Hellström, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care, 19*(2), 102-114.

Intervjuguide – Om rollen/funktionen som rehabsamordnare

(till rehabsamordnaren specifikt)

Vad innebär det för dig att vara rehabsamordnare här på vårdcentralen?

Hur länge har du arbetat som rehabsamordnare (tidigare sjukskrivningssamordnare)?

Upplever du några speciella svårigheter i rollen som rehabsamordnare på vårdcentralen?

Vilken var din roll på vårdcentralen dessförinnan?

(till övriga på vårdcentralen)

Vad innebär det att ha en rehabsamordnare på vårdcentralen?

Har du erfarenheter av rehabsamordnare från andra arbetsplatser?

(till både rehabsamordnaren och övriga på vårdcentralen)

Vilka speciella uppgifter har rehabsamordnaren (som ingen annan på vårdcentralen har)?

Beskriv rehabsamordnarens roll och funktion i sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen för enskilda patienter...

- När kommer rehabsamordnaren in?
- Vad samordnar rehabsamordnaren?
- Vilka möten och aktiviteter initierar rehabsamordnaren?
- I vilka möten gällande den enskilde patienten medverkar rehabsamordnaren och på vilket sätt?
- Om det inte hade funnits en rehabsamordnare, vem/vilka (roller/funktioner) på vårdcentralen skulle i så fall ha gjort detta?

Hur såg arbetet med långtidssjukskrivna ut innan rollen som rehabsamordnare tillskapades?

Vad är det mest positiva med att ha en rehabsamordnare på vårdcentralen?

Vad är negativt?

Vilka utmaningar eller problem ser du för rehabsamordnaren i den närmaste framtiden?

FRÅGOR TILL SAMTLIGA PARTER EFTER AVSLUTAT MÖTE

Vad tyckte du om mötet idag?

Var det ett kreativt möte? På vilket sätt?

Fattades det några beslut? Vilka?

Hur viktiga anser du att detta/dessa beslut är för den fortsatta rehabiliteringsprocessen för X på en skala 1 till 5 (där 5 står för ”mycket betydelsefullt” och 1 betyder ”relativt oviktigt eller betydelselöst”)?

Vad visste du i förväg om mötets syfte? Fick du en skriftlig kallelse? Vad stod i kallelsen?

Hade du förberett dig på något särskilt sätt inför dagens möte?

Hade du några speciella förhoppningar eller farhågor inför mötet? Vad hände med dessa?

Hur upplevde du din roll i mötet?

På vilket sätt bidrog du till diskussioner och beslut?

Har du varit på andra möten av detta slag i samma roll/i någon annan roll?

Hur ser du på din roll som i den här typen av möten?

Hur ser du på rollen och funktionen som rehabsamordnare som ett redskap för att arbeta med sjukskrivna inom vårdcentralen/i samverkan med vårdcentralen?

Hur har införandet av rollen som rehabsamordnare påverkat arbetet med långtidssjukskrivna utifrån din roll?

Tillägsfrågor

- Om du jämför med andra teambedömningar som du har deltagit i... hur var detta?
- Vad tror du skulle ha hänt med just den här patienten om inte dagens teambedömning skulle ha gjorts? (Om det inte hade gjorts en teambedömning omkring den här patienten – vad tror du då hade hänt för henne/honom?)
- Har din bild av patienten ändrats efter den strukturerade teambedömningen? Hur?

DEN SJUKSKRIVNES/FÖRSÄKRADES UPPLEVELSE AV AVSTÄMNINGSMÖTET OCH SIN EGEN ARBETSFÖRMÅGA

Öppningsfråga

Berätta hur det kändes att delta i dagens/gårdagens avstämningsmöte...

Vad som hände under mötet

Vad uppfattade du hände under mötet?

Hände det något eller sades det något under mötet som förvånade dig?

Fattades det några viktiga beslut omkring dig och din rehabilitering? Vilka deltog i besluten?

Vilken roll spelade du för de beslut som fattades?

