



**Karolinska
Institutet**

IMM, Institutet för Miljömedicin

Magisterprogrammet i arbete och hälsa, Ergonomi

Huvudämnet arbete och hälsa

Examensarbete, 15 högskolepoäng

Vårterminen 2015

Multimodal rehabilitering för personer med smärtproblematik.

– Primärvårdens erfarenheter av samverkan med arbetsplatsen.

Författare: Cecilia Joon-Nyström

Handledare: Katarina Kjellberg, Ergonom, Med dr, Centrum för Arbets- och Miljömedicin

Examinator: Teresia Nyman, Med Dr, Leg. Sjukgymnast, Karolinska Institutet



**Karolinska
Institutet**

IMM, Institutet för Miljömedicin

Magisterprogrammet i arbete och hälsa, Ergonomi

Huvudämne: Arbete och hälsa

Examensarbete, 15 högskolepoäng

Vårterminen 2015

Multimodal rehabilitering för personer med smärtproblematik. – Primärvårdens erfarenheter av samverkan med arbetsplatsen.

Sammanfattning

Introduktion: Arbetsmarknaden i sin helhet är bred och ställer olika krav på människors fysiska- och psykiska förmågor. När en person drabbas av smärtproblematik kan delar eller arbete i sin helhet bli svårt att klara av. För att kunna identifiera vilka krav som ett arbete ställer på individen, krävs kunskaper om hur arbetsmiljön påverkar arbetstagaren utifrån personens förmåga och kapacitet. Inom ramen för Rehabiliteringsgarantin arbetar team i primärvården med multimodal rehabilitering (MMR) för att hjälpa dessa personer till bland annat en ökad sysselsättningsgrad i arbetslivet. Denna rehabiliteringsform innebär även att primärvården samverkar med arbetsplatser.

Syfte: Syftet med denna studie är att undersöka MMR1 teamens erfarenheter av samverkan med arbetsplatsen, vid rehabilitering av patienter med smärtproblematik.

Metod: I studien användes en kvalitativ forskningsmetod. Sju stycken personer som arbetade i team som bedrev MMR1 i primärvården intervjuades med semi-strukturerade intervjuer. Materialet analyserades med innehållsanalys.

Resultat: De manifesta kategorier som framkom var; ”Ingen given praktik för MMR1 arbetet”, ”Hindrande faktorer vid samverkan”, ”Framgångsfaktorer vid samverkan” och ”Önskade förändringar, idéer om framtiden”. Arbetsplatsbesök utfördes inte av samtliga informanter i studien. Uppföljningar där informanterna kontaktade arbetsgivaren efter avslutad rehabilitering utfördes inte. Samverkansarbetet fungerade som bäst då patienten tog ett eget ansvar för sin rehabilitering, då man tidigt under rehabiliteringen etablerade en arbetsgivarkontakt samt gemensamt utformade en rehabiliteringsplan. Hindrande faktorer berodde på brister i rutiner samt tidsbrist och ersättningsnivåer som inte alltid täckte behovet av rehabiliteringens omfattning. Även patientens oro över att ha med arbetsgivarna i processen samt rehabiliteringens intensitet var ett hinder som identifierades. Informanterna önskade att MMR1 arbetet fick ett tydligare fokus på arbete, tydligare rutiner samt enklare metoder och verktyg att använda sig av.

Konklusioner: Studiens resultat visar på hur olika MMR1 arbetet kan se ut i praktiken vid samverkan med arbetsplatsen. Både framgångsfaktorer, hinder och tankar kring framtida utveckling av arbetet identifierades. Vidare studier behövs för att få en samlad bild över fenomenets komplexitet där även arbetsgivare och patienters upplevelser bör belysas för en fortsatt utveckling av MMR1 i primärvården.



**Karolinska
Institutet**

IMM, Institute of Environmental Medicine
Master's Programme in Work and Health, Ergonomics
Main field of study: Work and Health
Degree project, 15 credits
Spring 2015

Multimodal Rehabilitation for People With Pain Problems. -Experiences of Primary Health Care Collaborating With Workplaces.

Abstract

Introduction: The labour market is diverse and places different demands on people's mental and physical abilities. When a person is affected by pain problems work may be difficult to cope with. In order to identify the demands that a workplace places on an individual, knowledge of how the work environment affects the person based on the person's ability and capacity is needed. Within the framework of the Rehabilitation Guarantee, teams in primary health care work with multimodal rehabilitation (MMR) to help these people increase their work ability. The rehabilitation entails that primary health care interacts with the workplace.

Purpose: The purpose of this study is to highlight the effect of primary health care MMR1 teams collaborating with the workplace to help people with pain problems.

Method: This study is based on qualitative research. Seven people who worked in teams that conducted MMR1 in primary health care were interviewed with semi-structured interviews. The material was then analysed using content analysis method.

Results: The manifestation categories that emerged were; "No clear practice for the MMR1 work", "Impeding factors for collaboration," "Success factors for collaboration" and "Desired changes, ideas for the future". All of the informants in this study didn't met with employers through multilateral meetings. Follow-ups where informants contacted the employer after the rehabilitation was completion were not performed. Collaboration efforts worked best when the patient took a personal responsibility for the rehabilitation, when the MMR1 team established an employer point of contact early in the process and then designed a rehabilitation plan together. Obstruction factors proved to be due to insufficiencies in procedures and lack of time and benefit levels that did not always cover the full extent of the rehabilitation needs. The patient's concern having their employers being part of the rehabilitation process as well as rehabilitation intensity were other identified obstacles. Clearer focus on work, clearer procedures and easier methods and tools to use were desired as future developments.

