



Samordningsförbundet i Södertälje



Försäkringskassan



Arbetsförmedlingen

Din Rehabilitering

– ett metodutvecklingsprojekt finansierat av
samordningsförbundet i Södertälje

Slutrapport - december 2011

Projektledare:

Sevcen Karabekir, Försäkringskassan, jan 2009-mars 2010

Selina Nilo, Stockholms läns landsting, juni 2010-dec 2011

Bo Bogstedt, Stockholms läns landsting, augusti 2011-dec 2011 (25 %)

Sammanfattning

Din rehabilitering startades 2009 som en fortsättning på projektet Samta¹ i syfte att möta förändringar i socialförsäkringen. Målet med Din Rehabilitering var att utveckla en metod för tidig och effektiv samverkan för att förhindra och förkorta sjukskrivning. Ett led i detta var att inrätta en rehabkoordinatorfunktion på varje vårdcentral i Södertälje för att kunna lotsa och stödja individer genom sin rehabilitering. Rehabkoordinatorn (RK) skulle även fungera som en länk mellan vård, försäkringskassan, arbetsförmedlingen, kommunen och eventuell arbetsgivare och därigenom förbättra samverkan mellan dessa parter.

Initialt deltog sju stycken vårdcentraler i projektet. Vidarkliniken och Vita vårdcentral såg sig tvungna att avsluta deltagandet och sedan hösten 2010 har fem vårdcentraler deltagit: Luna, Tallhöjden, Fornhöjden, Järna och Telgeakuten. Under projektiden har en metod och ett arbetssätt för samverkan utarbetats. Uppföljningssystem av rehabiliteringsresultat har gjorts genom SUS². Sedan hösten 2010 har 90 individer (59 kvinnor och 31 män) kunnat ta del av det nya arbetssättet. Under samma period har det hållits 133 rehabmöten med individen, vården, berörda myndigheter och eventuell arbetsgivare. Enligt nya SUS³ för individer utregistrerade under 2011 har andelen sjukskrivna minskat med 40 % (från 48 st. till 29 st.) och andelen individer utan offentlig försörjning har ökat med 115 % (från 13 st. till 28 st.). Andelen individer i förvärvsarbete eller studier har ökat med 57 % (från 21 st till 33 st). Genomsnittstid i projektet för individer avslutade under 2011 har varit 166 dagar.

Med regelbundna projektsgruppsmöten har samverkan mellan vård och myndigheter utvecklats och förbättrats med nya kontaktvägar och kunskapsutbyte. Detta har lett till en ökad förståelse och acceptans för de olika myndigheternas arbetssätt och regelverk.

Projektet har periodvis haft lågt inflöde av individer. Upprepade informationsmöten lokalt ute på verksamheterna har utförts för att öka förankring hos verksamhetschefer och läkare. Ingångskriterierna för att delta i projektet utformades för att stimulera till tidiga insatser för att förhindra och förkorta sjukskrivning. Samtidigt har behovet av insatser för individer som redan är långtidssjukskrivna uppmärksammas från framför allt läkarkåren. Det låga inflödet av individer till projektet har möjligen berott på bristande förankring av arbetssättet ute i verksamheterna samt problem med att identifiera individer i riskzonen för långtidssjukskrivning på ett bra och effektivt sätt. Andra tänkbara orsaker som kan ha påverkat inflödet är hög arbetsbelastning, personalomsättning och den omfattande svininfluensavaccinationen 2009-2010. Projektet Din rehabilitering avslutas sista december 2011. En extern utvärdering av projektet är gjord av företaget Pacta (1).

¹ Samverkan till arbete, mars 2007 - dec 2008.

² System för uppföljning av samverkan.

³ En ny version av SUS infördes hösten 2010. Individer inregistrerade i gamla SUS har ej kunnat utregistrerats och avläsas i nya SUS. Av denna anledning redovisas endast rehabiliteringsresultat för individer utregistrerats i nya SUS under 2011.

Innehållsförteckning:

	Sida
Sammanfattning	2
Innehållsförteckning	3
Inledning	4
Bakgrund	4
Ekonomiska förutsättningar	5
Syfte	6
Mål	6
Metod/arbetssätt	7
– Funktionen rehabkoordinator	7
– Kartläggning	7
– Rehabmöte	8
– Uppföljning/lotsning/koordinering	8
– Riktlinjer för avslut av individ i projektet	8
– Flödesschema rehabkoordinator	9
– Projektgruppsmöten	9
– Samverkan	9
Resultat	10
– Effektmål	10
– Tabell 1. Försörjning avslutade deltagare 2011	10
– Tabell 2. Sysselsättning avslutade deltagare 2011	10
– Produktmål	11
Diskussion	12
– Framgångsfaktorer och utvecklingsområden	13
– Framtiden	14
Referenser	15

Bilagor:

Metodhandbok

Sammanställning deltagarenkät

Inledning

För läsaren av denna rapport behöver det uttalas att projektet Din Rehabilitering kan delas in i två faser. En inledande fas (jan 2009-mars 2010) med Sevcan Karabekir från försäkringskassan som projektledare och en senare fas (juli 2010 till december 2011) då Selina Nilo från Stockholm läns landsting tog över som projektledare.