Mötesdeltagarna och frånvarande möjliga deltagare

Saknade du någon eller några personer vid mötet som skulle ha kunnat bidra till (andra) viktiga beslut i rehabiliteringsprocessen?

Vid x-dagens möte deltog inte, hur kom det sig?

Var det någon eller några som deltog vid mötet som inte hade behövt närvara?

Den egna rollen inför och under mötet

Hade du förberett dig på något särskilt sätt inför avstämningsmötet?

Hade du några speciella förhoppningar eller farhågor inför mötet? Vad hände med dessa?

Vilken roll hade du under mötet överlag? Känner du dig nöjd med den rollen eller hade du velat att den skulle ha sett annorlunda ut? Hur?

I vilka sammanhang har du träffat övriga deltagare före avstämningsmötet?

Hur uppfattade du övriga mötesdeltagares roller och förhållningssätt visavi dig?

Vågade du ta upp allt du ville vid avstämningsmötet?

Sjukskrivningsperioden och sjukdomen

Hur länge har du varit sjukskriven?

Vad gjorde att du blev sjukskriven?

Hur såg ditt liv ut innan du blev sjukskriven? På jobbet? Hemma?

Vad har hänt under sjukskrivningsperioden hittills? Utredningar? Behandlingar? Arbetsträning?

Deltidsfriskskrivning? Utbildning?

Arbetsförmåga och återgång i arbete

Hur ser du på din arbetsförmåga idag? I relation till ditt nuvarande arbete? I relation till andra möjliga sysselsättningar?

Hur ser du på möjligheten att återgå i ditt nuvarande arbete? Behövs det några speciella åtgärder?

Framtiden

Vad tror du att du gör om ett halvår? ... om tre år?

Sjukskrivningsprocessen/rehabprocessen

- Skulle du i stora drag kunna beskriva X sjukskrivningstid/period? (Rita upp en tidslinje)
- När vi var med på team/arena/avst.möte, hur länge hade personen varit aktuell hos er då?
- Vad var det som ledde fram till mötet? Specifika händelser?
- Vad gav mötet?
- Vad har hänt sen dess?
- På vilket sätt påverkade mötet personens sjukskrivn./rehab.process?
- Vilka andra möten har förekommit kring den aktuella personen?
- Har personen varit utsatt för/medverkat i behandlingar/utredningar/annat?
- Vilka personer har den sjukskrivne träffat under sin sjukskrivning?
- På vilket sätt blev du indragen i processen?
- Vilken har din roll varit (är) i processen? Kunde den sett annorlunda ut?
- Tycker du att du borde gjort något på ett annat sätt för den här personens rehab.process?
- Hade personen varit aktuell i något annat sammanhang hos er tidigare?
- Är personen fortfarande sjukskriven?
- Något annat?

DEN SJUKSKRIVNES/DEN FÖRSÄKRADES UPPLEVELSE AV MÖTET OCH SIN EGEN ARBETSFÖRMÅGA (3 månader efter avstämningsmöte

Öppningsfråga

Berätta hur om hur det ser ut för dig idag när det gäller arbete och sjukskrivning?

Vad har hänt för dig sedan avstämningsmötet i december?

På vilket sätt tänker du att avstämningsmötet har haft betydelse för vad som har hänt för dig (eller inte har hänt)?

Vad som hände under mötet

Vad uppfattade du hände under mötet?

Hände det något eller sades det något under mötet som förvånade dig?

Fattades det några viktiga beslut omkring dig och din rehabilitering? Vilka deltog i besluten?

Vilken roll spelade du för de beslut som fattades?

Mötesdeltagarna och frånvarande möjliga deltagare

Saknade du någon eller några personer vid mötet som skulle ha kunnat bidra till (andra) viktiga beslut i rehabiliteringsprocessen?

Vid x-dagens möte deltog inte, hur kom det sig?

Var det någon eller några som deltog vid mötet som inte hade behövt närvara?

Den egna rollen inför och under mötet

Hade du förberett dig på något särskilt sätt inför avstämningsmötet?

