

# **Uppstart av ett team med multimedial ansats på rehabiliteringen för patienter med långvarig smärta**

**Ett förbättringsarbete med blandad studiedesign**

**Per-Magnus Hassel**

Examensarbete, 30 hp, masteruppsats  
Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd  
Jönköping, juni 2012

Handledare: Agneta Abrahamsson, lektor/  
FoU-samordnare

Examinator: Boel Andersson-Gäre, professor

# Sammanfattning

**Bakgrund:** Smärta från rörelseorganen ligger bakom många sjukskrivningar. För att stärka den medicinska rehabiliteringen gjorde Socialdepartementet en överenskommelse med Sveriges kommuner och landsting 2008; Rehabgarantin. Den insats som skulle få prestationsersättning var multimodal rehabilitering. I Landstinget Dalarna har man startat multimodala team med resurser från Rehabgarantin i primärvården. Denna uppsats beskriver ett sådant teams uppbyggnad och faktorer som personal uppfattar som viktiga för teamets uppbyggnad och arbete.

**Syfte:** Syftet med förändringsarbetet är att patienter med långvarig värk ska få ett snabbt och adekvat omhändertagande av ett team som har kunskaper och erfarenhet av att jobba tillsammans.

**Studiefrågor:** Vilka effekter för patienterna kan kopplas till ansatsen att skapa multimodal rehabilitering på en primärvårdspraktik? Vilka faktorer, upplever personal på vårdcentralen, har påverkat skapandet av ett smärteam på vårdcentralen?

**Metod:** En blandad studie med flera metoder för datainsamling. Öppen intervju med personal, strukturerad telefonintervju med patienter och journalgranskning.

**Resultat:** Smärteamet har lyckats påverka arbetsåtergången och patienterna har en positiv upplevelse av genomförandet av rehabiliteringen där de varit med och skapat en rehabiliteringsplan. De faktorer som personal upplever har påverkat smärteamets uppbyggnad är: syfte, mätningar, patientcentrering, samarbete, miljö, engagemang, information, stöd från ledning och tid.

**Diskussion:** Oavsett om man fokuserar på ett teams uppbyggnad eller generellt på ett förbättringsarbete återkommer vissa faktorer som viktiga. Här ingår en tydlig plan för arbetet där deltagarna ställer sig bakom syftet med det arbete som man i teamet ska utföra och kontinuerliga mätningar för att öka engagemanget för deltagarna i arbetet och de som direkt eller indirekt berörs av arbetet. Vidare finns det en vinst att skapa sig en gemensam bild av vad vi tillsammans ska uppnå.

Vidare forskning behövs av effekterna av teamarbete med smärtpatienter. Patientnytta och ekonomiska konsekvenser behöver kartläggas. Är multimodal rehabilitering det bästa alternativet eller kan intermediär rehabilitering vara ett alternativ för små enheter?

**Nyckelord:** Multimodal rehabilitering, Förbättringskunskap, Team.

## Summary

**Background:** Pain from the musculoskeletal system is the cause of sick leave. To reinforce the medical rehabilitation the Social Ministries did an agreement with Sweden's municipalities and county councils 2008; the rehab warranty. The effort that would receive performance bonuses was multimodal rehabilitation. In the county council of Dalarna they have been starting multimodal teams of the resources of the rehab warranty. This thesis describes the start of one of these teams and factors that staff perceived important for teambuilding and work.

**Purpose:** Aim for the improvement: Patients with chronic pain should receive prompt and adequate care from a team that has experience and knowledge to work together.

Study questions: What effects for the patients can be connected to the attempts to create multimodal rehabilitation in a primary care practice? What factors, experienced by staff at the centre, has influenced the creation of the pain team at the centre?

**Method:** A mixed methods study with several methods for collecting results. Open interviews with personnel, structured telephone interviews with patients and journal review.

**Results:** The pain team has managed to influence patients' possibilities to return to work. Patients perceived the rehabilitation process positively when they could participate in the care in the making of a rehab plan. The factors that staff experience has affected team building were: purpose, measurements, patient centeredness, cooperation, environment, commitment, information, support from management, and time.

**Discussion:** Whether you focus on team-building or on improvement work some factors remain important. Among these factors are a clear plan for the work that the participants align to and continuous measurements to increase the engagement for the participants in the team and others that is affected of the teams work. Further research is needed about teamwork in rehabilitation of pain patients and the economic consequences it brings. Is it multimodal rehabilitation that gives good effects or could intermediate rehabilitation be an alternative for small organisations?

**Keywords:** Multimodal rehabilitation. Improvement knowledge, Team.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
Rehabgarantin .....	1
Multimodal rehabilitering .....	1
Förbättringskunskap .....	2
Team.....	4
Effekter av att jobba i team .....	5
Grupputveckling .....	5
Patientdelaktighet .....	6
<b>Lokalt problem</b> .....	<b>6</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>7</b>
Planerad förbättringsinsats .....	7
Studiefrågor .....	7
<b>Material och metoder</b> .....	<b>7</b>
Lokala förutsättningar .....	7
Processer i projektet .....	7
Studiedesign .....	10
Journalgranskning.....	11
Telefonintervju med patient.....	11
Öppen intervju med personal.....	11
Etiska överväganden .....	11
<b>Resultat</b> .....	<b>12</b>
Kontext .....	12
Effekter för patienterna .....	13
Journalgranskning.....	13
Telefonintervju med patient.....	13
Vilka faktorer uppfattar personal har betydelse för skapandet av ett team .....	15
Sammanfattning av resultat från intervjuerna med personal.....	15
<b>Diskussion</b> .....	<b>17</b>
Sammanfattning .....	17
Relation till annan evidens, begränsningar och tolkning .....	18
Metod .....	18
Metod, journalgranskning och telefonintervju .....	18
Metod, öppen personalintervju.....	18
Resultat, effekter av teamets arbete .....	19
Resultat, vilka faktorer spelar roll för ett teams uppbyggnad.....	19
Slutsatser.....	21
<b>Referenser</b> .....	<b>22</b>
<b>Bilagor</b> .....	<b>24</b>
Bilaga 1. Informationsfolder till patient .....	24
Bilaga 2. Plan för multimodal rehabilitering.....	25

<b>Bilaga 3. Patientenkät .....</b>	<b>26</b>
<b>Bilaga 4. Registreringsunderlag Rehabiliteringsgarantin vid smärta rygg, nacke eller axlar i Landstinget Dalarna (senast reviderad 111003).....</b>	<b>27</b>
<b>Bilaga 5. Intervjuguide .....</b>	<b>30</b>
<b>Bilaga 6. Informerat samtycke .....</b>	<b>31</b>

## **Inledning**

Denna uppsats kommer att beskriva ett förbättringsarbete med uppstart av ett team som ska jobba med patienter med långvarig smärta. Vårdcentralen där förbättringsarbetet genomfördes har som upptagningsområde Gagnefs kommun och dess närområde. Det finns ungefär 10 000 patienter listade på vårdcentralen, som har cirka 50 personer anställda (se tabell 1 i resultatavsnittet).

I Sverige har cirka 18 % av befolkningen långvarig smärta (1). Smärta från rörelseorganen dominerar. Av besöken i primärvården har 20-40% rapporterats vara föranledda av smärta, varav cirka hälften långvarig smärta. Av sjukpenningskostnaderna i Sverige står rörelseorganens sjukdomar för 25% (2).

Internationell Association for the Study of Pain definierar smärta som en ”en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada”(1, 3). Långvarig smärta definieras som en smärta som varat i mer än tre månader (4). Den påverkas av och interagerar med olika fysiska, emotionella, psykologiska och sociala faktorer (5).

## **Rehabgarantin**

I Sverige har den så kallade arbetslinjen varit förhärskande sedan länge (6). Det finns många trygghetssystem och sjukpenning är ett av dem. Personer med värk från rörelseorganen anses ligga bakom många av sjukskrivningarna. 2008 gjorde Socialdepartementet en överenskommelse med Sveriges kommuner och landsting för att stärka den medicinska rehabiliteringen (7, 8). Rehabgarantin vänder sig till personer i yrkesför ålder med ospecifik långvarig smärta som är sjukskrivna eller löper risk för sjukskrivning. Insatserna ska vara evidensbaserade och multimodal rehabilitering (MMR) är den insats som specificerats som evidensbaserad.

Behandlingarna inom Rehabgarantin har fått ersättning av Staten.

Karolinska institutet fick i uppdrag att utvärdera Rehabgarantin och i utvärderingen kan man bland annat läsa att:

- En försenande faktor för införandet kan vara personals negativa inställning till att ändra från ett individbaserat arbetssätt till ett teambaserat arbetssätt
- MMR är en resurskrävande insats som har gjort att vissa enheter har dragits sig för att starta sådana team, speciellt då det sker i projektform
- Bedömningskriterier för patienturvalet har saknats och brist av specificering av vad MMR innehåller har försvärat införandet av Rehabgarantin (7).

## **Multimodal rehabilitering**

2011 kom rapporten ”Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta” (5). Kunskapsunderlaget för att utforma rapporten kom av SBU:s rapport från 2010 där värdet av multimodal rehabilitering vid långvarig smärta beskrivs(4).

Kostnadseffektiviteten av MMR saknar dock vetenskapliga underlag. MMR leder till ökad arbetsåtergång jämfört med mindre intensiva insatser. MMR har dock inte påverkat intensiteten på smärtan eller aktivitetsförmågan jämfört med mindre intensiva insatser (4).

*Multimodal rehabilitering* är en kombination av psykologiska insatser och fysikaliska insatser såsom fysisk aktivitet/träning och manuella metoder. Interdisciplinärt teamarbete är grunden med patienten som en deltagare i teamet. Samordning är viktigt och insatserna ska pågå en viss tid. Multimodal rehabilitering används när det är stora och komplexa behov.

*Intermediär rehabilitering* innebär att det är flera åtgärder av olika professioner men sker inte team-baserat utan är uppbyggt på regelbundna kontakter mellan professionerna.

*Unimodal rehabilitering* är behandling av en yrkesprofession, till exempel en sjukgymnast. Insatsen kan vara komplex men utförs av endast en person (4).

I indikationerna för multimodal rehabilitering beskrivs en rad indikationer som utredarna anser ska vara uppfyllda innan MMR ska erbjudas - se faktaruta 1.

### **Indikation**

”Multimodal rehabilitering (MMR) vid smärta är relevant att erbjuda om förutsättningarna nedan är uppfyllda.

#### Patientrelaterade förutsättningar

- Patienten har ihållande eller intermittent smärta som varat under mer än tre månader.
- Smärtan och dess konsekvenser är av sådan dignitet att de i hög grad påverkar patientens dagliga liv.
- Patienten har potential för ett aktivt förändringsarbete, trots smärtan.
- Patienten har inte någon annan sjukdom eller något annat tillstånd som innebär hinder för att delta i programmet.