Projektets inledande fas, då försäkringskassan stod som huvudman, innebar till stor del i att intensivt bearbeta, informera och förankra vårdcentralerna och myndigheter i det nya arbetssättet som skulle provas i Södertälje. Projektgruppen (projektledaren och representanter från arbetsförmedlingen och kommunen) arbetade även i denna initiala fas bland annat med att ta fram rutiner för samverkan som skulle fungera för alla parter. Efterhand valde sex vårdcentraler att gå in i projektet, flera rehabkoordinatorer (RK) rekryterades och det första rehabmötet hölls i augusti 2009. Parallellt med detta pågick ett rekryteringsarbete för att få med en delprojektledare från landstinget då tanken från början var att ha ett delat projektledarskap mellan försäkringskassan och landstinget. Delat huvudmannaskap mellan försäkringskassa och landstinget ansågs nödvändigt då RK-funktionen, som var central i metoden, skulle placeras på vårdcentralerna. Vidare skulle delat huvudmannaskap underlätta förankringen av projektet hos vårdcentralerna. Någon delprojektledare från landstinget lyckades dock inte rekryteras under projektets första år. Dåvarande projektledare från försäkringskassan slutade i mars 2010. Detta innebar bland annat intagningsstopp av individer och att projektet stod utan ledning under tre månader, april-juni 2010.

Juli 2010 rekryterades projektledaren Selina Nilo av landstinget, projektet gick därmed in i sin andra fas (med landstinget som huvudman). Hösten 2010 präglades arbetet av att få igång projektet igen genom att samla projektgruppen (RK från respektive vårdcentral och representanterna från arbetsförmedlingen, kommunen och försäkringskassan), sammanfatta kunskapsläget och öka inflödet av individer till projektet. Under året 2011 har arbetet fokuserats på att vidareutveckla samverkan samt förfina, färdigställa och prova metoden. I augusti 2011 fram till projektavslut gick RK Bo Bogstedt in om delprojektledare på 25 %.

Bakgrund

Din Rehabilitering startade maj 2009 i syfte att möta förändringar inom social- och sjukförsäkringssystemen. Projektets övergripande mål var att utveckla en metod för tidig samverkan för att förhindra och förkorta behovet av sjukskrivning för personer som annars riskerat att hamna i långvarigt bidragsberoende.

Försäkringskassans ”rehabiliteringskedja” infördes 1 juli 2008. Detta innebar att fasta hållpunkter för rätten till ersättning infördes med prövning inte enbart vid ett visst tillfälle, utan också efter 90 respektive 180 dagar. Vid dessa tidpunkter ändrades även bedömningsgrunden för ersättning (2). Rapporter hade redan innan införandet av rehabiliteringskedjan visat på problem inom hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivningsärenden. Det har bland annat konstaterats att samverkan behöver förbättras internt inom sjukvården, men även externt med försäkringskassan, arbetsförmedling, arbetsgivare och socialtjänst (3). Införandet av rehabiliteringskedjan innebar möjligen att behovet av samordnande insatser mellan vård och myndigheter ökade ytterligare för att säkerställa att patienten inte hamnar ”mellan stolarna”.

Din Rehabilitering har haft som mål att införa en ”i sin roll etablerad och utbildad rehabkoordinator” (så kallad ”case manager”) på varje deltagande vårdcentral.

Case manager är en för ändamålet utbildad person vars uppgift är att stötta patienter i deras kontakter med olika aktörer; ha kunskap om hur systemet fungerar och vilka olika möjligheter som finns. Användandet av case manager har i några studier visat sig ha god effekt när det gäller återgång i arbete (4). Case manager och olika metoder för case management är vanliga inom

socialtjänsten i västvärlden. Efter lyckade projekt i Storbritannien har man satsat i stor skala på införandet av en case manager för att stötta långtidssjukskrivna till återgång i arbete. En viktig del i denna satsning har även varit samverkan mellan olika aktörer (4). Den rehabiliteringsmodell med case managers som anses stämma bäst överens med den svenska socialförsäkringen är ”the Strength Model”. Den bygger på vissa principer, bland annat att fokus ska ligga på möjligheter och inte på det sjukliga, individens förmågor, relationen mellan individen och case managern samt att insatser i form av åtgärder bygger på individens självbestämmande (5).

Din Rehabiliterings mål har vidare varit att utveckla en metod för tidig och effektiv samverkan mellan vård och myndigheter, innefattande införandet av så kallade flerpartsmöten.

Modellen med systematiserade flerpartsmöten går ut på att rehabiliteringsaktörer i samverkan utreder, planerar och genomför rehabiliteringsinsatser tillsammans med en individ som är i behov av dessa insatser. Samverkan ska resultera i en individuell rehabiliteringsplan med individen i centrum (6). Flerpartsmötena i Din rehabilitering har benämnts som ”rehabmöten”. På dessa möten har patienten, läkare, RK och de myndigheter som varit aktuella i patientens fall deltagit. I de fall individen arbetat har arbetsgivaren erbjudits att delta. Att engagera arbetsgivaren i individens rehabilitering är av största vikt då arbetsgivaren har ett betydande rehabiliteringsansvar (7,8).

Rehabmötena i Din rehabilitering” har mynnat ut i att en *gemensam* handlings- och rehabplan fastställts utifrån patientens mål. Rehabmötena har varit centralt i arbetet med samverkan mellan vård, myndigheter och arbetsgivare. Mötena har även inneburit att patienten fått en möjlighet att ge sin version av situationen till alla berörda parter samtidigt.

Projektets har fokuserat på *tidiga* insatser och sjukskrivningens tre första månader. Ett mål har varit att rehaböten med aktuella aktörer ska ha genomförts inom 90 dagar från sjukskrivningens första dag.

Tidiga insatser är en bärande princip i rehabiliteringsprocesser. Vikten av att rehabiliteringsinsatser upptäckts i tid för att rehabiliteringen ska lyckas har poängterats länge och ytterligare aktualiserats i och med förändringarna i socialförsäkringssystemen och införandet av rehabiliteringsskeden 2008 (2,9).

Din Rehabilitering - Ekonomiska förutsättningar, deltagande vårdcentraler och myndigheter

Deltagande myndigheter har varit försäkringskassan, arbetsförmedlingen och Södertälje kommun (försörjningsstöd). Tjänsterna på respektive myndighet har varierat mellan 75 % -100 %.