Hade du några speciella förhoppningar eller farhågor inför mötet? Vad hände med dessa?

Vilken roll hade du under mötet överlag? Känner du dig nöjd med den rollen eller hade du velat att den skulle ha sett annorlunda ut? Hur?

I vilka sammanhang har du träffat övriga deltagare före avstämningsmötet?

Hur uppfattade du övriga mötesdeltagares roller och förhållningssätt visavi dig?

Vågade du ta upp allt du ville vid avstämningsmötet?

Sjukskrivningsperioden och sjukdomen

Hur länge har du varit sjukskriven?

Vad gjorde att du blev sjukskriven?

Hur såg ditt liv ut innan du blev sjukskriven? På jobbet? Hemma?

Vad har hänt under sjukskrivningsperioden hittills? Utredningar? Behandlingar? Arbetsträning?

Deltidsfriskskrivning? Utbildning?

Arbetsförmåga och återgång i arbete

Hur ser du på din arbetsförmåga idag? I relation till ditt nuvarande arbete? I relation till andra möjliga sysselsättningar?

Hur ser du på möjligheten att återgå i ditt nuvarande arbete? Behövs det några speciella åtgärder?

Framtiden

Vad tror du att du gör om ett halvår? ... om tre år?

En studie om rehabsamordnaren som en länk i den samordnade rehabiliteringen i Jönköpings län

Som ett led i uppföljningen av inrättandet av rehabsamordnare (tidigare sjukskrivningssamordnare) på länets samtliga vårdcentraler planerar landstinget tillsammans med Hälsohögskolan i Jönköping en studie om rehabsamordnaren som en länk i den samordnade rehabiliteringen i Jönköpings län. Syftet med studien är att undersöka och följa upp modellen med rehabsamordnare samt att skapa ett diskussionsunderlag för landstingets fortsatta del i arbetet för att minska sjukskrivningarna i länet. Du tillhör en grupp personer som genom detta brev tillfrågas om medverkan i den aktuella studien.

Specifikt avser studien att beskriva sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen på individnivå utifrån rehabsamordnarnas roll och funktion på tre olika arenor som bedöms centrala i denna process: *möten i rehab-teamet, avstämningsmöten* samt i *flerpartsmöten* mellan flera olika aktörer såsom Försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten. Dessutom görs en rekonstruktion av övergripande drag i sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen för de sjukskrivna personer som ingår i studien genom aktivt deltagande och/eller genom att aktualiseras i rehab-teamets möten och/eller flerpartsmöten.

Frågor som studien vill ge svar på är: hur ser sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen ut vid vårdcentraler där det finns en rehabsamordnare? Hur görs en samlad bedömning av individens behov av fortsatt sjukskrivning och av andra rehabiliteringsinsatser? Hur upplever patienten/ den sjukskrivne att sjukskrivningsprocessen har fungerat för att underlätta återgång till arbete?

Under studien följs rehabsamordnarnas arbete på fyra vårdcentraler i länet utifrån de tre typerna av ovan nämnda möten. Dessa möten spelas in med digital ljudbandspelare och i närvaro av en tyst observatör från Hälsohögskolan i Jönköping. Efter avslutat möte tillfrågas samtliga mötesdeltagare om deltagande i en kort intervju om mötet som en del av en individuell rehabiliteringsprocess. Intervjun spelas in med ljudbandspelare. Utöver detta kommer övriga medlemmar i vårdcentralens rehab-team att tillfrågas om intervjuer omkring rehabsamordnaren som en länk i den samordnade rehabiliteringen.

Allt som dessa samtal handlar om – under mötet och i efterföljande intervjuer – kommer att behandlas konfidentiellt. I den rapport och de vetenskapliga texter som studien så småningom ska leda fram till kommer alla namn på personer och orter liksom andra uppgifter som skulle kunna röja vem det handlar om att ändras och presenteras så att det inte går att identifiera vem eller vilka personerna är.