Conclusion: The study's results showed how different MMR1 can look like when collaborating with the workplace. Both factors of success, obstacles and thoughts on future developments was identified. Further studies is necessary to get the whole picture about this phenomenon's complexity. To continue the development of MMR1 in primary health care it's also necessary to illuminate employers and patients experiences.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	2
2.1	REHABILITERINGSGARANTIN	2
2.2	HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ARBETE I PRIMÄRVÅRDEN	3
2.3	EXEMPEL PÅ MMR1 ARBETET I PRAKTIKEN	4
2.4	SAMVERKAN MED EXTERNA AKTÖRER INOM VÅRDENS RAMAR	5
2.5	ARBETSGIVARENS ANSVAR	6
2.6	PÅGÅENDE ARBETE INOM OMRÅDET	7
3	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	9
4	MATERIAL OCH METOD	10
4.1	FORSKNINGSMETOD	10
4.2	URVAL	10
4.3	DATAINSAMLING	11
4.4	DATAANALYS	12
5	ETISKA ÖVERVÄGANDEN	14
6	RESULTAT	15
6.1	INGEN GIVEN PRAKTIK FÖR MMR1 ARBETET	15
6.1.1	<i>Kontakten inför arbetsplatsbesöken/ flerpartsmöten</i>	15
6.1.2	<i>Upplägget på själva besöket med arbetsgivaren närvarande</i>	16
6.1.3	<i>Uppföljning och fortsatt kontakt med arbetsgivare eller företagshälsan</i>	17
6.2	HINDRANDE FAKTORER VID SAMVERKAN	18
6.2.1	<i>Brist på rutiner</i>	18
6.2.2	<i>Patientens oro</i>	18
6.2.3	<i>Tidsbrist och ersättningar</i>	19
6.3	FRAMGÅNGSAKTÖRER VID SAMVERKAN	20
6.3.1	<i>Tidig kontakt med mandatperson på arbetsplatsen och öppet klimat</i>	20
6.3.2	<i>Patientens ansvar</i>	21
6.3.3	<i>Tydlig plan där arbetsgivaren är med</i>	21
6.4	ÖNSKADE FÖRÄNDRINGAR, IDÉER OM FRAMTIDEN	22
6.4.1	<i>Tydligare fokus på arbetet</i>	22
6.4.2	<i>Tydligare rutiner</i>	22
6.4.3	<i>Enkla metoder och verktyg att använda</i>	23
7	DISKUSSION	24
7.1	RESULTATDISKUSSION	24
7.2	METODDISKUSSION	28
7.3	KONKLUSIONER	29
8	REFERENSER	31
BILAGA 1	INTERVJUGUIDEN	34
BILAGA 2	MISSIVBREV TILL DELTAGARNA	37
BILAGA 3	EXEMPEL PÅ INNEHÅLLSANALYS	38

1 INLEDNING

Arbetsmarknaden i sin helhet är bred och ställer olika krav på människors fysiska- och psykiska förmågor. När en person drabbas av smärtproblematik kan delar eller arbete i sin helhet bli svårt att klara av. För att kunna identifiera vilka krav som ett arbete ställer på individen, krävs kunskaper om hur arbetsmiljön påverkar arbetstagaren utifrån personens förmåga och kapacitet (Toomingas, Mathiassen & Wigaeus Tornqvist, 2008).

Att arbeta kan ses som att vara en del av samhället, ett sätt att identifiera sig själv inom den kontext man lever i. Arbete ställer krav både på fysisk- och psykisk prestationsförmåga, om dessa brister kan man som individ behöva stöttning för att bibehålla eller komma åter i arbete.

Rehabiliteringsgarantin infördes 2008 som en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting. Multimodal rehabilitering (MMR) var en av de första åtgärderna som ingick i rehabiliteringsgarantin (Socialstyrelsen, 2011). För att få personer med långvarig smärta åter i arbete gavs ekonomiska incitament till vårdgivarna för att kunna arbeta med sammansatta åtgärder av flera professioner under cirka 4-8 veckor. Detta resulterade i att primärvården lockades att bygga upp MMR team som arbetade med ovanstående.

Vid samordningsmöten som hålls för den sjukskrivne i primärvården kan även andra aktörer som till exempel handläggare från Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen närvara. Enligt mina egna upplevelser är dock arbetsgivarens stol ibland tom vid samordningsmöten eller arbetsplatsbesök. Arbetsgivaren tror jag kan vara en nyckelperson vid arbetet med att rehabilitera sjukskrivna tillbaka till arbetet, en person som sitter på mycket kunskap om arbetsplatsens utformning och som har befogenheter att uttala sig om möjliga alternativa lösningar vid arbetsåtergång.

2 BAKGRUND

2.1 Rehabiliteringsgarantin

Bakgrunden till rehabiliteringsgarantin var att man såg att lättare/ medelsvår psykisk ohälsa eller diffus smärta i rygg, axlar och nacke stod för 60 procent av 14 dagars sjukskrivning eller mer enligt en av statens offentliga utredningar [SOU] (2015:21). Enligt Försäkringskassan (2014) stod psykiska och muskuloskeletala sjukdomar för ca 70 % av de totala sjukskrivningarna i Sverige. 25 % av de totala sjukskrivningarna var på grund utav besvär i rörelseorganen, dit smärta räknas (Försäkringskassan, 2014). Rehabiliteringsgarantin skall erbjuda bedömning och behandling som vetenskapen bevisat leder till arbetsåtergång. För patienter med lindrig och medelsvår depression, ångesttillstånd och stressrelaterade besvär skall man erbjuda Kognitiv beteendeterapi. För patienter med långvarig smärta från rygg, nacke och axlar samt generaliserad smärta skall man erbjuda MMR (Sveriges kommuner och landsting, 2015). Rehabiliteringsgarantins primära mål är att öka deltagarnas förmåga att återgå i arbete, eller att förebygga sjukskrivning (Sveriges kommuner och landsting, 2015).

Sedan 2008 då rehabiliteringsgarantin infördes har man gjort vissa förändringar i överenskommelserna mellan Sveriges kommuner och landsting och staten utifrån vad ny evidens inom området har visat på (Socialstyrelsen, 2011). 2012 delades MMR arbetet upp i två olika nivåer, MMR1 och MMR2 (Hellman et al., 2014a). MMR1 erbjuds då patientens problematik bedöms som ”komplex” och erbjuds vanligtvis inom primärvårdens regim, MMR2 erbjuds framförallt inom specialistvården där patienten har en ”mycket komplex” problematik (Hellman et al., 2014a).

Det är de tre smärtdimensionerna som avgör om problematiken är ”mycket komplex” eller endast ”komplex” (Socialstyrelsen, 2011). De tre smärtdimensionerna består utav; graden av negativa psykologiska komponenter, smärtintensitet samt förekomst av samsjuklighet som kan inverka på smärttillståndet och dess konsekvenser (Socialstyrelsen, 2011). Det är teamets kapacitet och kompetens som styr om det är MMR1 eller MMR2 som kan bedrivas. Det finns vanligtvis en större tillgång till specialistkompetens av olika slag i den sjukhusanslutna specialistvården varpå de flesta MMR2 team finns där (Socialstyrelsen, 2011). De komponenter som enligt Socialstyrelsen (2011) även skiljer MMR1 från MMR2 är att man i MMR2 skall kunna erbjuda kognitiv beteendeterapi mot ångestproblematik och mot depression, graderad exponering in vivo (där man utsätts gradvis för ångestframkallande situationer för att lära sig att bemästra dessa) samt skraddarsydda insatser för hantering av samsjuklighet (t.ex. inflammatorisk ledsjukdom, diabetes, hjärt-kärlsjukdom, fetma och astma).