Fornhöjdens vårdcentrum, Telgeakuten och vårdcentralerna Luna, Järna och Tallhöjden deltog under 2011 med varsin Rehabkoordinator. Vidarkliniken deltog tidigare under projektet, men såg sig tvungna att kliva av projektet vid årsskiftet 2010-2011 på grund av sjukdom och brist på lämplig RK som efterträdare. Även Vita vårdcentral ingick i projektet, men avslutade deltagandet under projektets gång. Rehabkoordinatorernas tjänster har varierat från 25 % till 75 % beroende på storlek på vårdcentral och arbetsuppgifter.

Beviljade medel för 2009 uppgick till 5 251 000 kr, varav använda medel 1 424 768 kr
Beviljade medel efter reviderad budget för 2010 uppgick till 3 270 000 kr, varav använda medel 2 836 261 kr. Budget för 2011 uppgick till 3 803 400 kr, varav använda medel 2 850 620 kr. Överskotten kan bland annat förklaras av att ersättning för läkarnas medverkan på rehabmöten blev mindre än beräknat (detta till följd av färre deltagare i projektet och därigenom färre rehabmöten). Tjänsterna i projektet har även behovsanpassats med totalt en 80 % tjänst, från 6,05 heltidstjänster till idag 5,25 heltidstjänster.

Budget för 2011 har haft sin utgångspunkt i beräkning av nyckeltal (varje inregistrerad individ skulle inbringa 25. 356 kr). För att klara av att driva projektet skulle detta förfarande innebära att projektet skulle leverera in 150 individer. Beslutet om att tillämpa nyckeltal för budgetåret 2011 fattades av styrelsen i december 2010. Budget baserat på nyckeltal har inneburit en osäkerhetsfaktor då inflödet till projektet har varit beroende av att individer som matchat ingångskriterierna funnits på respektive vårdcentral och att läkarna remitterat in dessa till projektet. Projektet förlorade en deltagande vårdcentral i årsskiftet 2010-2011 vilket också bidrog till en minskning av beräknat inflöde för 2011.

Syfte

Syftet med Din Rehabilitering var att utifrån de nya reglerna i sjukförsäkringen och utifrån primärvårdens förutsättningar i Stockholms län utveckla en metod som förhindrade och förkortade sjukskrivningsbehovet hos dem som annars riskerat att hamna i långvarigt bidragsberoende.

Mål

Effektmål

- | | |
|-----------|---|
| E1 | Tidig och effektiv samverkan mellan vård och myndigheter kring deltagare minskar risk för långvarig sjukfrånvaro |
| E2 | Rehabkoordinatorn har betydelse för sjukskrivningsprocessen |
| E3 | Individen är aktivt delaktig i sin egen rehabilitering |

Produktmål

- | | |
|-----------|---|
| P1 | Framtagen samverkansmetod innefattande flerpartsmöten inom 90 dagar från första läkarbesöket |
| P2 | Kunskapsöverföring inom och mellan medverkande verksamheter |
| P3 | Etablerade och i sin roll utbildade Rehabkoordinatorer på medverkande husläkarmottagningar |
| P4 | En gemensam Värdegrund som utgör fundamentet för samverkan och samverkansmöten |

Metod/Arbetsätt

Funktionen rehabkoordinator⁴

Rehabkoordinatorn (RK) har varit placerad på respektive vårdcentral. Yrkesbakgrund för RK har i detta projekt varit; sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator eller psykoterapeut. En medicinsk/beteendevetenskaplig utbildning har setts som en fördel och personlig lämplighet, intresse och kompetens har setts som en förutsättning i arbetet som RK.

RK-funktionen har i ”din rehabilitering” inneburit att:

- Vara en länk mellan- och ha upparbetade kontaktvägar till - arbetsförmedlingen, försäkringskassan och kommunen, både för individen som deltar i projektet och personal på vårdcentralen
- Koordinera och planera rehabiliteringsinsatser
- Ha en neutral och icke behandlande roll
- Sammankalla och samordna rehabmöten (flerpartsmöten)
- Vara ett stöd och en lots för individen i dennes rehabilitering genom regelbunden uppföljning
- Ha ett biopsykosocialt⁵ synsätt till individen för att skaffa sig en så god helhetsbild som möjligt
- Motivera individen för att få denne att delta så aktivt som möjligt i sin rehabilitering
- Journalföra alla insatser i respektive vårdcentralers journalsystem
- Delta på projektgruppsmöten och föra loggbok över sina insatser

Ingångsskriterierna för att delta i projektet:

- Risk för sjukskrivning, eller sjukskriven i max 90 dagar
- Skriven i Södertälje kommun och listad på en av de deltagande vårdcentralerna

Fokus har legat på *tidiga* insatser. Individer har remitterats till projektet framför allt via läkarna på respektive vårdcentral, men remiss har även inkommit från projektgruppens myndighetsrepresentanter. Då läkare, eller annan remitterande personal, observerat att individer befunnit sig i riskzonen för långvarig sjukskrivning har remiss skickats till vårdcentralens RK. RK har då som första åtgärd kontrollerat att ingångsskriterierna uppfyllts. RK har därefter kallat och träffat individen för att informera om arbetssättet och förutsättningarna i projektet: samtycke till utlämnande om uppgifter (bilaga 1), SUS⁶-registrering, att deltagande bygger på frivillighet och att alternativet är konventionell rehabilitering samt att samtycke och deltagande när som helst kunnats avbrytas.