#### Vårdprocessrelaterade förutsättningar

- Utredning har gjorts på ett systematiskt sätt, vilket innebär att strukturerad anamnes har tagits upp, andra tillstånd som skulle kunna orsaka smärttillståndet (”röda flaggor”) har uteslutits, screening för psykosociala riskfaktorer (”gula flaggor”) har gjorts, patientens förväntningar och beredskap för förändring samt hur smärtan påverkar möjligheten till aktiviteter har kartlagts.
- Evidensbaserad optimering av farmakologisk behandling har gjorts.
- Icke-farmakologiska unimodala åtgärder har övervägts/erbjudits/prövats.
- Tillståndets komplexitet har graderats enligt en särskild indelningsmodell.
- Patienten har fått såväl muntlig som skriftlig information om MMR.

#### Vårdgivarrelaterade förutsättningar

- Flera professioner arbetar i team med planerade och samordnade åtgärder mot ett gemensamt mål som definieras tillsammans med patienten.
- Kompetens för att handha smärttillståndets komplexitet finns i MMR-teamet.
- Enheten rapporterar till NRS-registret” (5).

Figur 1. Indikationer för multimodal rehabilitering.

## **Förbättringskunskap**

I vård och omsorg hanterar vi en komplex värld där det ställs allt högre krav på vården. Vården förändras hela tiden och nya tekniker och forskning ger möjlighet till nya behandlingsmetoder, vården ställs även inför nya hälsoproblem. När kunskapen ökar, ökar även komplexiteten i vården. Det ställs kontinuerligt krav på ökad effektivitet i vården (9). Att jobba med ständiga förbätt-

ringar är viktigt. I detta läge är det angeläget att man har goda grunder att stå på när man jobbar med förbättringsarbete. Detta för att minska tiden för själva förbättringsarbetet så att tiden kan gå till att förbättra vården. Vad är då förändring? Vi ändrar hela tiden i vår omgivning, vi byter lampor när de går sönder med mera. Vi måste hela tiden reagera på omgivningsförändringar men det är inte den ursprungliga källan till förändringsarbete. Förändringsarbete handlar om agerande. Att utveckla, testa och implementera ändringar. Nolans modell för förändringsarbete har tre grundläggande frågor:

1. Vad vill vi uppnå?
2. Hur vet vi att en förändring är en förbättring?
3. Vilka förändringar kan vi göra som kommer leda till en förbättring? (10)

Varje förändring bör svara upp mot dessa grundläggande frågor och kombineras med PDSA-cyklar. För att få till ett kontinuerligt lärande och ständiga små förbättringar. Fem grundläggande aspekter av förändringsarbete är:

1. Kunskap om varför en förändring är viktig.
2. Feedback mekanism som informerar om det sker någon förändring.
3. Utveckla en effektiv förändring som kommer skapa en förbättring.
4. Testa en förändring innan implementering.
5. Kunskap om när och hur man ska göra ändringen till en permanent verksamhet(10).

Alla förändringar i organisationer sker på en processnivå och personliga interaktioner/processer kommer därför spela en stor roll i alla förändringsarbeten (11).

Corrigan skriver i sin rapport "Crossing the quality chasm" att kvalitetsarbete ska påverka vården i områdena säkerhet, effektivitet, patientcentrering och rättvis vård (12). Berwick skriver vidare i sin användarmanual för "crossing the quality chasm" att det är viktigt att fokusera på mikrosystemen för att underlätta arbetet med att förbättra vården (13).

"Varje system är perfekt designat för att få det resultat det uppnår". Skriver Berwick i en debattartikel (14). Några av de lärandepunkter han beskriver kring förbättringsarbete är:

- Inte all förändring är förbättring men all förbättring innebär förändring.
- Specifika mål ger bättre möjlighet till förbättring.
- Fokusera på patientens behov istället för organisationens.
- Mätningar ger förutsättningar för att utvärdera om förändringar ska bevaras, förändras eller förkastas.
- De flesta system har för lite tid till reflektion för att möjliggöra förändringsarbete.

Förbättringskunskap kan vidare beskrivas med fyra hörnstenar.

1. Systemförståelse, att se sin del i helheten.
2. Psykologi, speciellt om grupp psykologi och hur man ökar motivationen och kreativitet.
3. Vuxet lärande baserat på reflektion kring de processer man deltar i.
4. Förståelse för variation i processer med hjälp av statistiska metoder (15).

Löfgren et al. beskriver att det är viktigt med förankring hos ledningen och en tydlig plan för förbättringen för att åstadkomma en förändring (16). Mohr et al. beskriver åtta dimensioner för hög kvalitet i mikrosystem:



- Syfte.
- Satsning på förbättring.
- Självständighet hos de patientnära teamen.
- Information och teknologi är integrerat i flödet.
- Kontinuerliga mätningar.
- Stöd från makrosystemet.
- Kontakt med samhället och fokus på att förbättra vården.
- Tydliga roller och utbildning för ökad effektivitet och nöjd personal (17).

Vården kan delas upp i olika nivåer. Micro-, meso- och makrosystem. På makronivå är det till exempel ett landsting och mesonivå är ett sjukhus eller en vårdcentral. Makrosystemet är uppbyggt av mikrosystemen. När en patient söker en vårdgivare skapas ett mikrosystem. Syftet med mikrosystemet är att skydda och återställa hälsa eller förebygga patientens ohälsa. Det vanligaste är att det är en grupp av människor som är systemets målgrupp och att det är en grupp av professionella som är vårdgivarna. Det är detta mikrosystem som är grunden i vården. Utan välfungerande mikrosystem kan vi inte få en fungerande hälso- och sjukvård (9, 18). Det är i mikrosystemet som värdet för patienten skapas. Värdet för patienten kan inte vara större än det som mikrosystemet ger. De flesta deltagarna i mikrosystemet har sin lojalitet här och inte till makrosystemet man tillhör. Den multimodala rehabiliteringen kan liknas vid definitionen av ett mikrosystem. Patienten är i båda definitionerna aktiva deltagare i teamet och vården och är en viktig grundpelare för att skapa värde i vården (5, 9, 18).

## ***Team***

Team definieras som en ”mindre grupp som samarbetar med ett bestämt syfte” (19). Katzenbach och Smith definierar begreppet såhär: “A team is a small number of people with complementary skills who are committed to a common purpose, performance goals, and an approach for which they are mutually accountable” (20: 112). Senge beskriver teamarbete som en lärande organisation. Man litar på varandra, man kompletterar varandras styrkor och svagheter. Man har ett gemensamt mål som är större än individens eget mål. Teamet startar inte som ett komplett team utan lär sig det på vägen (21).

I indikationerna för MMR beskrivs att teamets arbetssätt ska vara interdisciplinärt. Thylefors definierar tre olika teamtyper; multiprofessionella, interprofessionella (interdisciplinära) och transprofessionella (22). Definitionerna av de olika teamtyperna framgår av figur 2.

Multiprofessionellt team: Dessa team har lägst grad av samarbete. Deltagarna jobbar självständigt och man kommunicerar för att informera de andra teammedlemmarna eller överlämna ärenden. Andra namn för dessa team är multidisciplinärt, additivt eller rolldifferentierat team.

Interprofessionellt: Samarbete är grunden för att uppnå önskade resultat. Man delar ansvaret för målsättning, planering och utvärdering. Man har specialiserade roller som kräver samspel, samordning och samarbete. Helheten är större än summan. Andra namn på interprofessionella team är interdisciplinära, integrativa eller rollintegrerade.

Transprofessionellt: Denna teamform jobbar tätt och utan gränser mellan rollerna. Det finns specialiserade roller men man har potential att stötta varandra och har möjlighet att gå in för varandra vid enstaka händelser. Det finns en trygghet i den egna professionen som är kombinerat med kunskap om de andra teammedlemmarnas kompetens. Man fokuserar på gemensamma mål. Det kräver kommunikation om hur man tillämpar sin yrkeskompetens till de andra i teamet(22).

Figur 2. Definitioner av teamtyper (22)

### ***Effekter av att jobba i team***

Flowers et al. studerade på aspekter som gör interdisciplinära team effektiva i skolvärlden. De drog slutsatsen att det är viktigt att fokusera på teamarbetet efter att teamen är formerade. Grupperna får inte heller vara för stora och de fungerar bättre om de får jobba tillsammans under längre tid (23).

En aspekt som motiverar teamarbete är att det ger möjlighet till ett mångdimensionellt arbete i patientarbete (24). Det mångdimensionella arbetssättet kan vara till gagn för en patient med smärta som har behov av bio-psykosocialt synsätt/angreppssätt (4, 5).

Faulkner har gjort en studie av litteraturen kring interdisciplinära team och har sett att det saknas studier på effekten av dessa team. Det finns en otydlighet i definitionen av olika team. Det finns vidare få studier av de ekonomiska konsekvenserna av att arbeta i team. Är det kostnadseffektivt (25)?

Thylefors har i en studie beskrivit hierarkier i team och att vissa yrkesgrupper tar större plats på teamträffar. Det fanns två distinktioner i synsätt på team där den ena såg team som ett sätt att utjämna skillnader mellan yrkesprofessionerna i teamet och den andra där man såg teamarbete som ett sätt att utöka läkarens bredd i behandling. Det andra synsättet är vanligt i primärvården och ställer stora krav på läkarna och reducerar input från andra professioner (26).

### ***Grupputveckling***

En amerikansk psykolog skapade en teori om gruppens utveckling utifrån sina studier på amerikanska flottan. FIRO. Modellen beskriver hur grupper går igenom olika faser om och om igen på vägen mot att bli en effektiv arbetsgrupp. Det finns tre huvudfaser och två mellanfaser. Gruppens utveckling rör sig konstant mellan faserna och en grupp kan gå tillbaka i utvecklingen vid nya företeelser såsom nya medlemmar i gruppen eller andra omständigheter (34). Thylefors skriver i antologin "Arbetsgrupper Från gränslösa team till slutna rum" hur samhället går mot en mera individualiserad attityd i samhället. Den egna personen blir viktigare än gruppen (22).

Zia beskriver vikten av teambuilding för att höja moralen hos arbetstagarna och för att kunna bibehålla personal och kompetens i organisationen (27).

## **Patientdelaktighet**

I all hälso- och sjukvård måste vi jobba med att få patienten mera delaktig. I smärtrehabilitering ställs ofta stora krav på livsstilsförändringar och etiskt kan man ställa sig frågan hur mycket vi i vården kan kräva av patienten? En väg att minska den etiska konflikten är att öka delaktigheten för patienten (4). Det beskrivs bland annat i hälso- och sjukvårdslagen som föreskriver en vård på lika villkor för hela befolkningen:

### **”Krav på hälso- och sjukvården**

*2 a § Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt 1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, 2. vara lätt tillgänglig, 3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, 4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, 5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd” (28).*

Detta avsnitt ur Hälso och sjukvårdslagen beskriver på ett tydligt sätt vad som krävs för att uppnå en god patientdelaktighet. Vården ska vara smidig med hög kontinuitet, lättillgänglig och med patienten i förarsätet.

I Internationell Classification of Functioning (ICF) finns delaktighet med som begrepp. Där beskrivs delaktighet som en persons engagemang i en livssituation (29). Personen måste vara en aktiv konsument och inte en passiv åskådare. Detta stämmer bra in på definitionen på ett kliniskt mikrosystem enligt Batalden där patienten och dess anhöriga är med och skapar värden i vården för sig själva.