Kriterierna för att få tillgång till MMR1 som patient är enligt Sveriges kommuner och landsting (2015) att:

- Ha ett långvarigt smärttillstånd (minst tre månader) i nacke-skuldror och/eller i ländrygg eller generaliserad smärta.
- Vara i en yrkesför ålder (16-67 år).
- Bedöms kunna återgå eller stanna kvar i arbete efter rehabiliteringen.

Denna studie kommer fortsättningsvis att endast belysa MMR1 arbetet.

De multimodala teamen har i en tidigare studie uppgett svårigheter med att arbeta inom ramarna för rehabiliteringsgarantin (Hellman, Jensen, Bergström & Busch, 2014b). Hellman et

al. (2014b) beskriver i den kvalitativa studien hur teamen i första hand fokuserar rehabiliteringen mot patienternas välmående och hälsa, på så vis får arbete komma som sekundär vinst i rehabiliteringen. Stress och frustration framkom i teamen då de upplevde en konflikt mellan deras attityder och målet med rehabiliteringsgarantin. Det framkom vidare att det patienter som låg närmare arbetsmarknaden fick interventioner riktade mot arbetsmarknaden i större utsträckning än de som låg längre ifrån arbetsmarknaden (Hellman et al., 2014b).

Jensen et al. (2012) påtalar vikten av kontakten med arbetsplatsen vid MMR1 i sin manual för MMR. I en fördjupad utvärdering av rehabiliteringsgarantin utförd av Karolinska Institutet på uppdrag av regeringen (Regeringsbeslut S2012/1431/SF) studerades huruvida man arbetat utifrån de ramar som satts för rehabiliteringsgarantin och hur resultaten av rehabiliteringen sett ut (Hellman et al., 2014a). De fann bland annat att framgångsrik multimodal rehabilitering vid smärtbesvär präglas av att fånga upp personerna i ett tidigt skede samt att ett tydligt fokus på arbetsrelaterade insatser saknades. Inom ramarna för MMR1 skall åtgärder riktade mot arbetsplatsen ingå varpå man i rapporten ställt sig frågande kring teamens kompetens och mandat i arbetet då det visade sig att det i praktiken ej var självklart med dessa åtgärder (Hellman et al., 2014a).

Hellman et al. (2014a) fann även i sin utvärderingsrapport att ledningen för MMR1 teamen uppmanar personalen till att arbeta utifrån bästa möjliga evidens. Dock var detta inte vanligt förekommande i praktiken där behandlings- och rehabiliteringspersonalen sällan förde diskussioner kring bästa möjliga praxis utifrån vetenskaplig evidens.

2.2 Hälsa- och sjukvårdens arbete i primärvården

Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763) är en så kallad ramlag som ligger till grund för de krav om mål som ställs på vårdgivarna. I 2 § sägs att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (SFS, 1982:763). Att arbeta i ett samhälle, där det är norm att ha ett arbete, främjar hälsa och välmående för de allra flesta människor enligt Wadell och Burton (2006). Således faller patienters arbetsförmåga på hälso- och sjukvårdens axlar om man på grund utav ohälsa riskerar eller har hamnat i en ohållbar arbetssituation.

I ett slutbetänkande av den parlamentariska socialförsäkringsutredningen ”Mer trygghet och bättre försäkring” (SOU 2015:21) beskrivs hälso- och sjukvården som en nyckelaktör vid återgång i arbete för sjukskrivna personer. I denna rapport beskriver kommittén att det i dagsläget ges åtgärder riktade mot arbetet i ett för sent skede med ineffektiva åtgärder och dålig uppföljning. Slutbetänkandet av den parlamentariska utredningen ger vidare förslag kring hur man kan arbeta i framtiden kring område. Detta beskrivs mer under rubriken ”pågående arbete inom området” i denna studie.

För att stödja personalen i primärvården har Sahlgrenska akademien i en rapport tagit fram vilka åtgärder som ger bäst resultat vid återgång i arbete utifrån vetenskaplig evidens (Pettersson & Hensing, 2008). De åtgärder som man betonar vikten utav är:

- Regelbunden och tidig kontakt mellan arbetstagaren och arbetsplatsen.

- Ett kontrakt mellan arbetsplatsen och hälso- och sjukvården om individens arbetsuppgifter.
- En ergonomisk arbetsplatsbedömning i samband med arbetsåtergången minskar den långvariga sjukfrånvaron.
- Arbetsplatsanpassning vid ett eller flera tillfällen.
- Samtal kring strategier för att förebygga risk för återinsjuknande vid för tidig arbetsåtergång samt råd gällande när en arbetsåtergång kan tänkas vara aktuell.

2.3 Exempel på MMR1 arbetet i praktiken

MMR1 arbetet i praktiken skiljer sig åt mellan olika mottagningar beroende på vilken kompetens som den specifika mottagningen kan erbjuda. Enligt Socialstyrelsens (2011) är det teamets samlade kompetens som bestämmer huruvida de är lämpliga utförare av den multimodala rehabiliteringen och krav ställs därför inte på specifika yrkesgrupper i teamet. I Socialstyrelsens (2011) indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta beskrivs de komponenter som teamet förväntas kunna erbjuda vid MMR1:

- Progressiv, patientcentrerad målformulering.
- Optimering av farmakologisk behandling.
- KBT för smärthantering/ coping inklusive utbildning om långvarig smärta och hantering av dess konsekvenser.
- Fysisk träning (professionell coaching)
- Arbetsträning. Relevanta och för individen väsentliga vardagsaktiviteter inklusive arbete.
- KBT mot sömnproblematik
- Optimering av omgivningsfaktorer
- Samordningsinsatser mellan remitterande läkare, försäkringskassa, arbetsplats och familj.
- Bibehållandestrategier och återfallsprevention.

På den mottagning som författaren arbetar på utgör MMR1 arbetet endast en liten del av den dagliga verksamhet som bedrivs. Ett fast team som utgörs av arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare och rehabiliterings koordinator är de som håller i själva arbetet på mottagningen.

Efter bedömningar av patienters lämplighet skrivs de in för rehabiliteringen. Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (Linton, 1999) är ett frågeformulär som mottagningen använder för att identifiera om patienten har en stor risk för att utveckla en långvarig funktionsnedsättning och sjukskrivning. Motivation till deltagande utgör även en viktig faktor för deltagandet. Frågor som berör individens förväntningar och potential till förändringsarbete tas upp innan beslut om deltagande.