Kartläggning

I denna fas har RK skaffat sig en helhetsbild av individen. Medicinsk- arbetsinriktad- och social situation har kartlagts. Hinder och resurser inventerats och RK har tagit reda på individens mål och visioner. Individens motivation och aktiva deltagande i rehabiliteringen har varit centralt i arbetssättet. I kartläggningsfasen har RK kunnat arbeta med några instrument som stöd, till exempel anamnesblad och fyrfältaren, även instrumentet KASAM testades under en period av RK (samliga bedömningsinstrument redovisas i metodhandboken, bilaga 1). Kartläggningen har genomförts under 1-3 träffar (1-2 veckor) med RK, antal tillfällen har berott på individens situation och behov. Under kartläggningen har individens handlingsplan förberetts och

⁴ Samliga dokument, utvärderings- och bedömningsinstrument som RK använt i din rehabilitering finns redovisade i metodhandboken, bilaga 1.

⁵ Biopsykosocialt synsätt avser hur biologiska, psykologiska och omgivningsfaktorer (sociala) på ett komplext sätt bidrar till uppkomst och vidmakthållande av sjukdom/besvär.

⁶ System för uppföljning av samverkan

rehabmötet planerats. När rehabmötet hålls ska kartläggningen ha nått den fas att RK har en fullständig bild av individens nuvarande situation och mål samt vilka myndigheter/parter som är aktuella att delta i mötet. I kartläggningsfasen har ingått att kalla dessa till mötet enligt fastställd rutin.

Rehabmöte

Rehabmötet har haft fasta tider på respektive vårdcentral, detta har gjort att inblandade aktörer kunnat hålla dessa tider vikta för mötet. Tidsramen för mötet har varit fyrtiofem minuter plus en efterföljande reflektionsdel på max femton minuter. Deltagare på rehabmötet har varit individen, RK, behandlande läkare och de representanter/handläggare från försäkringskassan, arbetsförmedlingen och kommunen som varit aktuella för respektive ärende. I de fall individen har haft anställning har arbetsgivaren och facklig representant erbjudits att delta. Individen har haft möjlighet att ta med sig annan person som stöd, till exempel anhörig eller vän. Rehabmötet har vilat på en värdegrund⁷ och RK har inlett mötet med att påminna om syftet med samverkan och flerpartsmötet - att hjälpa individen i sin rehabiliteringsprocess. RK har fungerat som mötets ordförande genom att i en neutral roll fördelat ordet, och sett till att diskussionen kommit framåt. Syftet med rehabmötet har varit att det ska mynna ut i en gemensam handlingsplan (bilaga 1). Handlingsplanen är ett verktyg där planeringen av den fortsatta rehabiliteringen dokumenteras fastslås. Efter mötet har alla deltagare skrivit på handlingsplanen och erhållit varsitt exemplar.

Rehabmötet har varit centralt i arbetet att förbättra samverkan mellan vård och myndigheter. Mötet har även inneburit att patienten fått en unik möjlighet att ge sin version av situationen till alla berörda parter samtidigt.

Uppföljning/lotsning/koordinering

I denna fas har alla deltagare på rehabmötet haft ett ansvar att handlingsplanen följts. RK har haft som uppgift att i den lotsa individen i sin rehabiliteringsprocess, följa upp att det som överenskommits har utförts, inte bara med individen, utan även med berörda myndigheter och arbetsgivare samt koordinera olika rehabiliteringsinsatser. Individens delaktighet i denna fas har varit viktig och i vilken utsträckning som stöd och lotsning behövts har varierat stort från individ till individ. Uppföljning har utförts via löpande personliga möten och/eller telefonkontakter mellan RK, individen och aktuella aktörer.

I de flesta fall har ett eller flera uppföljningsmöten ägt rum och målet har varit att utifrån det aktuella läget sätta nya mål och skapa en ny, aktuell planering. Uppföljningsmötena har i princip följt rehabmötets rutiner men i regel tagit kortare tid.

Riktlinjer för avslut av individ i projektet

När målet med rehabiliteringen uppnåtts har individen skrivits ut från projektet via SUS⁸-utregistrering och samtycke till utlämnande av uppgifter har upphört. Avslut kan även ha skett om individen bytt vårdcentral, om rehabplanen inte följts eller om individen själv velat avsluta deltagande i projektet.

Arbetsgången för RK kan sammanfattas i ett flödesschema (bild 1).

⁷ Värdegrunden finns redovisad i resultatdelen denna rapport

⁸ System för uppföljning av samverkan

DIN Rehabilitering

Flödesschema Rehabkoordinator

```
graph TD; A[VÄRD-CENTRAL  
- läkare  
- s.j.g. AT  
- kurator  
MYNDIGHET  
- försäkringskassa  
- arbetsförmedling  
- kommun] --> B(REMISSTILL  
Rehabkoordinator); B --> C[KONTROLL:  
- inkl. kriterier?  
- listad på VC?]; C -- NEJ --> D(Ej aktuell  
- återkoppling till  
remittent); C -- JA --> E[KALLELSE  
kartläggningsmöte]; D --> F(Individ tackar NEJ); E --> G[KARTLÄGGNINGS-  
MÖTE]; F --> G; G --> H(Individ tackar JA  
- samtycke); H --> I(KALLELSE  
rehabmöte); I --> J[FORTSATT  
KARTLÄGGNING  
- rehabplan upprättas  
- planering rehabmöte]; J --> K[REHABMÖTE  
med berörda parter  
- rehabplan fastställs]; K --> L[UPPFÖLJNING  
LOTSNING  
KOORDINERING  
SAMVERKAN]; L --> M[UPPFÖLJNINGSMÖTE  
med berörda parter]; M --> N[AVSLUT  
- rehabplanens mål  
uppnått];
```

The flowchart illustrates the rehabilitation process for a coordinator. It begins with a referral from a healthcare center or authority to the coordinator. The coordinator then checks if the patient meets inclusion criteria. If not, the process is not current. If yes, the coordinator calls the patient for a mapping meeting. The patient can then either decline (leading to a non-current status) or agree (leading to a mapping meeting). The mapping meeting leads to a follow-up meeting, then a rehabilitation meeting, then a follow-up meeting with coordination and cooperation, and finally, the rehabilitation plan is completed.