Deltagande i projektet är givetvis frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att ange något skäl för detta. Om du har några frågor är du välkommen att ringa projektledare Pia Bülow telefon 036-10 12 27.

Jönköping september 2008

Pia Bülow

Fil. Dr., Lektor i socialt arbete

Avd. för beteendevetenskap och socialt arbete

Hälsohögskolan i Jönköping

En studie om rehabsamordnaren som en länk i den samordnade rehabiliteringen i Jönköpings län

Som ett led i uppföljningen av inrättandet av rehabsamordnare på länets samtliga vårdcentraler planerar landstinget tillsammans med Hälsohögskolan i Jönköping en studie om rehabsamordnaren som en länk i den samordnade rehabiliteringen i Jönköpings län. Syftet med studien är att undersöka och följa upp modellen med rehabsamordnare samt att skapa ett diskussionsunderlag för landstingets fortsatta del i arbetet för att minska sjukskrivningarna i länet.

Delar av projektet är inriktat mot *Avstämningsmötet* som en pusselbit i den samordnade rehabiliteringen. Du tillhör en grupp personer som genom detta brev tillfrågas om medverkan i den aktuella studien då du är kallad till ett Avstämningsmöte där en rehabsamordnare deltar. Det vi vill studera är hur Avstämningsmötet fungerar som en del av en sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocess och hur dessa möten upplevs av olika parter. Dessutom görs, utifrån rehabsamordnarnas perspektiv och kunskap en rekonstruktion av övergripande drag i sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen för de sjukskrivna personer som ingår i studien

Frågor som studien i sin helhet vill ge svar på är: hur ser sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen ut vid vårdcentraler där det finns en rehabsamordnare? Hur görs en samlad bedömning av individens behov av fortsatt sjukskrivning och av andra rehabiliteringsinsatser? Hur upplever patienten/den sjukskrivne att sjukskrivningsprocessen har fungerat för att underlätta återgång till arbete?

Under studien följs rehabsamordnarnas arbete på fyra vårdcentraler i länet bland annat vid Avstämningsmöten. Mötena spelas in med digital ljudbandspelare och i närvaro av en tyst observatör från Hälsohögskolan i Jönköping. Efter avslutat möte tillfrågas samtliga mötesdeltagare om deltagande i en kort intervju om mötet som en del av en individuell rehabiliteringsprocess. Intervjun spelas in med ljudbandspelare. Omkring tre månader efter ditt Avstämningsmöte kommer forskare från Hälsohögskolan att ta kontakt på nytt för att fråga om du vill delta i ytterligare en intervju omkring vad som hänt i din rehabilitering sedan mötet.

Allt som dessa samtal handlar om – under mötet och i efterföljande intervjuer – kommer att behandlas konfidentiellt. I den rapport och de vetenskapliga texter som studien så småningom ska leda fram till kommer alla namn på personer och orter liksom andra uppgifter som skulle kunna röja vem det handlar om att ändras och presenteras så att det inte går att identifiera vem eller vilka personerna är.

Deltagande i projektet är givetvis frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att ange något skäl för detta. Om du har några frågor är du välkommen att ringa projektledare Pia Bülow telefon 036-10 12 27.

Jönköping september 2008

Pia Bülow

Fil. Dr., Lektor i socialt arbete

Avd. för beteendevetenskap och socialt arbete

Hälsohögskolan i Jönköping

En studie om rehabsamordnaren som en länk i den samordnade rehabiliteringen i Jönköpings län

I september 2006 träffade Landstinget i Jönköpings län i ett avtal med Försäkringskassan om att använda av regeringen särskilt tilldelade medel för att bland annat inrätta tjänster som rehabsamordnare (tidigare sjukskrivningsamordnare) på länets samtliga vårdcentraler. Som ett led i uppföljningen av denna satsning planerar landstinget tillsammans med Hälsohögskolan i Jönköping en studie om rehabsamordnaren som en länk i den samordnade rehabiliteringen i Jönköpings län. Syftet med studien är att undersöka och följa upp modellen med rehabsamordnare samt att skapa ett diskussionsunderlag för landstingets fortsatta del i arbetet för att minska sjukskrivningarna i länet.