Efter inskrivningen hålls ett första möte med patienten och hela MMR1 teamet där man lägger upp en planering för rehabiliteringen. Sedan drar rehabiliteringen igång med minst två sjukgymnastiska besök per vecka samt deltagande i smärtskolan där patienten får lära sig mer kring smärfysiologin och egna strategier för hur smärtan kan hanteras i vardagen. Smärtskolan bedrivs i grupp där patienter med liknande besvär får ta del av samma information. Vid behov bokas även besök till dietist, kiropraktor och psykolog via annan aktör. Efter cirka fyra veckor har man åter ett möte med hela teamet där man diskuterar kring hur patienten tycker att det går och vad denne stött på under vägen. Sedan fortsätter mottagningsbesöken i cirka fyra ytterligare

veckor innan man har ett avslutande möte med hela teamet samlat. Arbetsplatsbesök bokas vanligen in innan det uppföljande mötet i mitten av behandlingsperioden.

Förutom besöken med patienten närvarande har rehabiliteringspersonalen egna möten en gång i veckan där man diskuterar kring hur de går för patienterna som är inskrivna för MMR1. Rehabiliteringskoordinatören är den som håller i kontakten med arbetsplatsen och bokar in besök på arbetsplatsen efter att patienten gett sitt medgivande till detta. Själva arbetsplatsbesöken utförs av arbetsterapeuten och sjukgymnasten i teamet. Förberedelser inför besöken sker då luckor i veckans scheman finns, vilket inte är en självklarhet i de pressade scheman som ligger.

Om arbetsplatsbesök inte kan utföras så har man istället flerpartsmöten på mottagningen dit man bjuder in arbetsgivaren. På flerpartsmöten träffas MMR1 teamet med patienten och arbetsgivaren och diskuterar kring vilka åtgärder som patienten fått ta del utav via rehabiliteringen och lägger upp en planering för en ökad sysselsättningsgrad. Arbetsmiljön och åtgärder riktade mot arbetsplatsen är även något som diskuteras på flerpartsmöten. Det är inte alltid som arbetsgivaren har möjlighet att närvara på dessa möten men en muntlig inbjudan ges alltid om patienten samtycker till det.

I teammedlemmarnas scheman finns det totalt avsatt tre timmars team tid för arbetet med MMR1 i veckan. Dessa tre timmar fördelas genom två timmar med patienter närvarande och en timme där man diskuterar endast i teamen hur det går för de inskrivna patienterna. Då arbetsgivare ofta inte är nåbara under dessa specifika timmar blir det även en hel del kontakt med dem under veckans övriga arbetstimmar mellan både mottagningsarbete, gruppverksamhet och hemrehabilitering.

2.4 Samverkan med externa aktörer inom vårdens ramar

Enligt 30 kap. 10§ i socialförsäkringsbalken har Försäkringskassan skyldighet att samverka med berörda organisationer och myndigheter som berörs då en försäkrad behöver samordnade insatser vid rehabilitering tillbaka till arbete. Samverkansskyldighet för landstingen finns ännu ej men förslag till detta finns i slutbetänkandet av den parlamentariska socialförsäkringsutredningen ”Mer trygghet och bättre försäkring” där de menar på att en bestämmelse om samverkan inom området borde införas i HSL (SOU 2015:21). Förslaget från kommittén är att vården skall ha en aktiv roll för att få arbetsgivare och arbetsförmedlingen medverkande där vården bedömer det som värdefullt för anpassning och arbetslivsriktad rehabilitering. Detta för att understryka vikten av att integrera hälso- och sjukvårdens arbete med patienter som behöver stöttning vid återgång i arbete (SOU 2015:21).

Tidigare studier har beskrivit svårigheter med samarbetet mellan berörda aktörer när det kommer till sjukskrivningsprocessen för patienter i primärvården (Nilsing, Söderberg, Berterö & Öberg, 2013; Wåhlin et al., 2013). Vårdgivarna i studierna beskrev svårigheter med att få till ett gott samarbete med bland annat arbetsgivarna. Det beskrev otillräckliga förutsättningar för att kontakta arbetsgivarna samt att det var svårt och tidskrävande att skapa en första kontakt (Nilsing et al., 2013; Wåhlin et al., 2013). Ett väl fungerande samarbete mellan primärvården, arbetsgivare och den sjukskrivne har visat sig vara en framgångsfaktor för ökad arbetsförmåga och återgång till arbete enligt en prospektiv kohort studie där 810 sjukskrivna patienter (Wåhlin et al., 2013). I studien av Wåhlin et al. (2013) delades patienterna upp i tre olika interventionsgrupper. En grupp fick ta del av endast medicinska åtgärder, en grupp fick både

medicinska åtgärder samt rehabilitering och en grupp fick arbetsinriktade åtgärder i kombination med rehabilitering och/ eller medicinska åtgärder. I gruppen som fick åtgärder kopplade till arbete hade arbetsförmågan ökat mest vid uppföljningen efter tre månader (Wåhlin et al., 2013).

Inom primärvårdens arbetslivsinriktade rehabilitering för patienter med mentala funktionsnedsättningar som till exempel utmattning har det visat sig ha en betydande effekt att kunna erbjuda åtgärder kopplade till arbetsplatsen (Wåhlin et al., 2012). Interventioner som arbetsplatsanpassning samt genomgång av ergonomi har visat sig underlätta en arbetsåtergång, dock tycks dessa åtgärder vara svåra för primärvården att implementera som en naturlig del i arbetet vid arbetslivsinriktad rehabilitering. Åtgärder kopplade till arbetet erbjuds i större omfattning till yngre patienter eller de med en högre utbildning (Wåhlin et al. 2012). För patienter med muskuloskeletala funktionsnedsättningar har Wåhlin et al. (2012) även kunnat se att positiva förväntningar till arbetsåtergång samt arbetsförmåga var kopplat till arbetsåtergång.

För att kunna rehabilitera en person tillbaka till arbetsmarknaden krävs kunskaper kring olika yrkesprofessioner och vad dessa arbeten ställer för krav på medarbetaren. Personerna i de multimodala teamen arbetar för det mesta inte uteslutande med MMR1 utan har även del i den övriga verksamheten, därför kan det vara svårt att hinna läsa in de kunskaper som behövs för att arbeta arbetslivsinriktat. Primärvården saknar ofta kunskapen och möjligheten att inhämta relevant information om arbetsplatsens förutsättningar och vad arbetsplatsen och arbetsuppgifterna kräver av den sjukskrivne (Ståhl, Svensson, Petersson & Ekberg, 2011). Därför utgår personalen i primärvården många gånger endast utifrån individens funktionsnedsättningar och missar hur individen påverkas av innehållet i sin vardag (Ståhl et al., 2011).

Ett flertal instrument finns att använda som stöd vid samtal mellan arbetsgivare och den sjukskrivne för att lättare kunna skilja ut hinder och möjligheter vid arbetsåtergång (Grahm et al., 2012). Den kartläggning av instrument som till exempel Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång (ADA) och Krav- och funktionsschema (KOF) ger skulle vid rehabiliteringen kunna användas för att tydliggöra rehabiliteringens syfte både för primärvården, arbetsgivaren samt den sjukskrivne (Grahm et al., 2012).