## **Lokalt problem**

I Landstinget Dalarnas modell för rehabgarantin har det funnits möjlighet att skapa multimodala team som behandlar patientgruppen. Det har bildats olika varianter. I Falun har t.ex. vårdcentralerna gått ihop och skapat ett gemensamt team. Vissa vårdcentraler har skapat små lokala fasta team.

På den vårdcentral där det beskrivna förbättringsarbetet genomfördes bildade man aldrig något fast team. Här registrerade man insatser enligt rehabgarantin när det var flera yrkesgrupper som hade samtidiga behandlingar, vilket kan beskrivas som *intermediär rehabilitering*. Beroende på vilka som samarbetade kunde det ibland bli gemensamma planeringar tillsammans med patienten.

Detta förfarande gjorde att det var svårt att se vilka patienter som hade behov av gemensamma insatser och att det många gånger inte fanns något samarbete. Det var svårt att få ihop gemensamma planeringar och det var inte klart uttalat vem som skulle kalla till en gemensam planering. När det skapas tillfälliga team får man inte den tid som behövs för att skapa verkligt teamarbete som bygger på gemensamt lärande.

Ekonomiskt misstänkte ledningen att man missade en del patienter där man skulle kunna få det ekonomiska tillskottet som insatser enligt rehabgarantin gav. Vården är ofta som ett flipperspel

för patienten och kan upplevas fragmenterad. Detta är en aspekt som det multidisciplinära teamet kan förhindra med en sammanhållen användarvänlig vård (30).

## **Syfte**

### ***Planerad förbättringsinsats***

Syftet med förbättringsarbetet var att patienter med långvarig värk skulle få ett snabbt och adekvat omhändertagande av ett team (smärtteam) som har erfarenhet och kunskap att jobba tillsammans. Ett fast team hade efterfrågats under en längre tid på vårdcentralen av personal från olika verksamheter. Uppdragsgivare till förbättringsarbetet var vårdcentralens verksamhetschef.

### ***Studiefrågor***

Vilka effekter för patienterna kan kopplas till ansatsen att skapa ett smärtteam med multimodal rehabilitering på en primärvårdspraktik?

Vilka faktorer, upplever personal på vårdcentralen, har påverkat skapandet av ett smärtteam på vårdcentralen?

## **Material och metoder**

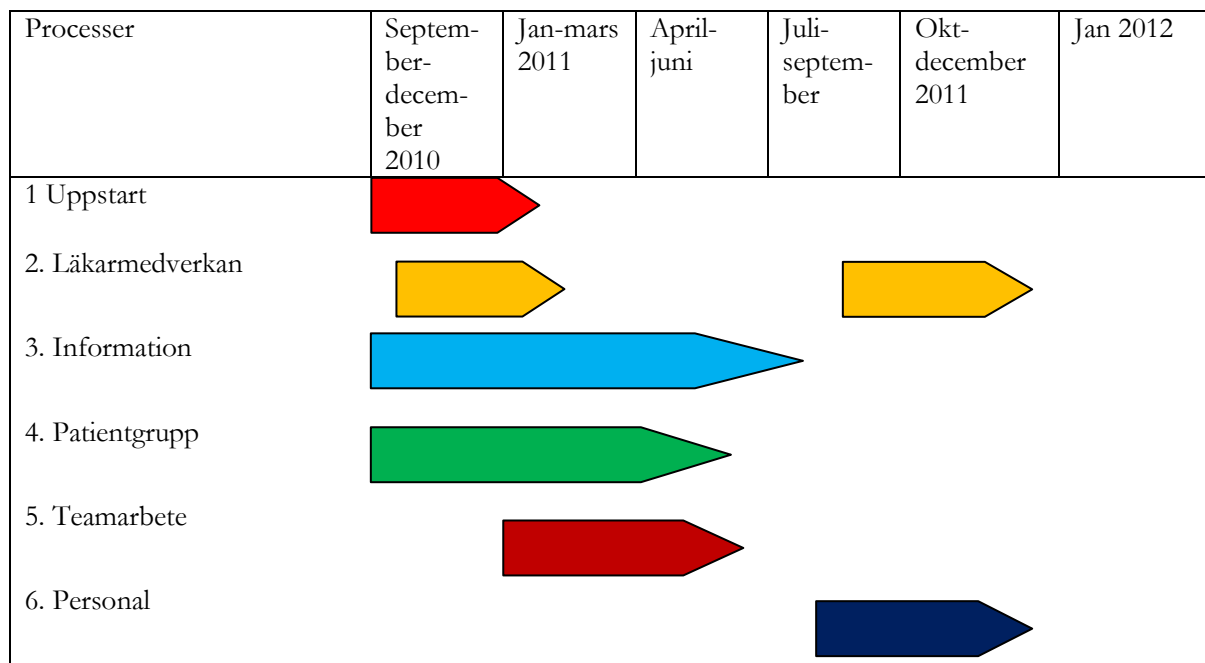
### ***Lokala förutsättningar***

Uppstarten av smärtteamet skedde i en miljö där forskaren verkar som sjukgymnast/gruppchef och som deltagare i ledningsgruppen. Forskaren var även en aktiv deltagare som processledare vid uppstarten av teamet och vid enstaka fall som terapeut. Kulturen och den lokala miljön beskrivs utifrån denna lokalkunskap. Ytterligare aspekter i förbättringsarbetets omgivning fångas upp i de kvalitativa intervjuerna som genomförs i studien av förbättringsarbetet.

### ***Processer i projektet***

Förbättringsarbetet beskrivs nedan i de olika arbetsprocesser som identifierats genom avväganden som gjordes under arbetets gång. Arbetsprocesserna avbildas över tid i figur 3.

1. Uppstart av ett team
2. Läkarmedverkan
3. Information till personal/patient
4. Patientgrupp
5. Teamarbete
6. Personalförändringar och dess konsekvenser



Figur 3. Tidsschema för de olika processerna i förbättringsarbetet.

### 1. Uppstart

Under hösten 2010 började arbetet med att starta ett team som jobbar med multimodal rehabilitering i rehabgarantins namn. Forskaren och en kollega på vårdcentralen började med två planeringsmöten där man fastslog några aspekter såsom fasta dagar för teamträffar och fasta deltagare i teamet. Utifrån den sistnämnda faktorn rekryterades deltagare i teamet. Man valde strategin att rekrytera personal till teamet innan man fortsatte med planeringen för att öka delaktigheten hos deltagarna i teamet. Deltagarna rekryterades dels utifrån yrkeskompetens och i vissa fall utifrån funktion på vårdcentralen. Vissa yrkesprofessioner finns det endast en av. Deltagarna som rekryterats började med ett gemensamt möte där man diskuterade arbetsformer och vilka inklusionskriterier för patienterna man skulle ha. Deltagarna ansåg att arbetsformerna utformades bäst samtidigt som man träffade patienterna för att inte fastna i teoretiska diskussioner kring arbetssätt.

### 2. Läkarmedverkan

Teamets medlemmar var från början: sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog, kurator och forskaren som deltagande observatör och processledare för uppstarten av teamet. Teamet ansåg i detta läge att det saknades en yrkesprofession och efterfrågade läkarmedverkan. I samråd med verksamhetschefen testade man en modell där patientansvarig läkare skulle bli deltagare i teamet när han eller hon hade sina patienter i teamet. Modellen testades under två månader och det som framkom att det var svårt för läkarna att komma till mötena. Man drog slutsatsen i teamet att det borde vara en fast läkare i teamet. En ST-läkare med intresse för patientgruppen rekryterades till teamet. Under hösten 2011 gick ST-läkaren ut på en randningsperiod och teamet fick gå tillbaka till den första modellen med patientansvarig läkare som tillfällig deltagare i teamet.

### 3. Information

Under de inledande planeringsmötena upptäckte man att det fanns behov av information till personal på vårdcentralen för att informera om det nya teamet och dess syfte. Det fanns även behov av att skapa information till patienterna om teamet. Forskaren som är samtidig processledare fick i uppdrag att sammanställa informationsmaterial och informera på vårdcentralens stormöte. En patientfolder med information om teamet skapades (se bilaga 1.) Det gick även ut information till

hela vårdcentralen via patientjournalens meddelandefunktion om kriterierna för vilka patienter som var målgruppen för teamets arbete. Man informerade på ett stormöte och sedan startade arbetet med patienterna. När teamets arbete förändrades informerades vårdcentralen via meddelandefunktionen och på arbetsplatsträffar.

Under våren fick teamet möjlighet att informera om arbete på en gemensam dag med kommunen och försäkringskassan. Hela teamet var delaktigt i arbetet med att informera och forskaren sammanställde en powerpointpresentation inför träffen.

#### 4. Patientgrupp/inklusionskriterier

När man startade rehabgarantin i Landstinget Dalarna var målgruppen för insatserna relativt friska patienter med risk för sjukskrivning eller med kortare tids sjukskrivning. Det centrala i arbetet med rehabgarantin var att man skulle minska sjukskrivningstiden. När teamet startade hade man en uppfattning om att det var dessa patienter som skulle behandlas. Det fanns en möjlighet att man skulle få många patienter som hade en mera komplex problembild med långvarig smärta. Det fanns olika åsikter i teamet om man skulle behandla enligt den information som funnits om rehabgarantin eller om man skulle behandla alla patienter med långvarig smärta då dessa patienter tog upp resurser på vårdcentralen. Verksamhetschefen tog beslutet att man skulle göra en bedömning av alla patienter, men att endast de som passade in i kriterierna för rehabgarantin skulle få multimodal rehabilitering enligt den modell som smärteamet arbetat fram. Alla skulle dock erbjudas de insatser som de hade behov av!