VÄRD-CENTRAL
- läkare
- s.j.g. AT
- kurator
MYNDIGHET
- försäkringskassa
- arbetsförmedling
- kommun

REMISSTILL
Rehabkoordinator

KONTROLL:
- inkl. kriterier?
- listad på VC?

Ej aktuell
- återkoppling till
remittent

Individ tackar **NEJ**

KALLELSE
kartläggningsmöte

**KARTLÄGGNINGS-
MÖTE**

Individ tackar **JA**
- samtycke

KALLELSE
rehabmöte

**FORTSATT
KARTLÄGGNING**
- rehabplan upprättas
- planering rehabmöte

REHABMÖTE
med berörda parter
- rehabplan fastställs

**UPPFÖLJNING
LOTSNING
KOORDINERING
SAMVERKAN**

UPPFÖLJNINGSMÖTE
med berörda parter

AVSLUT
- rehabplanens mål
uppnått

Individen

KARTLÄGGNINGSFAS

Som ett led i ökad kunskapsöverföring och förbättrad samverkan mellan vård och myndigheter har projektledaren, RK och projektdeltagarna från försäkringskassan, arbetsförmedlingen och kommunen träffats kontinuerligt. Dessa träffar har fört projektet framåt och gjort att metoden successiv utvärderats, utvecklats och förbättrats. Projektgruppsmötena har fungerat som utbildningstillfällen och som en löpande kontroll att RK arbetar på lika sätt, därmed har det funnits förutsättningar för rättvisa insatser. Liksom rehabmötet har detta forum starkt bidragit till ökad samverkan och förståelse inom projektet för vårdens och de olika myndigheternas arbetssätt.

Under hela projektiden har ett nära samarbete pågått inom projektgruppen för att utveckla och förbättra samverkan. Respektive myndigheterna har därutöver upparbetat en rutin för att kunna delta på rehabmöten. Arbetsförmedlingen hade första året i projektet en representant/arbetsförmedlare som deltog på alla rehabmöten oavsett vårdcentral, denna deltog också i projektgruppen. Efter första året valde arbetsförmedlingen att ha en arbetsförmedlare per vårdcentral. Det senare arbetssättet innebar en kunskapsspridning om metoden inom arbetsförmedlingen och att arbetsförmedlare kunde täcka upp för varandra vid förhinder. En av arbetsförmedlarna fortsatte att delta i projektgruppen och ha den samordnande funktionen. Från kommunen har en representant varit på alla rehabmöten som hållits inom projektet, samma person har varit kommunens representant i projektgruppen. Även försäkringskassan hade initialt en representant som deltog på alla rehabmöten, oavsett vårdcentral (projektledaren). Försäkringskassan har under projektets gång arbetat upp en rutin där två olika handläggare representerat myndigheten. Det som avgjort vilken handläggare som deltagit på vilket möte har bland annat berott på om deltagande individ haft en anställning eller ej.

Resultat

Effektmål

Enligt gängse praxis⁹ så utvärderas effektmål tidigast sex månader efter avslutat projekt. Nedanstående kan därför endast ses som tendenser, inte ett slutgiltigt resultat. En ny version av uppföljningssystemet SUS infördes hösten 2010. Individer inregistrerade i gamla SUS har ej kunnat utregistrerats och avläsas i nya SUS. Av denna anledning redovisas resultat under E1 och E2 endast för individer som utregistrerats i nya SUS under 2011.

E1 Tidig och effektiv samverkan mellan vård och myndigheter kring deltagare minskar risk för långvarig sjukfrånvaro

Tabell 1. SUS. Deltagarrapport sysselsättning. Deltagarnas försörjning vid avslut för budgetåret 2011.

Försörjning	Antal före insats	Andel före	Antal efter insats	Andel efter	Förändring	Förändring i procent
Annan offentlig försörjning	-	-	1	1 %	1	-
Studiestöd/Studiemedel	-	-	1	1 %	1	-
Försörjningsstöd	13	17 %	12	16 %	-1	-8 %
Aktivitetsstöd	2	3 %	2	3 %	-	-
A-kassa	4	5 %	5	7 %	1	25 %
Sjuk-/Aktivitetspenning	5	7 %	2	3 %	-	-60 %
Sjukpenning/Rehabpenning	45	59 %	28	37 %	-17	-38 %
Ingen offentlig försörjning	13	17 %	27	36 %	14	108 %

Tabell 2. SUS. Deltagarrapport sysselsättning. Deltagare som slutat under budgetåret 2011.

Sysselsättning	Före insats	Efter insats	Förändring i antal	Förändring i procent
Arbetssökande	18	22	4	22 %
Deltagare i förvärsarbete eller studier	21	34	13	62 %
- varav förvärsarbete	21	33	12	57 %
- varav studier	0	1	1	

E2 Rehabkoordinatören har betydelse för sjukskrivningsprocessen

Se tabell 1 och 2.

E3 Individen är aktivt delaktig i sin egen rehabilitering

I Pactas deltagarintervjuer ger deltagarna poängen 6,77 på en 10-gradig skala vad gäller i vilken grad deltagaren kunnat påverka sin rehabiliteringsplan (1).