2.5 Arbetsgivarens ansvar

Både arbetsgivare och arbetstagare har ett ansvar att samverka för att skapa en god arbetsmiljö och arbetsgivaren har enligt 3e kapitlet 2a § i arbetsmiljölagen ett ansvar för det systematiska arbetsmiljöarbetet (Ericson & Gustafsson, 2012).

I Sverige är antalet långtidssjukskrivningar ett problem, som under sent 1990-tal utmärkt sig som stort i förhållande till jämförbara länder (Grahm et al., 2012). I studien av Grahm et al. (2012) beskrivs det att besvär från rörelseorganen samt psykisk ohälsa har varit de främst bidragande orsakerna till sjukskrivning. Olika aktörer behöver samverka för en hållbar vändande utveckling inom området och arbetsgivaren bär där ett stort ansvar (Grahm et al., 2012).

Arbetsgivarens ansvar för de anställdas arbetslivsinriktade rehabilitering och anpassning av arbete regleras i svensk lag på så vis att en organiserad arbetsanpassning- och rehabiliteringsverksamhet skall finnas att tillgå för arbetstagaren (Arbetsarkivstyrelsen,

1994). Arbetsituationen skall vidare även anpassas utifrån den enskildes förutsättningar i det aktuella arbetet (Arbetsarkyddsstyrelsen, 1994).

Den sjukskrivne ansvarar för att tillsammans med arbetsgivaren delta vid kartläggning av vilka åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering (Arbetsarkyddsstyrelsen, 1994). Detta med undantag för om skyddsombud eller representant från skyddskommittén valts ut för att representera individen, i sådant fall skall den/ de utvalda få tillräcklig information från individen för att klara av arbetet.

I Nederländerna står arbetsgivaren för en betydligt större del av kostnaderna än de svenska arbetsgivarna vid sjukfrånvaro av dess anställda. I Nederländerna har Steenstra et al. (2006) kunnat se att åtgärder riktade mot arbetsplatsen varit mer effektiva för en snabbare arbetsåtergång än den vård som bedrivs på mottagningarna inom vården för patienter med ländryggsbesvär. Då arbetsgivare har skyldigheter att delta i rehabiliteringsprocessen borde ett bättre samarbete inte vara omöjligt att få till, men i praktiken är detta långt ifrån verkligheten då rehabiliteringen sker i primärvården.

2.6 Pågående arbete inom området

Under tiden som denna uppsats skrivits har det utformats förslag om reformer för bättre stöd för återgång i arbete för de sjukskrivna i ett slutbetänkande av den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (SOU 2015: 21). Det ges bland annat förslag på hur hälso- och sjukvården skall arbeta mer effektivt för att nå framgångar i detta arbete.

I SOU (2015: 21) beskrivs förslag på hur det går att ytterligare stötta hälso- och sjukvården genom landstingsfinansierat ekonomiskt stöd från sjukskrivningsmiljarden. De mål gällande sjukfrånvaron som man riktar sig mot är nu:

- Att som första mål se till att hälso- och sjukvården är behjälpliga med att sjukfrånvarons ökningstakt skall vara lägre än föregående års ökningstakt i respektive landsting.
- Att som andra mål sänka sjukfrånvarons genomsnittliga ökningstakt från föregående år i hela riket.

För att följa upp dessa nya mål tänker man sig att Försäkringskassan skall ha en kontrollfunktion med årliga rapporter kring sjukfrånvaron i landstingen.

Utvecklingsarbetet är i nuläget tänkt att bedrivas med rehabiliteringskoordinatorer som skall samverka både externt samt internt, själva uppdraget är dock kvarstående formellt oklart. Landstingen har i nuläget inte någon samverkansskyldighet som är författningsreglerad likt för Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. I SOU (2015:21) påtalas vikten av en tidigt etablerad kontakt med den sjukskrivnes arbetsgivare. Genom att försöka fånga upp riskpatienter med behov av samordnade insatser i ett tidigt skede tror kommittén att man kan nå större framgångar med minskad sjukskrivning. De menar även att det behöver föras en bättre dialog med den sjukskrivne kring sjukskrivningens fördelar, risker och möjliga åtgärder (SOU 2015:21).

Kommittén som format förslagen för utredningen tänker sig att rehabiliteringskoordinatorerna kan hjälpa patienterna till åtgärder som riktar sig mot en ökad arbetsförmåga samt förmedla kontakter mellan rätt personer i hälso- och sjukvården för att minska vårdtider (SOU 2015:21).

Dessa nya tänkta ramar för verksamheterna kan förhoppningsvis fånga upp personer i ett tidigare skede av sjukskrivningen. Problematiken med hur åtgärder kopplade till arbetsplatsen skall utföras kvarstår dock och det finns inte att läsa hur detta skall gå till i praktiken.

Majoriteten av tidigare studier som har belyst effekten på återgång i arbete efter MMR har främst studerat rehabiliteringen på specialistnivå (Sveriges kommuner och landsting, 2015). Tidigare studier har kunnat se att den multimodala rehabiliteringen har en god effekt på en ökad arbetsförmåga (Sveriges kommuner och landsting, 2015), men det vetenskapliga underlaget och analyser för primärvårdens resultat är ännu inte studerat på samma nivå. För att inom primärvården lyckas med det uppdrag som rehabiliteringsgarantin och MMR1 innebär behöver MMR1 teamen samverka med arbetsgivare och få ett tydligare fokus på arbete i rehabiliteringen.

.

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie är att undersöka erfarenheter MMR1 teamens erfarenheter av samverkan med arbetsplatsen, vid rehabilitering av patienter med smärtproblematik.

Specifika frågeställningar:

1. Hur planerar-, genomför- och följer teammedlemmarna upp ett arbetsplatsbesök eller ett flerpartsmöte?
2. Hur upplever teammedlemmarna att samverkansarbetet med arbetsplatserna fungerar och vilka hinder och framgångsfaktorer har de stött på?

4 MATERIAL OCH METOD

4.1 Forskningsmetod

För att ta reda på studiens syfte och frågeställningar planerades en undersökande studie med explorativ design. Studien ämnar till att undersöka rehabiliteringspersonalens upplevelser och tidigare erfarenheter vilket gör en kvalitativ metod passande (Backman, 2008; Bryman, 2011). Den kvalitativa metoden ger tillgång till flera olika nyanser av upplevelser och kräver en flexibilitet och dynamik i processen (Bryman, 2011).