Delar av projektet är inriktat mot *Avstämningsmötet* som en pusselbit i den samordnade rehabiliteringen. Du tillhör en grupp personer som genom detta brev tillfrågas om medverkan i den aktuella studien då du är kallad till ett Avstämningsmöte där en rehabsamordnare deltar. Det vi vill studera är hur Avstämningsmöten fungerar som en del av en sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocess och hur dessa möten upplevs av olika parter.

Frågor som studien i sin helhet vill ge svar på är: hur ser sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen ut vid vårdcentraler där det finns en rehabsamordnare? Hur görs en samlad bedömning av individens behov av fortsatt sjukskrivning och av andra rehabiliteringsinsatser? Hur upplever patienten/den sjukskrivne att sjukskrivningsprocessen har fungerat för att underlätta återgång till arbete?

Under studien följs rehabsamordnarnas arbete på fyra vårdcentraler i länet utifrån tre typer av möten bland annat Avstämningsmöten. Mötena spelas in med digital ljudbandspelare och i närvaro av en tyst observatör från Hälsohögskolan i Jönköping. Efter avslutat möte tillfrågas samtliga mötesdeltagare om deltagande i en kort intervju om mötet som en del av en individuell rehabiliteringsprocess. Intervjun spelas in med ljudbandspelare.

Allt som dessa samtal handlar om – under mötet och i efterföljande intervjuer – kommer att behandlas konfidentiellt. I den rapport och de vetenskapliga texter som studien så småningom ska leda fram till kommer alla namn på personer och orter liksom andra uppgifter som skulle kunna röja vem det handlar om att ändras och presenteras så att det inte går att identifiera vem eller vilka personerna är.

Deltagande i projektet är givetvis frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att ange något skäl för detta. Om du har några frågor är du välkommen att ringa projektledare Pia Bülow telefon 036-10 12 27.

Jönköping september 2008

Pia Bülow

Fil. Dr., Lektor i socialt arbete

Avd. för beteendevetenskap och socialt arbete
Hälsohögskolan i Jönköping

En studie om rehabsamordnaren som en länk i den samordnade rehabiliteringen i Jönköpings län

I september 2006 träffade Landstinget i Jönköpings län i ett avtal med Försäkringskassan om att använda av regeringen särskilt tilldelade medel för att bland annat inrätta tjänster som rehabsamordnare (tidigare sjukskrivningsamordnare) på länets samtliga vårdcentraler. Som ett led i uppföljningen av inrättandet av rehabsamordnare på länets samtliga vårdcentraler planerar landstinget tillsammans med Hälsohögskolan i Jönköping en studie om rehabsamordnaren som en länk i den samordnade rehabiliteringen i Jönköpings län.

Syftet med studien är att undersöka och följa upp modellen med rehabsamordnare samt att skapa ett diskussionsunderlag för landstingets fortsatta del i arbetet för att minska sjukskrivningarna i länet. Du tillhör en grupp personer som genom detta brev tillfrågas om medverkan i den aktuella studien.

Specifikt avser studien att beskriva sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen på individnivå utifrån rehabsamordnarnas roll och funktion på tre olika arenor som bedöms centrala i denna process: *möten i rehab-teamet*, *avstämningmöten* samt i *flerpartsmöten* mellan flera olika aktörer såsom Försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten. Dessutom görs en rekonstruktion av övergripande drag i sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen för de sjukskrivna personer som ingår i studien genom aktivt deltagande och/eller genom att aktualiseras i rehab-teamets möten och/eller flerpartsmöten.

Frågor som studien vill ge svar på är: hur ser sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen ut vid vårdcentraler där det finns en rehabsamordnare? Hur görs en samlad bedömning av individens behov av fortsatt sjukskrivning och av andra rehabiliteringsinsatser?