⁹ Pejll projektledarutbildning 28-29 september 2010

Produktmål

- P1 Framtagen samverkansmetod innefattande flerpartsmöten inom 90 dagar från första läkarbesöket**
Målet uppnått. Medarbetarna i projektet ger poängen 8,71 på en tiogradig skala för i vilken grad projektets metoder kan implementeras i fortlöpande verksamhet (1). En metod framtogs tidigt i projektet och denna har sedan utvecklats och förbättrats till en fungerande samverkansmetod. Flerpartsmöten (rehabmöten) har regelbundet hållits, i de flesta fall inom 90 dagar från första sjukskrivningstillfället, eller omedelbart därefter. Samverkansmetod finns beskrivet i avsnittet ”Metod/arbetsätt” i denna rapport samt i detalj i ”metodhandboken” (bilaga 1).
- P2 Kunskapsöverföring inom och mellan medverkande verksamheter**
Målet uppnått: Med projektsgruppsmöten varje månad med medarbetarna i projektet har samverkan mellan vård och myndigheter utvecklats. Kunskapsutbyte har skett löpande och nya kontaktvägar har skapats. Detta har lett till en ökad förståelse och acceptans för de olika myndigheternas arbetssätt och regelverk.
- P3 Etablerade och i sin roll utbildade Rehabkoordinatorer på medverkande husläkarmottagningar**
Målet ”etablerade rehabkoordinatorer” uppnått:
Rehabkoordinatorerna har varit etablerade på vårdcentralerna och varit en del av verksamheten, remisser har tagits emot från vårdcentralens vårdpersonal och det löpande arbetet har utförts på respektive enhet.

Målet ”utbildade rehabkoordinatorer” delvis uppnått: I inledning av projektet gick hela projektgruppen en fyra dagars utbildning kring rehabiliteringsmedicin som finansierades av ”ökat på sjukskrivning”. På grund av omsättning bland RK var endast en av dem kvar i projektets senare del. En RK som rekryterades december 2010 har under våren 2011 gått en 7,5 hp kurs Karolinska Institutet med inriktning på koordinering av rehabprocesser inom primärvården. Förutom ovanstående har kunskap regelbundet inhämtats från liknande projekt ute i landet och genom regelbundet kunskapsutbyte mellan projektgruppens medlemmar har RK och övriga i projektet fördjupat kunskaperna inom detta område.
- P4 En gemensam Värdegrund som utgör fundamentet för samverkan och samverkansmöten**
Målet uppnått: Värdegrunden skapades för att säkerställa att rehabmötet skulle vara ett forum där det bästa för individen alltid ställdes främst. Värdegrunden riktade sig mot vårdens och myndigheternas representanter för att en förståelse skulle råda för de olika reglerverk som deltagarna från myndigheterna hade att förhålla sig till. Under projektet har RK påtalat innebörden av värdegrunden vid inledningen av rehabmötena.

Värdegrund:

Vi arbetar utifrån en helhetssyn, med individens upplevelse i centrum där delaktighet och samverkan är den röda tråden.

Vi strävar efter att hitta lösningar.

- Vi förhåller oss; prestigelöst till varandra och med respekt
- Vi förhåller oss; med empati och tillit till individens egen förmåga
- Vi förhåller oss; aktivt lyssnande och är lyhörda inför individens motivationsfrön

Diskussion

Förändrade regler inom socialförsäkringen och problem inom hälso- och sjukvården med att hantera sjukskrivningsärenden har skapat ett behov av ökad samverkan både internt inom sjukvården och externt till försäkringskassa, arbetsförmedling, socialtjänst och arbetsgivare (2,3). För att möta detta behov har funktionen rehabkoordinator/samordnare provats i flera delar i landet med syftet att förbättra samverkan och förhindra och förkorta sjukskrivning (4,10-13). Som exempel kan nämnas att från att ha arbetat i projektform har arbetssättet nu implementerats på Gotland. I Jönköpings län ligger funktionen som rehabsamordnare med i uppdraget och arbetssättet är förankrat på ett stort antal vårdcentraler (10,12). Sörmlands läns landsting har i ”Rehabskelettet” (13) en organiserad samverkan mellan vård och myndigheter sedan länge. Din rehabilitering hämtade tidigt inspiration ifrån detta arbetssätt. I Rehabskelettet har ett gemensamt arbetssätt utformats med rehabiliteringsinsatser innehållande multidisciplinära team och struktur för tidig, samordnad rehabilitering för sjukskrivna. Studiebesök gjordes av din rehabiliteringsprojektgrupp för att ta del av Rehabskelettets arbetssätt. Även om funktionen som RK/samordnare skiljer sig något åt nationellt är huvudsyftet detsamma, att effektivisera samverkan och samordning för att förkorta eller förhindra sjukskrivning.

Din Rehabilitering har under projektets gång utvecklat en metod och ett arbetssätt där kontaktvägen mellan vård och myndigheter har effektiviserats. Projektgruppen med representanter från varje myndighet har tillsammans med vårdcentralernas RK fungerat som dörröppnare och en snabb väg in i respektive verksamhet. Den ökade samverkan mellan myndigheter och samordningen av RK har, i kombination med att individen tidigt gjorts delaktig i rehabprocessen, i ett antal fall inneburit en besparing i tid, pengar och personligt lidande för individen. Samverkansförbundets övergripande mål med sina insatser är att 30 % av deltagande individer ska komma i egen försörjning. Enligt nya SUS för individer utregistrerade under 2011 har andelen sjukskrivna minskat med 40 % (från 48 st. till 29 st.) och andelen individer utan offentlig försörjning har ökat med 115 % (från 13 st. till 28 st.). Andelen individer i förvärvsarbete eller studier har ökat med 57 % (från 21 st till 33 st.).