4.2 Urval

Urvalet till intervjuerna skedde genom ett bekvämlighetsurval (Bryman, 2011), personer som arbetar med MMR1 inom ramen för rehabiliteringsgarantin i Stockholmsområdet valdes ut. Att just Stockholmsområdet var det område som valdes berodde på möjligheter att kunna ta sig till informanternas arbetsplatser på ett tids- och kostnadseffektivt sätt för författaren. Genom att ta sig till informantens arbetsplats minskades även risk för förlorad arbetstid för informanterna vilket kunde öka chansen för deltagande.

I Stockholmsområdet fanns det 21 stycken godkända mottagningar från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen för att bedriva MMR1 arbete 2014, av dessa 21 mottagningar var nio stycken specialistkliniker/ specialistvård (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2014). Samtliga mottagningar i Stockholmsområdet exklusive specialistklinikerna kontaktades via telefon samt gavs skriftlig information via mail (se bilaga 2) för förfrågan om deltagande. Författaren kontaktade direkt de personer som arbetade i MMR1 teamen för förfrågan om deltagande. Specialistklinikerna valdes bort då författaren främst var intresserad av hur primärvården klarar av uppdraget och då specialistklinikerna i större omfattning även bedriver MMR2 arbete vilket författaren inte önskade undersöka i denna studie.

Fem stycken mottagningar godkände deltagande i studien. Fyra mottagningar valde att avböja deltagande då verksamheten inte hade ett tydligt utarbetat arbete med MMR1. Tre mottagningar svarade aldrig på förfrågan kring deltagande i studien och lyckades inte nås via telefon vid ytterligare försök om uppmuntring till deltagande. På samtliga fem mottagningar som godkände deltagande fanns mer än tio medarbetare på mottagningen totalt och MMR1 teamen bestod utav fyra personer eller fler.

Utifrån de mottagningar som godkänt deltagande valdes informanter ut till intervju utifrån om de hade kunskaper kring hur verksamheten bedrev sitt MMR1 arbete. Personerna skulle ha kunskaper kring hur de samverkar med arbetsplatser med fokus på arbetsplatsbesök eller flerpartsmöten. Totalt godkände sju personer deltagande. På två av de fem mottagningarna som godkänt deltagande intervjuades två informanter vardera.

Inklusionskriterierna för deltagande i studien var: (1) arbete med MMR1 finansierat av rehabiliteringsgarantin i primärvården, (2) kontakt med minst fem arbetsplatser under år 2014, (3) kunskap kring hur arbetsplatsbesök eller flerpartsmöten bedrivs i informantens verksamhet och (4) att informanterna kunde förstå svenska och kunna dela med sig av sina erfarenheter. Bakgrundsinformation om informanterna finns i tabell 1 (se tabell 1).

Tabell 1. Bakgrundsinformation om informanterna (n=7)

Yrkeskategori i MMR1 teamet	
Rehabkoordinator	5
Sjukgymnast	2
Utförda arbetsplatsbesök respektive flerpartsmöten i huvudsak	
Arbetsplatsbesök	2
Flerpartsmöten	5
Antal arbetade år i MMR1 team	
0-1 år	2
1-2 år	1
2-3 år	2
3 år eller mer	2

4.3 Datainsamling

Efter att författaren tagit del av tidigare studier kring området som önskats studeras arbetades en intervjuguide fram, intervjuguiden låg till grund vid intervjutillfällena (se bilaga 1). Intervjuguiden användes för att minska risken för intervjuar bias vid datainsamlingen så att intervjun behandlade de områden som var av intresse för denna studies syfte i samtliga intervjuer som genomfördes (Bryman, 2011). Intervjuguiden arbetades även fram för att lättare kunna sammanställa intervjuerna på ett reliabelt sätt, intervjuguiden underlättade transkriberingen då man i ljudupptagningarna kunde följa intervjuguidens frågor (Bryman, 2011). Intervjuguiden arbetades fram utifrån Kvale och Brinkmanns (2009) riktlinjer för semistrukturerade intervjuer. Detta innebar att författaren utgick från genomtänkta frågor som hade arbetats fram innan intervjutillfället, men att det även fanns rum för följdfrågor utifrån informantens svar och vad denne önskade belysa (Kvale & Brinkmann, 2009).

Intervjuguiden var vidare uppdelad i tre teman, dessa var; ”Kontakten med arbetsplatsen och förberedelser inför arbetsplatsbesöken/ flerpartsmötena”, ”Arbetsplatsbesöken/ flerpartsmötena” samt ”Uppföljande åtgärder och samverkan med övriga aktörer”. Att ha teman i intervjuguiden kan underlätta kategoriseringen av materialet vid analysfasen utifrån det fenomen som är av intresse enligt Bryman (2002).

En pilotintervju genomfördes för att testa intervjuguiden och för att se att den fångade upp det som den var tänkt att mäta (Patel & Davidson, 2003). Intervjuguidens validitet testades således för att se huruvida instrumentet undersökte det som var ämnat att undersökas (Kvale & Brinkmann, 2009). Pilotintervjun hölls även för att se huruvida frågorna eventuellt kunde misstolkas eller verka otydliga (Bryman, 2002). Efter pilotintervjun korrigerades några formuleringar av frågorna för att vara mer öppna för informantens egen reflektion och några justeringar gjordes i frågornas ordningsföljd. I övrigt var frågorna i stort sett detsamma som innan justeringarna.

Datainsamlingen bestod utav semistrukturerade enskilda intervjuer.

Totalt genomfördes 7 intervjuer. Samtliga intervjuer genomfördes med fysisk närvaro av informanten. Intervjuerna hölls i rum där man kunde tala ostört i enlighet med vad Bryman (2011) rekommenderar. Intervjuerna tog mellan 40-50 minuter att genomföra.

Bryman (2002) beskriver hur den kvalitativa forskningen vid intervjuer riktar sig mot att förstå ett fenomen, man vill således få fram informantens egna upplevelser av ett aktuellt ämne. Utifrån detta var det även av vikt att inte styra intervjuerna för mycket utan snarare fånga upp vad informanten önskade lyfta fram utifrån de teman som behandlades. För att försöka få ut en mättnad i intervjuens olika delar ställdes även följdfrågor vilket gav en större flexibilitet i samtalen, detta rekommenderas utifrån samhällsvetenskapliga metoder (Bryman, 2002).

Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades i nära anslutning till varje avslutad intervju. Genom att transkribera så nära som möjligt in på avslutad intervju menar Kvale och Brinkmann (2009) att man behåller minnet färskt och på så vis med fördel även får lättare att analysera materialet. I samband med transkriberingen av materialet avidentifierades intervjuerna så att de inte kunde härledas till specifik person, detta utfördes för att skydda anonymiteten för informanterna i enlighet med Vetenskapsrådets etiska riktlinjer (2011).