#### 5. Teamarbete

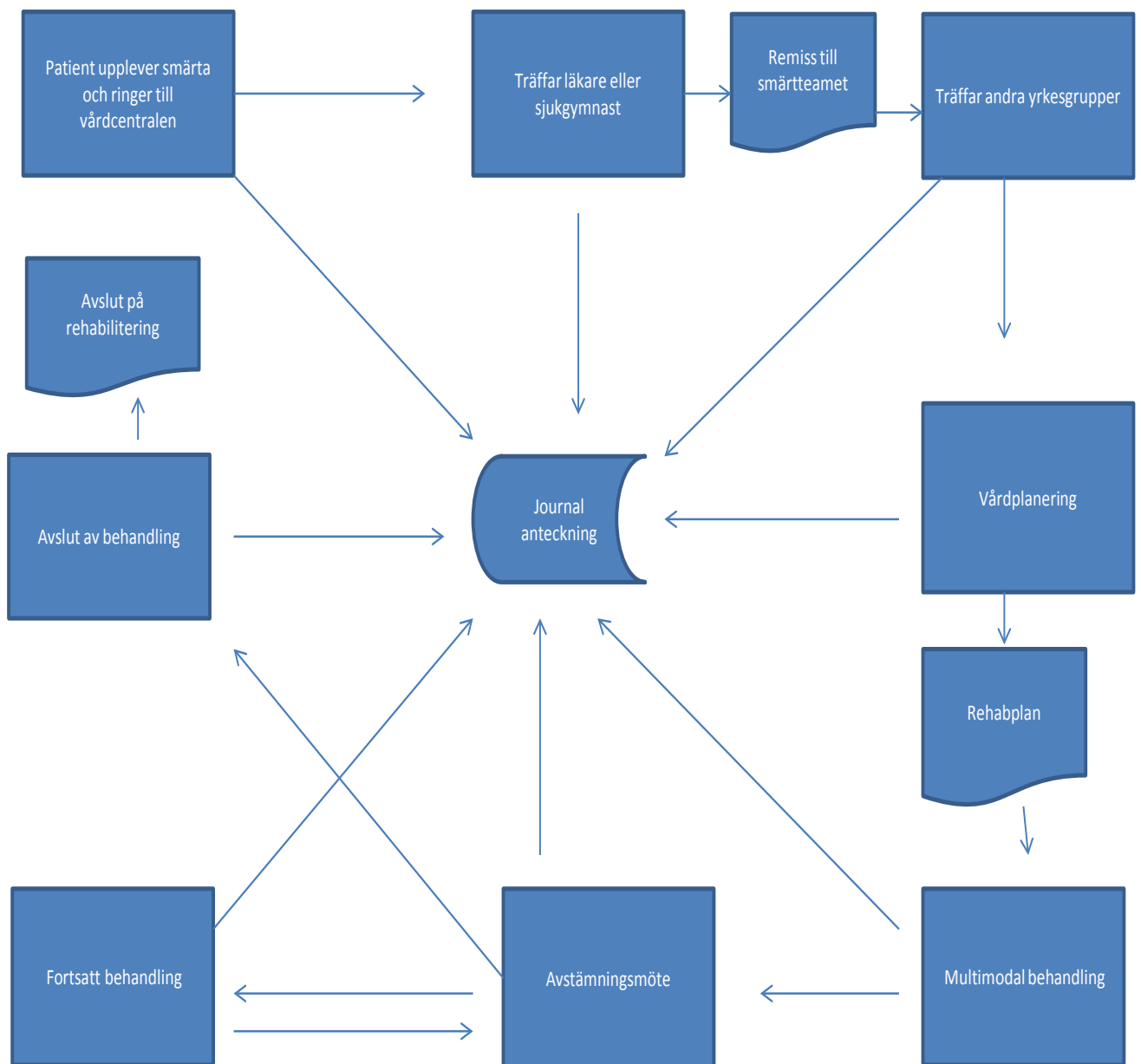
Under våren 2011 började teamet att arbeta med teambuilding. Arbetet skedde parallellt med patientarbetet och oftast i samband med att man diskuterade patienter. Under denna period upptäckte teamet att det skulle vara bra att fokusera ännu mera tid och kraft på teambuilding och man bestämde i samråd att ha en gemensam planeringsdag med en extern processledare för detta ändamål. Tyvärr blev processledaren sjuk och forskaren tog på sig uppgiften att leda processen under dagen. Resultatet av planeringsdagen var att deltagarna anser att det behövdes mera tid för teambuilding under hösten. Teamet beslutar att man efter sommaren ska börja jobba med teambuilding med modellen STAR (31). På grund av personalfrågor under hösten beslutar teamet att avvakta med teamarbetet med STAR.

#### 6. Personal

Efter en inledande period där man jobbat ihop teamet och arbetsformerna börjar bli etablerade och teamets arbete ska förbättras än mera genom att jobba med teambuilding kommer några personalsvårigheter. Tre deltagare i teamet är borta hela eller delar av hösten 2012. En av deltagarna är sjukskriven. En annan deltagare testar ett nytt jobb. ST-läkaren får en randningsperiod och försvinner på praktik till en annan enhet.

#### *Arbetsmodell i Smärteamet*

Under arbetet har smärteamet utformat en modell som man strävar efter att jobba efter (se figur 4). Modellen bygger på patientens deltagande där vårdplaneringen är central. Patienten ska bli en aktiv deltagare. Vårdplaneringen sker efter en inledande bedömning av de personalgrupper som man kommit överens om vid remissgenomgången. Patienten ska vara en deltagare på vårdplaneringen. Patientgruppen är ofta känd av en eller flera ur personalen i teamet och i dessa fall inbjuds patienten att delta vid en vårdplanering redan innan bedömning, vilket skapar delaktighet på ett tidigt stadium. På vårdplaneringen ska en rehabplan (se bilaga 2) skapas med ett gemensamt mål som patienten har varit delaktig i att bestämma.



Figur 4. Patientens väg genom den multimodala rehabiliteringen och det samtidiga informationsflödet.

### **Studiedesign**

En blandad studiedesign har använts med flera tekniker för datainsamling:

- Journalgranskning
- Telefonintervju med strukturerade frågor
- Öppen intervju med personal

## **Journalgranskning**

En journalgranskningsmall som Landstinget Dalarna använder för intern kontroll av effekterna av rehabgarantin användes (se bilaga 4). Journalerna för alla patienter som fått insatser enligt rehabgarantin sedan starten av smärteamnet oktober 2010 till och med 2011 granskades. Resultatet sammanställdes och redovisas deskriptivt.

## **Telefonintervju med patient**

Ett frågeformulär med urvalsfrågorna med svarsalternativen ja och nej skapades och följdes av frågor utformade med en fyrgradig Likert-skala (bilaga 3) För frågor om livskvalitet valdes en muntlig version av EQ-5D visuell analog skala. Alla patienter som fått en insats enligt rehabgarantin 2011 ingick i urvalet. Frågeformuläret innehöll frågor om bland annat återgång till arbete och om insatserna från teamet haft någon påverkan på återgång i arbete. Vidare efterfrågades om insatserna motsvarade patientens behov för tillfället och om det upprättades någon rehabplan. Resultatet från telefonintervjun sammanställdes och redovisas deskriptivt.

## **Öppen intervju med personal**

Strategiskt pragmatiskt urval skedde genom att välja några deltagare från teamet som varit med från start och hela 2011. Från denna grupp fanns det endast två personer kvar och dessa blev tillfrågade och tackade ja till att berätta om sina upplevelser av teamet. Från vårdcentralen valdes verksamhetschefen, som har dubbla roller både som distriktsläkare och som uppdragsgivare till teamet. Utöver detta valdes en remittent som informant.

En intervjuguide med öppna frågor användes (bilaga 5). Den innehöll ett par öppna inledande frågor och förslag på ytterligare ämnen som kunde vara intressanta att beröra. Intervjuerna utformades av informanterna. I en intervju produceras kunskap i ett socialt samspel mellan forskare och informant (32) Kunskap om ämnet krävs för att producera följdfrågor. Kvaliteten på data som produceras i en intervju beror på intervjuarens färdigheter och ämneskunskaper.

Analys av intervjuerna genomfördes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneskär med en induktiv-deduktiv ansats (33). Intervjuerna spelades in och transkriberades. Efter detta lästes texten ett flertal gånger och försågs med noteringar om möjliga tolkningar. Tolkningarna kategoriserades sedan utifrån sitt innehåll. Efter sammanfattning av svaren i de olika kategorierna validerades innehållet i kategorierna i en diskussion med psykologen som var med och startade teamet och var tjänstledig under hösten 2011. Psykologen fick endast läsa sammanfattningarna av intervjuerna av etiska skäl.

## ***Etiska överväganden***

Arbetet skedde inom ramen för kontinuerligt kvalitets-/förbättringsarbete av verksamheten. Allt material hanterades konfidentiellt.

Den journalgranskning som genomfördes är en del av verksamhetens utvärdering av insatserna i rehabgarantin och sker inom ramen för verksamhetens kontinuerliga kvalitetsarbete.

Vid telefonintervjun informerades patienterna om studien och tillfrågades om de ville delta i telefonintervjun. En patient valde att avstå. Deltagarnas svar hanterades konfidentiellt. Allt material avidentifierades och förvarades i en lösenordsskyddad mapp på verksamhetens interna server. Då enkäten genomfördes när rehabiliteringsperioden var färdig var inte patienterna i en beroendeställning till forskaren längre.



Informanterna i den öppna personalintervjun fick information om studien och dess syfte och gav sitt informerade samtycke (se bilaga 6). Inga persondata redovisas som gör att informanterna kan identifieras. Resultatet av den kvalitativa analysen redovisas som sammanfattningar utan citat för att måna om informanternas konfidentialitet.

Vårdcentralens storlek måste tas i beaktande när informanterna tillfrågades om deltagande i studien. Det fanns en risk att informanterna misstänkte att de kunde bli igenkända. Ytterligare måste man ta hänsyn till om deltagande i studien var på frivillig basis då forskaren är chef för flera av deltagarna i teamet. De lokala förutsättningarna där forskaren hade flera olika roller i projektet komplicerade utvärderingen av projektet. Blanketten för det informerade samtycket gav information om att inga uppgifter som kom fram under intervjuerna skulle påverka informanternas ställning inom verksamheten. Detta till trots kunde informanterna uppfatta ett deltagande i studien som ett hot. De kunde även uppfatta att deras åsikter kunde påverka deras ställning negativt. För att minska denna eventuella etiska konflikt var intervjun utformad med möjligheten för informanterna att fritt berätta om sina upplevelser. Detta påverkade till viss del resultatet då den etiska konflikten påverkade möjligheten att ställa frågor direkt om till exempel ledningens stöd. Kvale anser att konfidentialiteten kan bli till besvär i resultatredovisningen då anonymiteten ger forskaren förutsättningar för att tolka vad som sagts utan att kunna bli oemotsagd (32).

## Resultat

### *Kontext*

Vårdcentralen där förbättringsarbetet skedde har som upptagningsområde Gagnefs kommun och dess närområde. Det finns ungefär 10 000 personer som patienter listade på vårdcentralen. Det finns ca 50 personer anställda (se tabell 1).

Vårdcentralen präglas av en utvecklingsanda. Historiskt var den tidigare en utvecklingsvårdcentral. Under denna tid startades många projekt där flera finns implementerade i verksamheten. De mest framgångsrika projekten har varit över huvudmannaskapsgränserna såsom psykiatriska öppenvårdsenheten (PSE) som är en integrerad psykiatrisk öppenvård i primärvården. En annan är familjens hus som är ett samarbetsprojekt med barnavårdscentralen och mödravårdscentralen i samma lokaler med kommunens verksamhet för barn och unga.

Viljan till utveckling finns fortfarande kvar och vårdcentralen har ansökt om att få bli en forskningsvårdcentral. Personal på vårdcentralen är stolta över att vara en del av vårdcentral som jobbar aktivt med att förbättra vården. Periodvis kan det dock upplevas som att det saknas tid för förbättringsarbete.

Det finns en kultur som innebär att all personal ska känna sig delaktiga på vårdcentralen. Personal på vårdcentralen upplever att samarbetet fungerar bra men att det finns utrymme för förbättring och skapande av nya samarbetsformer såsom ett ökat samarbete mellan rehabenheten och kurtorn.

Vårdcentralen är uppbyggd kring flera små enheter; distriktsläkarmottagningen, distriktsköterskeheten, Familjens hus med barnavårdscentralen och mödravårdscentralen, rehabenheten och psykiatriska öppenvårdsenheten.

ST-läkare är en utbildningstjänst vilket innebär att de med jämna mellanrum arbetar (randar) inom andra specialiteter. Tjänsterna är 60 månader långa. Som ett led i att bli en forskningsvårdcentral

inrättas under våren ST-tjänster som är forsknings-ST-tjänster som kommer vara 84 månader långa med målet att komma halvvägs till disputation.