Resultaten från SUS, som är det uppföljningssystem projektet varit hänvisade till, visar att flera individer avslutat sjukskrivning, återgått i arbete och i något fall lämnat försörjningsstöd (se tabell 1 och 2). Man kan även konstatera att i de fall individer fortsatt att vara sjukskrivna eller i behov av offentlig försörjning i någon form har samverkan ändå bidragit till att dessa individer tagit ett steg framåt i rehabprocessen. Detta i form av att individens resurser, hinder och behov har kartlagts och därigenom har förbättrade förutsättningar för relevanta framtida insatser skapats. SUS har dock varit ett för grovt uppföljningssystem för att belysa dessa individers små men viktiga steg mot egen försörjning eller minskat bidragsberoende. I ett försök att på ett mer detaljerat sätt följa individernas rehabilitering och projektgruppens arbetssätt arbetade RK under projektets sista år med en loggbok (bilaga 1) där *alla* RK-insatser och förändringar i deltagarnas situation noterades (anonymt). Efter utvärdering hösten 2011 valdes dock projektgruppen att avsluta arbetet med loggboken då RK:s insatser noterats på olika sätt och tillförlitlig statistik ej

var möjlig att läsa ut. En fungerande loggbok hade bidragit till en mer detaljerad statistik av individernas rehabiliteringsprocess och djupare information kring arbetssättet och än vad SUS har kunnat visa. Ytterligare en brist i uppföljningssystemet SUS har varit att under projektets första del användes en äldre version. Individer som inregistrerades i projektet i den äldre versionen har ej kunnats följas upp i ”nya SUS”.

Den externa utvärderingen (1) av projektet visade att deltagande individer varit mycket positiva till insatserna i din rehabilitering. Deltagarna gav höga betyg vad gäller att medarbetarna i projektet lyssnat och förstått deras situation, att deltagarna varit motiverade och att de i hög grad kunde rekommendera projektet till andra. Utvärderingen visade även att samverkan mellan medarbetarna i projektgruppen varit mycket god. Vad gäller utvecklingsområden kommenterar utvärderarna i sin analys att förberedelserna för projektet ej var tillräckliga, att förankringen hos verksamhetscheferna varit låg och att projektet i låg grad varit känt av myndigheterna. En förklaring till ovanstående kan vara att den initiala målsättningen att ha ett delat huvudmanna- och projektledarskap mellan landsting och försäkringskassa ej genomfördes. Försäkringskassan stod som ensam huvudman i förberedelsefasen och under första året av projektet. Detta försvårade förankringen för arbetssättet hos landstinget. Utvärderarna noterar även i sin rapport att medarbetarna i projektet i låg grad upplevt någon support eller intresse bland vårdens medarbetare eller chefer. Projektgruppen vill här lyfta fram att flera medarbetare i projektet upplevt ett stort stöd och intresse från medarbetare och att arbetssättet varit förankrat hos flera verksamhetschefer. Detta har skapat en vilja att driva projektet framåt och underlättat i praktiskt arbete och skapat förutsättningar för en lyckad rehabiliteringsprocess för individen. Likväl har det funnits deltagande vårdcentraler och enheter hos myndigheter där arbetssättet inte varit grundligt förankrat i verksamheten. Detta har inneburit att projektet under perioder haft svårt att rekrytera individer och att det i vissa fall har varit svårt praktiskt att genomföra rehabmöten eftersom annan verksamhet inom respektive organisation prioriterats. Utvärderarna kommenterar också att urvalsprocessen för att ta in individer i projektet inte varit tillräckligt genomarbetad. SUS visar att 75 % av deltagarna direkt matchat ingångskriterierna och samtliga deltagare i projektet har varit i stort behov av samordnad rehabilitering. Analysen visade även att projektgruppen i för stor grad jobbat mot att nå resultat i deltagande individers rehabiliteringsprocess. Utvärderarna menar att fokus i större utsträckning skulle ha legat på ren metodutveckling. Denna analys delas av projektgruppen och en förklaring till att rehabiliteringsarbetet ofta har lyfts upp kan vara att det har funnits ett övergripande resultatmål för projektet parallellt med metodutvecklingsarbetet. Projektet har även förväntats inregistrera att antal individer per år och resultatredovisning (via SUS) har regelbundet gjorts och lyckade rehabiliteringsinsatser har setts som en framgång och uppmärksammas. Övergripande metodutvecklingsarbete i seminarieform med till exempel handläggare, läkare och verksamhetschefer kunde ha varit ett sätt som ytterligare fört metoden framåt.

Framgångsfaktorer och utvecklingsområden

Tidiga insatser har länge ansetts som viktig del för en lyckad rehabprocess (9), till det kommer att förutsättningarna för rätten till sjukpenning ändras efter 90- 180 - och 360 dagar (2). Detta gör att behoven att tidiga insatser är stort och av den anledningen har projektet haft ingångskriterierna: ”risk för sjukskrivning eller sjukskrivning max 90 dagar”. Att identifiera och fånga upp dessa individer visade sig vara ett problem. Orsakerna till detta är svårt att peka på. Möjligen kan anledningen ha varit att vissa läkare, på grund av bristande förankring, inte känt till arbetssättet i projektet. En annan möjlig förklaring kan vara att läkare prioriterat att lägga resurser och insatser på individer som redan varit långtidssjukskrivna, snarare än nysjukskrivna. I de fall remiss kommit till RK tidigt i sjukskrivningsprocessen har det funnits goda förutsättningar för att individen återgått - eller närmat sig egen försörjning. En för vårdcentralerna gemensam sjukskrivningspolicy skulle kunna vara ett sätt att ge förutsättning för tidiga och rättvisa rehabiliteringsinsatser i framtiden. Detta används idag bland annat i landstinget i Jönköping (14)

och i region Skåne (15) där sjukskrivningsfall per automatik aktualiseras för ett multimodalt team/samordnare/koordinator efter ett visst antal dagar i rehabiliteringskedjan.