4.4 Dataanalys

Materialet som inkom vid intervjuerna analyserades efter transkriberingen med innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). En förutsättningslös analys påbörjades för att upptäcka, granska och tolka materialet från informanterna, en så kallad induktiv ansats.

För att få en helhetsförståelse för materialet började författaren med att läsa igenom samtlig transkriberad text ett flertal gånger. Redan i detta stadie bildades en känsla för materialets innehåll, analysfasen påbörjades således enligt Graneheim och Lundman (2004).

Efter den första genomläsningsfasen påbörjades steget i analysen för att finna meningsbärande enheter enligt Graneheim och Lundman (2004). Uttryck eller ord som hänger samman genom att de relaterar till samma kontext eller innehåll bildade de meningsbärande enheterna (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuguiden låg till grund för detta steg i analysfasen och det transkriberade materialet gick igenom fråga för fråga. För att underlätta processen skrev författaren ut det transkriberade materialet till papperskopior och strök under meningar med olika färgpennor. Processen för detta pågick i omgångar där författaren arbetade fram och tillbaka med materialet för att de meningsbärande enheterna inte skulle vara så stora att de innehöll mer än en företeelse men heller inte för små så att de fragmenterades (Graneheim & Lundman, 2004). Text som var relevant för studiens syfte men som svarade på annat än de specifika frågeställningarna för studien markerades även ut för att se huruvida detta eventuellt kunde bearbetas och analyseras in.

Samtliga meningsbärande enheter kondenserades sedan för att korta ner den mängd text de bestod utav, författaren kortade ner meningarna men bibehöll budskapet i innehållet (Graneheim & Lundman, 2004). De färdiga kondenserade meningsenheterna fick därefter en kortare kod inskriven i marginalen av de kondenserade meningsbärande enheterna, en abstrahering av meningarna för att underlätta den fortsatta bearbetningen av materialet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det lättare att få nya infallsvinklar då man arbetar med koder och kan gå fram och tillbaka med materialet för att se huruvida de passar i på olika ställen.

De kondenserade meningsbärande enheterna med koder klipptes ut till pappersremsor och började sedan att fördelas upp i olika högar. Skapandet av underkategorier påbörjades. Bildandet av underkategorier och kategorier är det som utgör kärnprocessen i kvalitativ

innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Skapandet av underkategorier och kategorier utgör den manifesta delen av innehållsanalysen. Med manifest menas det som direkt uttrycks i det transkriberade materialet, de synliga och uppenbara komponenterna som framkommer via analysen (Graneheim & Lundman, 2004).

Koderna fördelades upp i olika högar utifrån vad materialet beskrev. Sedan lästes koderna igenom på nytt för att se huruvida dessa kunde hänga samman med varandra, kluster av koder som beskrev liknande företeelser började att bildas (Graneheim & Lundman, 2004). Koderna gick noga igenom för att säkerställa att de inte kunde hamna i mer än en underkategori. Då författaren ville undvika fragmentering av materialet enligt Graneheim och Lundman (2004) arbetades koderna till en början upp till stora underkategorier. En av underkategorierna upptäcktes vara för stor vilket upptäcktes vid genomläsningen då mer än en företeelse stod för innehållet, materialet arbetades således vidare och kunde på nytt delas upp. Att arbeta fram underkategorier före kategorierna är enligt Graneheim och Lundman (2004) en hjälp för att materialet ej skall få ett hierarkiskt förhållande i analysen. Att de mest övergripande manifesta kategorierna inte bildas av materialet i förväg utan att det får sin form utefter processens gång.

Underkategorier som ansågs höra samman bildade i slutfasen av analysen kategorierna. Det manifesta kategorierna skall representera de meningsbärande enheter, koder och underkategorier som analyserats fram och namngavs på ett representativt sätt för materialet (Graneheim & Lundman, 2004). Slutligen gick författaren igenom samtliga kategorier och dess innehåll på nytt för att säkerställa att materialet inte kunde hamna in någon annan kategori än var det var placerat under.

Citaten i resultatet är hämtade direkt från det transkriberade materialet men har till viss del korrigerats grammatiskt för att förenkla läsningen av materialet.

Citat som är brutna i texten och därefter upptagna efter text som ej är relevant för att förstå meningens helhet är markerade med //...//
Även detta korrigerades för att underlätta läsningen.

I bilaga 3 redovisas exempel på hur delar av insamlad data formades från meningsbärande enheter till kategorier i arbetet.

5 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Studien har haft Vetenskapsrådets (2011) etiska riktlinjer till grund. Samtliga informanter i studien informerades i förväg om studiens syfte. Deltagandet var helt frivilligt och kunde när som helst avbrytas om så önskades. Informanterna informerades även om att intervjuerna ej skulle gå att härledas till specifik person i arbetet. Informanterna informerades om studien innan intervjutillfället med ett missivbrev (se bilaga 2) och vid själva intervjutillfället på nytt via både muntlig och skriftlig information, genomgång av missivbrevet, med åtföljande skriftligt samtycke till deltagandet.

Vetenskapsrådets (2011) riktlinjer ligger till grund för dagens samhällsvetenskapliga forskning. Dessa riktlinjer presenteras nedan för ett ytterligare förtydligande av de etiska aspekter som denna studie haft till grund för deltagandet som informant

Informationskravet- att informanten skulle vara fullt införstådd med studiens syfte och teknik för datainsamlingen. Att informanten skulle veta vem författaren är, vart denne kommer ifrån samt hur de kunde kontakta författaren.

Samtyckeskravet- att informanten kände att denne kunde ge sitt medgivande till studien. Om denne fann något opassande kunde andra alternativ diskuteras fram. Att deltagandet var helt frivilligt och när som helst kunde avbrytas utan att behöva uppge orsak för detta.

Konfidentialitetskravet- att informanten var väl införstådd med att ingen annan än författaren kunde förstå att det var just denne som var deltagare i studien.

Nyttjandekravet- att informanten var fullt informerad om studiens syfte och vad den var tänkt att användas till.

Den första pilotintervjun utfördes på en informant som arbetade inom samma verksamhet som författaren. Detta kan göra att det insamlade materialet kan bli färgat och svaren påverkas av personliga relationer. Dock var detta en pilotintervju som visade sig ge information som författaren bedömer inte är färgade av den personliga relationen varpå detta material valdes att användas i studien. Då författare även arbetar med MMR1 arbete i Stockholmsområdet var det av vikt att ha frågorna i intervjuguiden öppna så att informanten inte blev ledd mot ett önskat svar. Den kunskapen som författaren bär kring MMR1 arbetet underlättade dock arbetet med att framställa en intervjuguide med relevanta frågor utifrån studiens syfte.