Tabell 1. Personalgrupper och antal anställda.

Yrkesgrupp	Antal
Undersköterska/laboratoriepersonal	3
Läkarsekreterare	6
Rehabassistent	2
Sjuksköterska	4
Distriktssköterska	11
Distriktsläkare	7
ST-läkare	5
Sjukgymnast	3
Arbetsterapeut	2
Kurator	1
Psykolog	2
Psykiatriska öppenvårdsenheten	
Psykolog	4
Sjuksköterska	3
Sekreterare	1
Familjens hus	
Barnmorska	2
Distriktssköterska	2
Övrig personal	2

## ***Effekter för patienterna***

### **Journalgranskning**

Resultat 2010 innan teamet startade sin verksamhet. Fyra patienter registrerades för multimodal rehabilitering. En av dem avbröt rehabiliteringen. Två som fortfarande var sjukskrivna och en där det inte finns något avslut så inget resultat går att utläsa.

Från oktober 2010 till utgången av 2011 har smärteamet haft 76 patienter aktuella för teamet och av dessa har fjorton patienter blivit aktuella för rehabgarantin. Resten har fått unimodal behandling eller intermediär behandling. Av de fjorton patienterna var sju sjukskrivna vid rehabiliteringens start och endast fyra vid avslutad rehabilitering.

Övriga data från journalgranskningen var ofullständiga eller gick ej att utläsa ur journalsystemet.

### **Telefonintervju med patient**

Åtta kvinnor och två män i åldrarna 20-50 år. Fem av patienterna har haft värk längre än två år. Tre av patienterna har haft värk mindre än tre månader. Vid intervjuerna blev det två bortfall, en kvinna och en man.

När telefonintervjun genomfördes hade alla utvalda patienter återgått i arbete. Fyra av åtta patienter svarade ja på frågan om de fått en rehabplan. Generellt svarar dessa med högre positiv skattning. Tre av fyra upplevde i hög grad att rehabiliteringsinsatserna bidragit till arbetsåtergång jäm-

fört med gruppen som svarade nej på frågan om de fått en rehabplan där endast två upplevde att rehabiliteringsinsatserna bidragit till arbetsåtergång.

*Fråga 1. Har du återgått i arbete?*

Åtta av åtta svarande hade återgått till arbete

*Fråga 2. I vilken utsträckning har rehabiliteringsinsatserna bidragit till återgång i arbete?*

	Antal patienter med Rehabplan	Antal patienter utan Rehabplan
I mycket hög grad		
Hög grad	3	2
Låg grad	1	
I mycket låg grad		2

*Fråga 3 i vilken grad motsvarade insatserna de behov som du hade för tillfället?*

	Antal patienter med Rehabplan	Antal patienter utan Rehabplan
I mycket hög grad		
Hög grad	4	3
Låg grad		
I mycket låg grad		1

*Fråga 4 och 5 Upprättades någon Rehabplan? I vilken utsträckning kunde du påverka innehållet i din Rehabplan?*

Fyra av åtta som svarade ja på frågan om det upprättades någon Rehabplan. Av dessa fyra svarade alla att de kunde påverka innehållet i hög grad.

*Fråga 6 Hur är ditt hälsotillstånd efter insatserna?*

EQ-5D Vas 0-100

Patient med Rehabplan	Patient utan Rehabplan
80	70
95	20
50	30
50	50

*Fråga 7 Hur har din aktivitet och delaktighet påverkats av rehabiliteringsinsatserna?*

	Antal patienter med Rehabplan	Antal patienter utan Rehabplan
I mycket hög grad	1	
Hög grad	1	3
Låg grad	1	
I mycket låg grad	1	1

*Fråga 8 Fanns det någon enskild rehabiliteringsinsats som hade betydelse för dig? I så fall, vilken?*

Två patienter som lyfte sjukgymnastinsatserna och två patienter som lyfte psykologinsatserna. Det var även två patienter som framhöll att det varit positivt med den sammanhållna rehabiliteringen av flera yrkesgrupper.

*Fråga 9 Fanns det något som du saknade i samband med din rehabilitering?*

Alternativa behandlingsmetoder efterfrågades och bättre uppföljning. En patient som var missnöjd med sjukgymnastinsatserna.

## ***Vilka faktorer uppfattar personal har betydelse för skapandet av ett team***

### **Sammanfattning av resultat från intervjuerna med personal**

De olika kategorierna som framkommit i analysen är: Syfte, mätningar, patientcentrering, samarbete, miljö, engagemang, information, stöd från ledningen, och tid. För att bibehålla informanternas integritet sammanfattas svaren och forskarens kommentarer i varje kategori utifrån egna iakttagelser i arbetet.

#### **Syfte**

Alla intervjuade poängterar ett flertal gånger vikten av samsyn kring syftet med arbetet. Deltagarna i smärtteamet har fortfarande olika åsikter om vad smärtteamets syfte ska vara. Informanter som ej kommer från teamet ser vikten av att ta emot alla patienter med långvarig smärta. Alla informanter ser att det finns två olika grupper av patientkategorier som har behov av hjälp av smärtteamet. Den ena är den grupp som passar in i kategorin enligt rehabgarantin och sedan finns det en grupp med långvarig komplex värkproblematik som funnits länge i vården.

#### *Kommentarer:*

Som deltagare i teammötena ser jag en utveckling där mycket tid har tagits i anspråk för diskussioner kring att få en samsyn på syftet med teamet. Deltagarna har nu samsyn kring vilka patientkategorier som teamet ska behandla. Det finns i smärtteamet dock fortfarande skilda åsikter om vad syftet borde vara och vilka patienter teamet borde behandla. Syftet med teamets arbete och arbetsformerna har varit detsamma sedan början på 2011 och man jobbar fortfarande på att implementera dessa

#### **Mätningar**

En aspekt som efterfrågas är mätningar av effekten av teamets arbete, främst från deltagarna i smärtteamet men även från övriga informanter. Deltagarna i smärtteamet ifrågasätter sin egen verksamhet, om det finns andra sätt som skulle ha varit lika effektiva? Deltagarna i smärtteamet funderar även kring om det funnits resultatmått och om det skulle ha påverkat angelägenhetsgraden att skicka remisser.

#### *Kommentarer:*

Smärtteamet har jobbat internt med själva varandet av teamet och vilka effekter teamets arbete gör för patienten. Vid uppstart var kontinuerliga mätningar en framgångsfaktor som smärtteamet planerade att jobba med. Tyvärr har teamet inte börjat med några kontinuerliga mätningar.

## **Patientcentrering**

Det saknas en plan för arbetet med patienterna. Tre av fyra informanter uppger att det är positivt att patienten får rätt hjälp på en gång. Upplägget på rehabgarantin att det ska vara ett visst antal behandlare kan påverka smärtteamet att försöka tillskriva patienten behov den inte har för att kunna registrera patienten i rehabgarantin. Vidare ser en informant ett behov av att sätta patientens behov i centrum istället för professionens.

### *Kommentarer:*

Vid vårdplaneringen där patienten ska vara en aktiv deltagare har smärtteamet inte lyckats med föresatsen att fylla i dokumentet för rehabplanen (bilaga2). Dokumentet har även funktion som en mall för att få med gemensamt mål, behandling och tid för uppföljning.

Smärtteamet har arbetat med att få till ett gemensamt möte tillsammans med patienten. Detta möte är något som nu (våren 2012) börjar bli verklighet.

## **Samarbete/samsyn**

Vissa problem finns i att det finns yrkesgrupper i teamet med snarlika arbetsområden. Kunskapen att jobba i team är en aspekt som deltagarna i smärtteamet anser är viktig. Det finns behov av att jobba tillsammans en längre tid för att kunna få till en samsyn i teamet. Det finns önskemål om att lära sig mera om vad de andra gör i teamet och få en gemensam kunskapsbas att stå på. En syn på teamarbete är att alla kan gå in för varandra och att man vet vad de olika behandlingarna innebär.

### *Kommentarer:*

Vid ett flertal teamträffar har det diskuterats hur teamarbetet kan och ska se ut. En synpunkt som framförts för att främja ett bra teamarbete är att en profession träffar patienten och gör det den kan och vid behov bollar ärendet vidare. Min egen syn på teamarbete är att ett team inte endast bygger på professionskunskap utan att även tidigare erfarenheter spelar in när det gäller vilken roll och vilka arbetsuppgifter jag ska ha i teamet. Jag jobbade en period inom habiliteringen med flytande gränser mellan mig som sjukgymnast och en kurator. Vi delade på arbetsuppgifterna utifrån vad som passade bäst utan hänsyn till yrket. Detta är en positiv bild som jag ofta själv återkommer till när jag tänker på team

## **Miljön**

Den fysiska miljön är en detalj som flera informanter uppger som en viktig hindrande faktor för att få till en bra process. Skulle teamet vara stationerat på samma plan som övriga på vårdcentralen tror alla informanter att det skulle ha underlättat samarbetet.

### *Kommentarer*

Vårdcentralen hade under hösten stora lokalproblem när en enhet som tidigare varit utlokaliserad behövde flytta in på vårdcentralen. Ett sammanträdesrum togs bort och teamträffarna fick flytta ned till källaren och det stora sammanträdesrummet, en våning ned från läkarmottagningen. Efter flytten har läkardeltagandet på teamträffarna minskat.

## **Engagemang**

Denna faktor berörs av alla informanter, men på olika sätt. Alla ser engagemang som en av de viktigaste för skapandet av ett team och dess arbete men även för att skapa en god process med remisser och uppföljningar. Det är en faktor som berörs som en framgångsfaktor av alla informanter. En synpunkt handlar om självrannsakan och att teamet bör ställa sig frågan, vad vi kan göra och vad är det som remittenterna söker.

### *Kommentarer*

Här saknar smärteamet remisser från vissa läkare. Detta kan tolkas som nedsatt engagemang från dessa läkare eller finns det andra orsaker? Under hösten 2011 när det saknades personal i smärteamet kunde smärteamet inte fokusera på att utveckla den rehabilitering som erbjöds utan fokuserade på att klara av det arbete som fanns.

### **Information**

Informationen om teamet har ansetts vara adekvat men vissa informanter funderar kring om alla vill ta till sig informationen om teamet. Andra informanter misstänker att information kan försvinna i det allmänna bruset. Det sker så mycket på vårdcentralen så man behöver informera ofta och på många olika sätt. Här återkommer vikten av mätningar så att man ska kunna informera om vad smärteamet faktiskt kan hjälpa till med. Ytterligare en informant beskriver vikten av att ha tillgång till journalsystemet vid teamträffarna och att det är en faktor som påverkat smärteamets arbete i positiv riktning.

#### *Kommentarer:*

Teamet har kontinuerligt informerat om sin verksamhet. Det kommer ny personal och annan personal återkommer från andra uppdrag eller ledigheter och har behov av uppdaterad information om smärteamets arbete.