Under studien följs rehabsamordnarnas arbete på fyra vårdcentraler i länet utifrån de tre typerna av ovan nämnda möten. Dessa möten spelas in med digital ljudbandspelare och i närvaro av en tyst observatör från Hälsohögskolan i Jönköping. Efter avslutat möte tillfrågas samtliga mötesdeltagare om deltagande i en kort intervju om mötet som en del av en individuell rehabiliteringsprocess. Intervjun spelas in med ljudbandspelare.

Allt som dessa samtal handlar om – under mötet och i efterföljande intervjuer – kommer att behandlas konfidentiellt. I den rapport och de vetenskapliga texter som studien så småningom ska leda fram till kommer alla namn på personer och orter liksom andra uppgifter som skulle kunna röja vem det handlar om att ändras och presenteras så att det inte går att identifiera vem eller vilka personerna är.

Deltagande i projektet är givetvis frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att ange något skäl för detta. Om du har några frågor är du välkommen att ringa projektledare Pia Bülow telefon 036-10 12 27.

Jönköping september 2008

Pia Bülow

Fil. Dr., Lektor i socialt arbete

Avd. för beteendevetenskap och socialt arbete

Hälsohögskolan i Jönköping

En studie om rehabsamordnaren som en länk i den samordnade rehabiliteringen i Jönköpings län

Som ett led i uppföljningen av inrättandet av rehabsamordnare på länets samtliga vårdcentraler planerar landstinget tillsammans med Hälsohögskolan i Jönköping en studie om rehabsamordnaren som en länk i den samordnade rehabiliteringen i Jönköpings län. Syftet med studien är att undersöka och följa upp modellen med rehabsamordnare samt att skapa ett diskussionsunderlag för landstingets fortsatta del i arbetet för att minska sjukskrivningarna i länet. Du tillhör en grupp personer som genom detta brev tillfrågas om medverkan i den aktuella studien genom att din situation kommer att diskuteras vid ett möte där rehabsamordnaren på din vårdcentral deltar.

Specifikt avser studien att beskriva sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen på individnivå utifrån rehabsamordnarnas roll och funktion vid tre olika typer av möten som bedöms centrala i denna process: *möten i rehab-teamet*, *avstämningmöten* samt i *flerpartsmöten* mellan flera olika aktörer såsom Försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten. Dessutom görs, utifrån rehabsamordnarnas perspektiv och kunskap en rekonstruktion av övergripande drag i sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen för de sjukskrivna personer som ingår i studien genom aktivt deltagande och/eller genom att aktualiseras vid annan typ av möte.

Frågor som studien vill ge svar på är: hur ser sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen ut vid vårdcentraler där det finns en rehabsamordnare? Hur görs en samlad bedömning av individens behov av fortsatt sjukskrivning och av andra rehabiliteringsinsatser?

Under studien följs rehabsamordnarnas arbete på fyra vårdcentraler i länet utifrån de tre typerna av ovan nämnda möten. Dessa möten spelas in med digital ljudbandspelare och i närvaro av en tyst observatör från Hälsohögskolan i Jönköping. Efter avslutat möte tillfrågas samtliga mötesdeltagare om deltagande i en kort intervju om mötet som en del av en individuell rehabiliteringsprocess. Intervjun spelas in med ljudbandspelare.

Allt som dessa samtal handlar om – under mötet och i efterföljande intervjuer – kommer att behandlas konfidentiellt. I den rapport och de vetenskapliga texter som studien så småningom ska leda fram till kommer alla namn på personer och orter liksom andra uppgifter som skulle kunna röja vem det handlar om att ändras och presenteras så att det inte går att identifiera vem eller vilka personerna är.

Deltagande i projektet är givetvis frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att ange något skäl för detta. Om du har några frågor är du välkommen att ringa projektledare Pia Bülow telefon 036-10 12 27.

Jönköping september 2008

Pia Bülow

Fil. Dr., Lektor i socialt arbete

Avd. för beteendevetenskap och socialt arbete

Hälsohögskolan i Jönköping