RK-funktionen har inneburit att fungera som en lots och stöd till individen samt att verka som en länk mellan vård och myndigheter. Under projektets tid har det tydligt framkommit att RK bör ha en neutral roll gentemot individ, vård och myndigheter. Neutraliteten har gjort att RK kunnat verka utan att företräda någon part i rehabiliteringsprocessen. Detta har varit speciellt viktigt under själva rehabmötet där alla aktörer involverade i individens rehabilitering varit samlade. I flera fall där individen gjort stora framsteg i sin rehabiliteringsprocess har vägen till egen försörjning stannat av när individen varit i behov av nytt arbete. Arbetsförmedlingen har inte kunnat ta hand om dessa individer på ett optimalt sätt. Behovet av anpassad hjälp för individer som ej enkelt kan ta sig in på den reguljära arbetsmarknaden har i projektet varit mycket stort. En omständighet som bör beaktas i metoden är att en del av individerna som tagit del av projektets insatser har ej behärskat svenska i tal eller skrift. Detta har inneburit att kartläggning och rehabmöten genomförts med tolk och möjligen har effektiviteten i dessa insatser påverkats av detta då mötena tar längre tid i anspråk. Även den löpande uppföljningen har till viss del försvårats för dessa individer då snabba avstämningar mellan RK och individ via telefon ej kunnat(s) genomföras på samma sätt som med svensktalande.

Projektgruppen har konstaterat att den kanske största framgångsfaktorn för en lyckad rehabiliteringsprocess har varit när individen haft en stor motivation för att komma i hälsa, nå egen försörjning eller återgå i arbete. Individens delaktighet i den rehabplan som skissats fram under kartläggningen och senare fastställts på rehabmötet har även det setts som en framgångsfaktor. I den initiala kartläggningsfasen i rehabiliteringsprocessen har RK haft möjligheten att använda sig av olika utvärderings- och bedömningsinstrument för att få en så komplett bild av individens resurser och möjligheter som möjligt. Instrument som RK haft möjlighet att använda är till exempel är olika anamnesblad, fyrfältaren och KASAM. KASAM togs dock bort ur kartläggningen efter en av projektgruppens återkommande utvärderingar. Detta eftersom nödvändig utbildning saknades i delar av RK-gruppen för att på ett bra och strukturerat sätt arbeta vidare med resultaten från KASAM-instrumentet.

Framtiden

Projektet din rehabilitering avslutas 2011-12-31 utan att en bred implementering av arbetssätt och metod kommer att ske. Projektgruppen ser trots det ett behov av RK-funktionen för att ge goda förutsättningar för samverkan och samordning i sjukskrivningsärenden. För att säkerställa det i framtiden bör RK-funktionen finnas med i beställningen/uppdraget för samtliga vårdcentraler. Innan det blir en realitet kan enkla och snabba kommunikationsvägar mellan vårdcentralerna, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och kommunen upprättas via givna kontaktpersoner i respektive organisation. Detta för att underlätta en bred och effektiv samverkan även efter projektets slut. Samtal om att införa sådana kontaktpersoner pågår under december 2011 inom myndigheterna och primärvården i Södertälje. RK-funktionen kommer även att finnas kvar på en vårdcentral i Södertälje (Fornhöjdens vårdcentrum). Detta sker inom ramen för samordningsförbundets projekt URBAN (16).

Referenser

1. Pacta Guideline. *Utvärdering av Rehabiliteringsprojekt*, Samordningsförbundet Södertälje. 2011-11-29. Sid 43-49.
2. Försäkringskassan. Vägledning 2004:2 Version 16. Sid 148.
3. Alexanderson K, m.fl. *Problem inom hälso- och sjukvårdens handläggning av patienters sjukskrivning*. Institutionen för personskadeprevention, institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet. Rapport 2005. sid 3.
4. Alexanderson K, m.fl. *Problem inom hälso- och sjukvårdens handläggning av patienters sjukskrivning*. Institutionen för personskadeprevention, institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet. Rapport 2005. sid 49.
5. Vahlne Westerhäll L. Bergroth A, Ekholm J. *Rehabiliteringsvetenskap, Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv*. Studentlitteratur 2009. Sid 151-155.
6. Vahlne Westerhäll L. Bergroth A, Ekholm J. *Rehabiliteringsvetenskap, Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv*. Studentlitteratur 2009. Sid 163.
7. Arbetskyddstyrelsens författningssamling. *Arbetsanpassning och rehabilitering*. AFS 1994:1. Sid 3.
8. Rehabrådets slutbetänkande. SOU 2011:15. Sid 29.
9. Vahlne Westerhäll L. Bergroth A, Ekholm J. *Rehabiliteringsvetenskap, Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv*. Studentlitteratur 2009. Sid 48.
10. Benedicto L. *Rehabkoordinator i primärvården på Gotland – för en förbättrad sjukskrivningsprocess*. Slutrapport 2009.09.01-2011.05.31
11. Augitus M. *Koordinatorer i sjukskrivningsprocessen inom primärvården, Västernorrland - en utvärdering från olika perspektiv*. Rapport nr 2.
12. Bülow P, Sjökvist M. *Rehabsamordnaren som länk i den samordnade rehabiliteringen – uppföljning av arbetsmodell för vårdcentralerna i Jönköpings län*. 2010.
13. <http://www.rarsormland.se/aktuella-insatser/tris-rehabskelettet.aspx>
14. <http://www.lj.se/infopage.jsf?nodeId=37670>
15. http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Valkommen_till_Vardgivarwebben/Utveckling_projekt/sjukskrivningsprocess/Lokala-riktlinjer/Skurup/
16. <http://www.sfris.se/web/page.aspx?refid=239>