### **Stöd från ledning**

Stödet från ledningen har upplevts positivt genom att en deltagare från ledningsgruppen funnits med i processen. Verksamhetschefen uppger att han skulle ha kunnat informera mera och oftare. Trots att det funnits en deltagare med från ledningsgruppen uppger deltagarna i teamet att det skulle ha varit positivt om verksamhetschefen deltagit i flera teamträffar och tydliggjort syftet med teamet. Det ekonomiska incitamentet är en faktor som deltagarna i teamet tror spelat roll för stödet för dess arbete. Utan detta skulle det inte ha blivit någon satsning på ett team.

#### *Kommentarer:*

Det har varit naturligt att ta en ledande position i teamet då forskaren är chef för en del av deltagarna i smärteamet och var en av de två personer som fick i uppdrag att starta upp smärteamet. Det har dock inte funnits någon klart uttalad ledarroll i teamet.

### **Tid**

Deltagarna i smärteamet efterfrågar tid för att jobba med rehabilitering. Tiden till arbete i smärteamet har tagits från ordinarie verksamhet och detta skapar emellanåt stress hos deltagarna. Det finns även funderingar på hur patienten ska få tid till en samtidig rehabilitering. Att det finns skillnad när man blir inskriven på en klinik för rehabilitering. Nu ska patienten fortsätta i sitt dagliga liv samtidigt som han/hon ska skapa tid för rehabiliteringsinsatserna. Verksamhetschefen uppger i sin intervju att en av de saker han gjort för att stödja smärteamets arbete är att ge tillräckligt med tid till arbetet.

#### *Kommentarer:*

Återkommande diskussion. Hur ska man skapa tid i för arbetet i smärteamet samtidigt som man har sitt vanliga jobb?

## **Diskussion**

### ***Sammanfattning***

Resultatet av denna undersökning tyder på att själva ansatsen på att jobba med multimodal rehabilitering är gynnsam för patienterna. Smärteamet har träffat många patienter och gjort bedöm-

ning av dessa och det har mynnat ut i ansatsen till multimodal rehabilitering när kriterierna för detta enligt rehabgarantin varit uppfyllda. En viktig aspekt för patienterna har varit rehabplanen och delaktighet i vården. Patientunderlaget i denna studie är för litet för att kunna dra några slutsatser av resultatet men resultatet i denna studie stämmer väl överrens men litteraturen kring MMR och förbättringskunskap(1, 4, 5, 10, 14, 15, 16, 17).

## ***Relation till annan evidens, begränsningar och tolkning***

### **Metod**

Generellt i denna studie är populationen liten. Det är få patienter i telefonintervjun, även om alla som fått en insats enligt rehabgarantin inkluderats. Det är få intervjuade i personalgruppen. Den vetenskapliga styrkan i rapporten blir därmed låg. Diskussionen med psykologen stärker dock innehållet i resultatet. Det går inte att generalisera resultatet även om det avspeglas liknande resultat från andra undersökningar(1, 4, 5, 10, 14, 15, 16, 17). Att jobba med förbättringsarbeten på mikrosystemnivå och sedan försöka skapa generella resultat som man ska kunna dra slutsatser av är svårt. Kontexten och processerna i det lilla teamet påverkar i hög grad resultatet av ett förbättringsarbete (11). Den metod som genomförs i denna studie med en forskare som är en del av studieobjektet möjliggör att forskaren får en naturlig access till miljön. Däremot finns en risk att forskaren hotas både uppifrån och nedifrån av uppdragsgivarna och deltagarna i projektet. Forskaren kan eventuellt bortse från vissa resultat och betona andra. Svårigheter att upprätthålla objektiviteten som forskare finns också där (32). Det finns även svårigheter att rapportera/hantera om det uppkommer svårigheter från resultatet. Hur ska forskaren rapportera oegentligheter utan att bränna broarna i den miljö som forskaren verkar? Därför finns det en risk finns för att rapporten blir blek i sin ansats när negativa resultat plockas bort.

### **Metod, journalgranskning och telefonintervju**

Från början fanns planer på att telefonintervjun skulle utvärdera alla patienter som fått en insats enligt rehabgarantin på vårdcentralen. När telefonintervjun för alla patienter behandlade av smärtteamet 2011 var genomförd framkom det att patienterna hade svårt att komma ihåg vilka besvär man hade för ett år sedan och hur behandlingen påverkade deras besvär. Därför valdes utvärderingen från 2010 och bakåt bort. För utvärderingen av vilka effekter som teamets arbete har gett på patientnivå kan man fundera på om det är värdefullt att göra telefonuppföljning utan att ha en utgångsmätning?

Frågan om delaktighet och aktivitet kunde patienterna tyvärr tolka på flera sätt. Dels var det inte specificerat om delaktigheten hade påverkat i positiv eller negativ riktning och dels var det inte specificerat i vilket sammanhang. Eftersom frågan därmed var felaktigt utformad kan man inte dra några säkra slutsatser av svaren.

### **Metod, öppen personalintervju**

Kunskap produceras i ett socialt samspel i en kvalitativ forskningsintervju mellan forskare och informant (32) Kunskap om ämnet krävs för att producera följdfrågor. Kvalitén på data som produceras i en intervju beror på intervjuarens färdigheter och ämneskunskaper. Problem som kan uppstå är att forskaren inte är tillräckligt öppen för vad som förmedlas och vinklar resultatet åt förväntade resultat. Ett sätt att minska detta inslag är att hålla intervjuerna öppna och låta informanterna berätta om sina upplevelser. Ett problem som kan uppstå när man håller en intervju

öppen/ostrukturerad utan färdiga frågor kan vara att man i stunden inte formulerar rätt frågor och inte får med det som man funderar på.

## **Resultat, effekter av teamets arbete**

Smärtteamet har gjort bedömningar på många patienter men det har inte utmynnat i en multimodal rehabilitering. Tittar man på kriterierna för multimodal rehabilitering så är det en grundläggande faktor som ska vara uppfylld innan MMR. ”Icke-farmakologiska unimodala åtgärder har övervägts/erbjudits/prövats” (6). Smärtteamet har träffat 76 patienter och endast behandlat 14 patienter enligt Rehabgarantin. Ett resultat som tyder på att man inte har överutnyttjat möjligheten till multimodal rehabilitering enligt Rehabgarantin.

En faktor som upplevts som viktig för resultatet för patienterna är delaktigheten i rehabiliteringen med en rehabplan som en del av sin rehabilitering. Det går inte att dra säkra slutsatser utifrån denna studie men delaktighet och att patienten ska vara en deltagare som är med och skapar värde i vården för sig själv är faktorer modellen kring mikrosystem betonar (1, 9, 21) och detta beskrivs även som en viktig aspekt i rehabiliteringen av smärtpatienter (6, 18, 19). Generellt skattar de patienter som svarat ja på frågan om en Rehabplan upprättades högre på skattningen på EQ-5D VAS.

I journalgranskningen kunde man utläsa att tre personer återfått arbetsförmågan och vid tidpunkten för telefonintervjun hade alla personerna återgått i arbete. Teamet har haft svårt att skapa en multimodal rehabilitering enligt de kriterier som ska vara uppfyllda utan snarare utfört intermediär behandling. Smärtteamet har inte lyckats genomföra vårdplaneringar där gemensamma mål har satts tillsammans med patienten. Gemensamt mål är en faktor som ska vara uppfylld för att uppnå en multimodal rehabilitering (5). En slutsats skulle kunna vara att deltagarna var för sig utför bra behandlingar. Det avspeglar även svaren från patienterna när de ska berätta om det finns någon insats som spelat mera roll än andra. Där finns det blandade svar från psykologens kontakt till sjukgymnastens kontakt till att det varit en sammanhållen rehabilitering. Vilka resultat skulle teamet kunnat få till med en multimodal rehabilitering eller behövs det utvärderas skillnaden i effekt på team som utför intermediär rehabilitering och team som utför multimodal rehabilitering? Fortsatt forskning behövs då det vetenskapliga underlaget för MMR och teamarbete är klen och arbetsåtergången är den faktor som smärtteamet har påverkat mest (20, 25). Ytterligare aspekter av arbetsåtergången är självläkning. Hur många patienter hade återgått till arbete utan några insatser överhuvudtaget?

## **Resultat, vilka faktorer spelar roll för ett teams uppbyggnad**

De faktorer som personal uppfattat som viktiga för ett teams uppbyggnad har många likheter med den utvärdering som man kan göra av ett mikrosystem. 5P är en modell där man tittar på 5 faktorer som påverkar ett mikrosystems arbete. Dessa är syfte, personal, patienter, processer, prestation (9). De faktorer som personalen uppfattade som viktiga var syfte, mätningar, patientcentrering, samarbete, miljö, engagemang och information och tid. Alla dessa faktorer skulle man kunna lägga in under 5P. Här skulle man kunnat spara tid och resurser genom att ha gjort en utvärdering tillsammans med smärtteamet med 5P vid förbättringsarbetets början. Ansatsen till detta fanns men tappades bort på vägen och nu kan man se att deltagarna fortfarande arbetar med dessa frågor. Deltagarna börjar dock nå en ökad samsyn.

Från kontextbeskrivningen och processerna i projektet kan man urskilja en faktor som är viktig och det är hur stor organisation som finns runt teamet och om det finns möjlighet till ersättare om något skulle hända med deltagarna i teamet. Deltagarna rekryterades till detta team och de



flesta rekryterades utifrån att det var den enda personen som hade den professionen i teamet. Man kan se i efterhand att det uppstod problem när det blev bortfall i personalgruppen. Under en lång tid var det bortfall av ett flertal av professionerna i teamet. Teamet fick jobba på att klara av arbetet samtidigt som teamskapandet fick lov att börja om igen. Enligt psykologen Schutz finns det en risk att smärteamet går tillbaka ett steg i sin utveckling mot en grupp i öppenhetsfasen (34). Teamet förlorar även det gemensamma lärande man uppnått fram tills deltagarna bortfall (21).

Nolans modell för förändring ställer tre frågor (10): Vad vill vi uppnå? Hur vet vi att en förändring är en förbättring? Vilka förändringar kan vi göra som kommer leda till en förbättring? Dessa aspekter efterfrågas av deltagarna i smärteamet som funderar på syftet med teamet och om det finns någon effekt av det arbete man utfört. I många förändringsarbeten börjar man tyvärr i den tredje frågan och emellanåt kommer det nationella riktlinjer om att verksamheten behöver förändras. Uppdraget som smärteamet fick var att vi skulle skapa ett multimodalt team. I dessa fall och vårt fall blir det än mera viktigt att fokusera på syftet; vad vill vi uppnå? Det är dessutom viktigt att få en samsyn kring detta i ett tidigt skede (17). Smärteamet jobbade länge med att skapa samsyn, att alla skulle tycka lika. Först när teamet fokuserade på att bestämma vilket syfte man hade oavsett att man tycker annorlunda har teamet kunna jobba framåt med arbetsformerna. Svarar man på frågorna i modellen för förändring så får man en plan för ett förändringsarbete som kan mynna ut i PDSA-cykler för att skapa ett kontinuerligt lärande. Denna plan fanns formulerad muntligt från projektets början men slutfördes aldrig enligt den mall som finns i Landstinget Dalarna för projektarbeten.

En av frågorna i Nolans modell för förändring är hur man ska veta om en förändring har blivit en förbättring. Denna fråga ställde sig deltagarna undrande till i intervjuerna. Deltagarna funderade kring patientnyttan med sitt arbete och efterlyste mätningar för att påvisa effekter på individnivå. Detta är en faktor som deltagarna i smärteamet tror skulle kunna påverka engagemanget hos aktörerna runt teamet men även engagemanget i teamet. Återigen en aspekt som hade blivit bättre av att ha gjort en tydlig plan för arbetet från start som man kunnat utvärdera (14, 15, 17).

Deltagarna tycker fortfarande olika kring vilka patienter man borde hjälpa och ur ett patientperspektiv har det varit gynnsamt. Smärteamet har inte överbehandlat patienter med MMR. Man har tagit emot många patienter för bedömning men endast behandlat med ansatsen till MMR enligt rehabgarantin i de fall som passat in på kriterierna som tidigare nämnts i diskussionen under effekter av teamets arbete (5). Hade inte teamet haft den personalsammansättning som man har skulle det kunnat bli annat fokus och fler försök till MMR hade gjorts. Bra team kräver olika personligheter och team fungerar inte bra om alla har samma syn och åsikter.

Av resultatet kan man tolka att det finns olika syn på hur team ska arbeta ihop. En av deltagarna i teamet ser gärna att team jobbar tillsammans men var för sig och att teammedlemmarna överlämnar ärenden till varandra när var och en är klar med sin bit, dvs.. skapar ett *multiprofessionellt team*. En annan i teamet har uppfattningen att deltagarna i teamet ska kunna gå in för varandra och att man vet vad de olika behandlingarna innebär. Detta är ett *transprofessionellt team* (22). Tittar man sedan på vilken teamform som rekommenderas för smärtrhabilitering så är det *interdisciplinära team* (4, 5). Det man behöver göra för att skapa en gemensam plattform är att diskutera vilken bild alla deltagare har kring team och vilken teamform som man ska ha i just det här teamet. Team är ett vitt begrepp och det finns många olika definitioner, skulle man kunnat minska begreppsförvirringen genom att ha använt begreppet *mikrosystem* istället?

## ***Slutsatser***

Oavsett om man fokuserar på ett teams uppbyggnad eller generellt på ett förbättringsarbete återkommer vissa faktorer som viktiga. En sådan faktor är en tydlig plan för arbetet där deltagarna ställer sig bakom syftet med det arbete som man i teamet ska utföra. En annan viktig faktor är kontinuerliga mätningar för att öka engagemanget för deltagarna i arbetet och de som direkt eller indirekt berörs av arbetet. Vidare finns det en vinst i att skapa en gemensam bild av vad vi tillsammans ska uppnå i förbättringsarbetet.

Vidare forskning behövs av effekterna av teamarbete med smärtpatienter. Patientnytta och ekonomiska konsekvenser. Är multimodal rehabilitering det bästa alternativet eller kan intermediär rehabilitering vara ett alternativ för små enheter?

## Referenser

1. SBU. *Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006. SBU-rapport nr 177/1.
2. Försäkringskassan, *Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäringen. Kostnader för sjukpenning (över 14 dagar) samt sjukersättning och aktivitetsersättning år 2009 fördelat på diagnos*, Socialförsäkringsrapport 2011:4.
3. International Organisation for the Study of Pain, tillgänglig via: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm#Pain>, 2012-05-28.
4. SBU. *Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 198.
5. Rapport 2011:02. *Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta*
6. Holm, L., Torgén, M., Hansson, A.S., Runeson, R. Josephson, M., Helgesson, M. & Vingård, E. *Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa en systematisk kunskapsammansättning om effekten av interventioner, rehabilitering och exponeringar på arbetet*, nr 2010;44(3)
7. Karolinska institutet: *En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin Slutrapport del II 2011*
8. Samordna rehabiliteringen, *Stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning*, Gemensam publikation kring samordnade insatser för med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning 2012
9. Nelson E C, Batalden P B, Godfrey M M, *Quality by design A clinical Microsystems approach*, Jossey Bass 2007, 3-33, 230-242, 258-270
10. Langley G. Moen R D, Nolan K M, Nolan T W, Norman C L, Provost L P, *The improvement guide. A practical approach to enhancing organizational performance*. Josey-Bass, San Francisco 2009. s 15-25
11. Bate P, Mendel P, Robert G, *Organising for quality*, Radcliffe Publishing Ltd 2008, Cornwall,
12. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, *Crossing the quality chasm, A new health system for the 21<sup>st</sup> century*, National academy press, 2001 Washington DC
13. Berwick D M, *A user's manual for the IOM's quality chasm' report*, Health affairs 21 2002 (3) 80-90
14. Berwick D M, *A primer on leading the improvement of systems*, BMJ 1996, vol 312, 619-622
15. SKL, *Gör och Lär, ett smakprov på förbättringskunskapens teori och praktik i hälso- och sjukvården*, 2005
16. Löfgren S, Hansson J, Övretveit J, Brommels M, *Context challenges the champion: improving hip fracture care in a Swedish university hospital*, International journal of of health care quality assurance, 2012, vol 25(2) 118-133
17. Mohr J J, Batalden P, Barach P, *Integrating patient safety into the clinical Microsystems*, Qual Saf Health Care 2004;13(Suppl II):ii34-ii38. doi: 10.1136/qshc.2003.009571

18. Nelson E C, Godfrey M M, Batalden P B, Berry S A, Bothe A E, McKinley K E et al, *Clinical Microsystems part 1. the building blocks of health systems*, The joint commission journal on quality and patient safety.2008 Vol 24(7) 367-378  
Nationalencyklopedin, tillgänglig via: <http://www.ne.se/sok?q=team>, 2012-05-28
19. Katzenbach J R, Smith D K, *The discipline of teams*, Harvard business review, march-April 1993, 71(2)111-120
20. Senge P M, *The fifth discipline The art and practice of the learning organisation*, Randomhouse 2006, Chatham, 3-16
21. Thylefors I red. *Arbetsgrupper från gränslösa team till slutna rum*, Natur och kultur 2007, Stockholm 86-110
22. Flowers N, Mertens S B, Mulhall P F, *What makes interdisciplinary teams effective?*, Middle school journal, 2000, 53-56
23. Blomkvist S, *Kompetensutnyttjande i mångprofessionella psykiatriska team*, Avhandling 2009, Linköping
24. Faulkner R F, Amodeo M, *Interdisciplinary teams in health care and human services settings: are they effective*, Health and social work, 1999, vol 24 (3) 210-219
25. Thylefors I, *All professionals are equal but some professionals are more equal than others? Dominance, status and efficiency in Swedish interprofessional teams*. Scand J caring sci 2011, 1-8
26. Sayma Z, *Effects of organisational teambuilding on employees` morale and job retention*. Business management dynamics 2011 vol 1(7) 31-37
27. Riksdagen: Hälso- och sjukvårdslagen, tillgänglig via: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/?bet=1982:763](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763), 2012-05-28
28. Socialstyrelsen. ICF, tillgänglig via: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10547/2003-4-2.pdf>, 2012-05-28
29. Makary M A, *Multidisciplinary teams and clinics: Better care or just more care*, Annual sug oncol 2011 18:2105-2106
30. Zimmerman B, Hayday B, *A Board's Journey into Complexity Science: Lessons from (and for) Staff and Board Member*, Group Decision and Negotiation 1999 8: 281-303,
31. Kvale S, Brinkmann S, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Studentlitteratur, Lund 2009.
32. Granskär M, Höglund-Nielsen B, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, Studentlitteratur, Ungern 2008
33. Sunt liv (2012).FIRO tillgänglig via: <http://www.suntliv.nu/Amnen/Ledarskap-och-organisation/Fakta-om-ledarskap-och-organisation/FIRO-modellen-Olika-faser-i-gruppens-liv/>, 2012-05-28

# Bilagor

## ***Bilaga 1. Informationsfolder till patient***

Medarbetare i teamet

Läkare: xxxx

Psykolog: xxxx

Kurator: xxxxx

Arbetsterapeut: xxxxx

Sjukgymnast: xxxxx

### **Smärtteamet på Gagnefs vårdcentral**

Smärta i rygg, nacke eller axlar samt depressioner, olika typer av ångest och stress ligger bakom mer än hälften av alla sjukskrivningar. Då vården inte har kunnat möta dessa patienters behov i den utsträckning som behövs har staten tillsatt medel för att möjliggöra rehabilitering i åldrarna 16-67 år.

Den behandling som föreskrivs är en multimodal behandling. Detta innebär att olika yrkesgrupper samordnar sitt arbete för att få ett både fysiologiskt och psykologiskt synsätt på smärtan. På Gagnefs vårdcentral består teamet av en läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog och kurator. Patientansvarig läkare finns hela tiden med som en resurs i smärtrehabiliteringen. Till teamet kan även knytas andra kompetenser som finns på vårdcentralen.

Efter att du blivit erbjuden en remiss till teamet eller själv kontaktat teamet för utredning bedöms remissen på en teamkonferens. Självklart är du som patient erbjuden att delta i mötet. Efter det inledande mötet kallar de olika medlemmarna i teamet till en bedömning. Vilka yrkesgrupper som kallar till den första bedömningen avgörs utifrån din remiss.

Efter den inledande bedömningen bestäms om det blir en fortsatt multimodal rehabilitering eller om det blir individuella behandlingar.

Under behandlingen kan du erbjudas allt från stresshantering till olika former av fysisk aktivitet. Den viktigaste terapeuten i teamet är du som patient och det du kan tillföra din behandling. Övriga i teamet är endast en resurs för dig att kunna komma tillbaka till ett arbete.

*Psykologen* kan hjälpa dig med strategier för att hantera din smärta. *Kuratorn* har kunskap om samhällets möjligheter att hjälpa, har stödsamtal och kan hjälpa dig med att utreda din sociala situation. Eventuella aktivitetsbegränsningar som kan uppkomma i samband med smärta kan *arbetsterapeuten* vara ett stöd för att avhjälpa eller kompensera för. Smärta ger i många fall svårigheter att röra på sig och *sjukgymnasten* kan utreda och behandla funktionsnedsättningar i rörelse och stödjeorganen. *Läkaren* finns hela tiden med och står för den samlade medicinska bedömningen av dina problem.

### Vilka kan söka hjälp av Vårdcentralens smärtteam?

Alla med ospecifik smärta från nacke, axlar och rygg.

## **Bilaga 2. Plan för multimodal rehabilitering**

Namn:		Pers nr:
Arbetsgivare	Studerar	Arbetsökande
Sjukskrivning	Grad	Datum

Handläggare Försäkringskassan:	
Handläggare Arbetsförmedlingen:	

### **BEHANDLARE**

Koordinator:	
Läkare:	
Sjukgymnast:	
Kurator:	
Psykolog:	

### **MÅL**

#### **REHABILITERINGSÅTGÄRDER**

		Bed datum.	Beh. start
Läkare:			
Sjukgymnast:			
Arbetsterapeut:			
Kurator:			
Psykolog:			
Övrigt:			

### **TIDSPLAN**

Startdatum Rehabgarantin		Remissdatum	
Avslutsdatum Rehabgarantin		Vårdplanering	
		Utvärdering	

## **Bilaga 3. Patientenkät**

Information till dig som fått insatser på Gagnefs vårdcentral i samband med en värkproblematik.

Vi vill erbjuda en så god vård som är möjligt och därför jobbar vi med ständiga förbättringar. Ett led i att få en bra vård är att få ta del av patienternas åsikter om den vård de erhållit.

Intervjun är även en del av en uppsats som handlar om kvalitetsförbättring i vård och omsorg på Högskolan i Jönköping.

Deltagan är frivillig och du kan avbryta intervjun när du vill utan att förklara varför. Alla uppgifter kommer behandlas på ett sätt så att ingen obehörig kan ta del av det du sagt. När alla intervjuer är gjorda kommer uppgifterna granskas på en gruppnivå vilket gör att ingen kan särskilja vilken patient som sagt vad.

### **Enkätfrågor**

1. Har du återgått i arbete      JA                      Nej

2.. I vilken utsträckning har rehabiliteringsinsatserna bidragit till återgång i arbete?

I mycket hög grad      I hög grad              Låg grad              Mycket låg grad

3. I vilken grad motsvarade insatserna de behov som du hade för tillfället?

I mycket hög grad      Hög grad      Låg grad      Mycket låg grad

4. Upprättades någon rehabplan? Ja                      nej

5.. I vilken utsträckning upplever du att du kunde påverka innehållet i din rehabplan?

mycket hög grad      Hög grad      Låg grad      Mycket låg grad

6. Hur är ditt hälsotillstånd efter insatserna?

För att hjälpa dig att avgöra hur bra eller dåligt ditt hälsotillstånd är skulle jag vilja att du föreställer dig en skala som ser ut ungefär som en termometer. Det bästa hälsotillstånd som du kan tänka dig är markerat med 100 (etthundra) högst upp på skalan och det sämsta hälsotillstånd som du kan tänka dig är markerat med 0 (noll) längst ned på skalan. Kan du göra det?

Nu undrar jag vid vilken punkt på skalan du skulle placera ditt nuvarande hälsotillstånd.

---

0-100

8. Hur har din aktivitet och delaktighet i vardagsaktiviteter påverkats av rehabiliteringsinsatsen?  
mycket hög grad      Hög grad      Låg grad      Mycket låg grad

9. Fanns det någon enskild rehabiliteringsinsats som hade betydelse för dig? I så fall vilken?

10. Fanns det något som du saknade i samband med din rehabilitering? Skulle du ha önskat få hjälp på något annat sätt?

## **Bilaga 4. Registreringsunderlag Rehabiliteringsgarantin vid smärta rygg, nacke eller axlar i Landstinget Dalarna (senast reviderad 111003)**

Uppgifter avseende patient som inkluderas i RG Smärta. Personnr: .....  
Rehab-team/Ort: ..... Rehab-koordinator: .....

**Datum för registrering RGsmärta:** .....

Datum bedömningsbesök Arbetsterapeut: ..... Läkare: .....

Samtalsterapeut: ..... Sjukgymnast: .....

Annan profession: ..... (ange vilken: .....) )

Datum för samlad team-bedömning: .....

Datum för upprättandet av gemensam rehabplan: .....

Deltar patienten vid den samlade team-bedömningen? \_ Ja \_ Nej

Deltar patienten aktivt till utformningen av rehabplanen? \_ Ja \_ Nej

Har rehabplanen en uttryckligt formulerad målsättning med rehabiliteringen? \_ Ja \_ Nej

Deltar patienten aktivt till utformningen av målformuleringen i rehabplanen? \_ Ja \_ Nej

(Dvs. är målet uttryckt och prioriterat av patienten?)

Har patienten tillfrågats om sina förväntningar på rehabiliteringen i RGsmärta? \_ Ja \_ Nej

Datum avstämningsmöten med Försäkringskassan: .....

Datum för kontakter med arbetsgivaren/arbetsplatsen/arbetsförmedlingen: .....

### **Behandlingsperiod i Rehabiliteringsgarantin Smärta**

Datum 1:a behandlingsbesök: ..... Datum sista behandlingsbesök: .....

Antal behandlingsbesök hos resp vårdgivare/profession: Arbetsterapeut: ..... st.

Samtalsterapeut: ..... st.

Läkare: ..... st.

Sjukgymnast: ..... st.

Annan vårdgivare: ..... st.

### **Behandlingsinsatser i Rehabiliteringsgarantin Smärta**

\_ Arbetsförmågebedömning, enligt modell: .....  
genomförd av vilken/vilka vårdgivare: .....

\_ Fysisk aktivitet/träning: \_ Gymträning på mottagningen

\_ FaR via friskvårdsaktör: .....

\_ Bassängträning

\_ Annan fysisk träning: .....

\_ Samtalsstöd: \_ KBT

\_ Annat samtalsstöd: .....

\_ Farmakologisk smärtlindring \_ NSAID

\_ Paracetamol

\_ Opioider

\_ Annat: .....

\_ Icke-farmakologisk smärtlindring \_ Akupunktur

\_ TENS

\_ Manuella tekniker (t.ex. OMT, massage)

\_ Annat: .....

\_ Smärtlektion, tillhandahållen av vilken/vilka vårdgivare: .....

\_ Smärt- och stresshantering: \_ SmäSH-grupp

\_ ACT

\_ Annat gruppbaserat: .....



- Annat individuellt baserat: .....
- Färdighetsträning i vardagsaktiviteter:  Vardagsergonomi
- Vardagsrevidering
- ALAR
- Aktivitetsdagbok enligt modellen: .....
- Hjälpmedel i vardagsaktiviteter
- Sömnbehandling  KBT
- Gruppbaserat enligt modellen: .....
- Basal Kroppskännedomsträning  Individuellt  Gruppbaserat
- MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction)
- Annat: .....
- Annat: .....

### **Arbete/sjukskrivning före RGsmärta**

Vid **ingång** i Rehabgarantin Smärta...

- ...har patienten ett arbete?  Ja  Nej
- Om nej, är patienten:  Arbetssökande  Studerande
- Sjukersättning ("Sjukpension")
- Annat: .....
- ...är patienten sjukskriven?  Ja  Nej
- Om ja, till vilken %-sats: ..... %
- Om ja, i hur många dagar i direkt följd före RG: ..... dagar

### **Arbete/sjukskrivning efter RGsmärta**

Vid **avslut** i Rehabgarantin Smärta...

- ...har patienten ett arbete?  Ja  Nej
- Om nej, är patienten:  Arbetssökande  Studerande
- Sjukersättning ("Sjukpension")
- Annat: .....
- ...är patienten sjukskriven?  Ja  Nej
- Om ja, till vilken %-sats: ..... %

### **Måluppfyllelse/uppfyllda förväntningar efter RGsmärta**

Uppfylls målsättningen som formulerats i rehabplanen under rehabilitering?

- Ja, till fullo  Delvis  Nej  Vet ej
- Uppfylls patienten förväntningar på rehabiliteringen?
- Ja, till fullo  Delvis  Nej  Vet ej

### **Bakgrundsfaktorer (dvs patientkaraktäristika vid ingång i RG smärta)**

- Kön:  Kvinna  Man Ålder: ..... år
- Språkligt och kulturell bakgrund:  Svensk  Utlandsfödd, från: .....
- Vikt:  Normalviktig  Överviktig  Vet ej
- Duration av smärtproblem:  mindre än 1 månad  1-2 månader
- 3-6 månader  7-12 månader  1-2 år
- mer än 2 år: ange antal år: ..... år
- Smärtintensitet på skala 0-10 eller 0-100: .....
- Smärtlokalisering, huvudsakligen:  Rygg  Nacke  Axlar
- Armar  Ben  Huvud
- Mage/Framsida bål
- Smärtlokalisering, om därutöver:  Rygg  Nacke  Axlar
- Armar  Ben  Huvud

- Mage/Framsida bål
- Smärtlindrande medicin:  Dagligen
- Några dagar per vecka
- Någon dag per månad
- Mycket sällan eller aldrig
- Samsjuklighet:  Depression  PTSD
- Ängest  ADHD
- Annan psykisk ohälsa: .....
- Sömnproblem  Alkohol/narkotika
- Annat: .....
- Summerad poäng på ÖSQP ”Linton-formuläret”: ..... poäng

**Patientkaraktäristika vid avslut i RG smärta**

- Smärtintensitet på skala 0-10 eller 0-100: .....
- Smärtlokalisering, huvudsakligen:  Rygg  Nacke  Axlar
- Armar  Ben  Huvud
- Mage/Framsida bål
- Smärtlokalisering, om därutöver:  Rygg  Nacke  Axlar
- Armar  Ben  Huvud
- Mage/Framsida bål
- Smärtlindrande medicin:  Dagligen
- Några dagar per vecka
- Någon dag per månad
- Mycket sällan eller aldrig
- Samsjuklighet:  Depression  PTSD
- Ängest  ADHD
- Annan psykisk ohälsa: .....
- Sömnproblem  Alkohol/narkotika
- Annat: .....

## ***Bilaga 5. Intervjuguide***

Information om studien och bakgrunden till intervjun

1. Inledande fråga. Vill du berätta om dina upplevelser av teamet?
2. Har du upplevt att det finns faktorer som påverkat arbetet i teamet: hindrande eller hjälpande?

Områden som kan beröras under intervjun. Syfte, team/arbetsformer, Information, delaktighet, Vinster för patienterna, vinster för personal, stöd från ledning.

Frågor kring kontexten.

Organisationskultur

1. Vad finns det för inställning på vårdcentralen kring förbättringsarbete?
2. Vad är samarbete för
3. Hur fungerar samarbetet på vc?

## **Bilaga 6. Informerat samtycke**

Information om studien och förbättringsarbetet  
”Teamrehabilitering till patienter med långvarig smärta”

På Gagnefs vårdcentral startade vi upp ett team för rehabilitering av patienter med långvarig smärta hösten 2010. Insatsen finansierades till viss del av pengar från ”rehabgarantin”

### **Rehabgarantin**

2008 gjorde socialdepartementet en överenskommelse med Sveriges kommuner och landsting. Rehabgarantin vänder sig till personer i yrkesför ålder med ospecifik långvarig smärta som är sjukskrivna eller löper risk för sjukskrivning. Insatserna ska vara evidensbaserade och multimodal rehabilitering är den insats som specificerats som evidensbaserad.

Syftet med studien är att utvärdera införandet av ett smärtteam och dess arbete.

Du erbjuds att delta och berätta om dina upplevelser. Du kan när som helst rätt att ändra dig och utan risk för negativa konsekvenser dra dig ur. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem"

En uppsats/rapport/vetenskaplig artikel kommer att skrivas utifrån intervjuerna. I denna kommer inga uppgifter att kunna kopplas till dig. Om muntlig eller skriftlig data citeras så att möjlig risk att enskilda individer kan identifieras kommer det att ske endast efter samtycke från vederbörande.

### **Informerat samtycke till att delta i studien:**

”Teamrehabilitering till patienter med långvarig smärta”

Mitt deltagande är frivilligt och jag kan när som helst avbryta mitt deltagande.

Undertecknad har läst informationen ovan och ger sitt samtycke till att deltagande i studien.

Datum:

---

Namnteckning

---

Namnförtydligande