6 RESULTAT

Resultatet baseras på de sju intervjuer som transkriberats till text. Denna text formade i analysen fyra manifesta kategorier; ”Ingen given praktik för MMR1 arbetet”, ”Hindrande faktorer vid samverkan”, ”Framgångsfaktorer vid samverkan” och ”Önskade förändringar, idéer om framtiden”. Samtliga fyra kategorier har ett flertal underkategorier, dessa redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Resultatets underkategorier och kategorier

Underkategorier	Kategorier
Kontakten inför arbetsplatsbesöken/ flerpartsmötena	Ingen given praktik för MMR1 arbetet
Upplägget på själva besöket med arbetsgivaren närvarande	
Uppföljning och fortsatt kontakt med arbetsgivare och företagshälsan	
Brist på rutiner	Hindrande faktorer vid samverkan
Patientens oro	
Tidsbrist och ersättningar	
Tidig kontakt med mandatperson på arbetsplatsen och öppet klimat	Framgångsfaktorer vid samverkan
Patientens ansvar	
Tydlig plan där arbetsgivaren är med	
Tydligare fokus på arbetet	Önskade förändringar, idéer om framtiden
Tydligare rutiner	
Enkla metoder och verktyg att använda	

Kategorierna och underkategorierna kommer nedan att först beskrivas i text, därefter följer citat.

6.1 Ingen given praktik för MMR1 arbetet

Ur intervjuerna framkom att de olika mottagningarna arbetade på olika vis med MMR1 arbetet. Endast två av sju informanter uppgav att de utförde arbetsplatsbesök medan övriga informanter endast använde sig av flerpartsmöten med arbetsgivarna närvarande då man samverkade med arbetsplatsen.

6.1.1 Kontakten inför arbetsplatsbesöken/ flerpartsmöten

Samtliga informanter uppgav att man önskade komma i kontakt med arbetsgivaren då man bedömt besvären som arbetsrelaterade och behövde utökad information kring den verksamhet som patienten arbetade i. Först gav patienten sitt samtycke och därefter kontaktade man chefen för att informera om vilken rehabilitering som dess anställda gick igenom i primärvårdens regi. Flertalet informanter belyste att man tyckte det var av vikt att ha med arbetsgivaren så tidigt som möjligt i processen.

”Kontakten med arbetsplatsen blir aktuell då det är ganska tydligt att det är ett arbetsproblem så att säga...”

”Och att jag brukar ha den kontakten med arbetsgivaren för att vi ser att det är positivt att ha med arbetsgivaren på tåget så att säga...”

Samtliga informanter föredrog att kontakta arbetsgivarna via telefon efter att patienten gett telefonnummer, detta var inte något större besvär då de väl lyckats få telefonnumret. De flesta av informanterna uppgav att de önskade kontakt med patientens närmsta chef då de cheferna oftast arbetar närmre patienten i verksamheten och hade mer utförlig information kring verksamheten och hur den anställde har fungerat i praktiken. En av informanterna föredrog dock att alltid vända sig direkt till högsta chefen i verksamheten för att samverka med den person som har mest mandat. Informanten som föredrog att samtala med högsta chefen uppgav vidare att om det fanns en chef som arbetade närmre patienten, så kunde det hända att även den personen närvarade vid samverkansmöten kring rehabiliteringen.

”Ja det är alltid chefen. Det kan bli så att närmsta chefen följer med men jag har lärt mig att man alltid skall gå till den högsta chefen. För ska det hända något så är det dem som har beslutsrätt.”

”Närmsta chef. Vi har ju inte flerpartsmöten på mottagningen utan går ut till arbetsplatserna... och då brukar det falla sig ganska så naturligt att vi pratar med närmsta chefen när vi är där.”

6.1.2 Upplägget på själva besöket med arbetsgivaren närvarande

Då det varierade kring om mottagningarna utförde flerpartsmöten eller arbetsplatsbesök såg uppläggen lite olika ut. Det var endast två informanter som i huvudsak arbetade med arbetsplatsbesök. Två andra informanter uppgav att de vid enstaka tillfällen hade utfört arbetsplatsbesök men att det var ytterst ovanligt.

Arbetsplatsbesöken utfördes alltid av minst två yrkeskategorier i teamet, vanligtvis innebar detta att arbetsterapeuten och sjukgymnasten åkte ut till arbetsplatsen. Man mötte upp patienten och chefen på arbetsplatsen och gick igenom hur man tänkt sig utföra besöket. Informanterna uppgav att besökens utformning kunde se olika ut beroende på hur patientens arbetsplats såg ut men även beroende på patientens relation till chefen. Om chefen visade ett stort engagemang var denne vanligen närvarande genom hela besöket, annars träffades man efter genomgången av arbetsplatsen och diskuterade kring exempelvis organisatoriska delar och vad man sett under besöket. På arbetsplatsbesöken fick patienten förklara och visa hur en arbetsdag kunde se ut, fokus lades vanligtvis på de fysiska arbetsmoment som gav mest besvär. På arbetsplatsbesöken ville man även observera arbetsteknik, tillgång till arbetsredskap samt hur dagarna såg ut organisatoriskt med fokus på återhämtning och arbetsbelastning.

”Ja då tittar vi på allt och tänker högt och lågt... och det bygger ju väldigt mycket på vad patienten också faktiskt berättar att dom gör och hur deras arbetsdag är. Man måste ju få veta hela dagen trots att vi bara är där i en timme.”

”... hon eller han brukar visa runt på arbetsplatsen, berättar och visar hur olika arbetsuppgifter går till. Och sen brukar vi sätta oss ner och prata igenom det hela...//... och

sen som sagt tidigare mot slutet så brukar vi prata med chefen. Vi går helt enkelt igenom vad vi sett och så...//”

”Ja vi vill ju främst se de arbetsmoment som patienten tycker är jobbigast. Och om möjligt att de visas och patienten går igenom hur denne brukar gå tillväga konkret.”

Vid flerpartsmötena med arbetsgivaren närvarande diskuterade man kring patientens arbetssituation. Både fysiska och organisatoriska förutsättningar på arbetsplatsen diskuterades utifrån patientens svårigheter. MMR1 teamet berättade kring patientens pågående rehabilitering och vilka hinder som kvarstod men även vilka framgångar som patienten lyckats nå. En planering för arbetsåtergång eller ökad sysselsättning utformades och åtgärdsförslag för att underlätta detta diskuterades med arbetsgivaren. Två av informanterna uppgav att samtliga som deltog på flerpartsmötet signerade ett skriftligt dokument kring vidare planering vid mötets avslut.

”...har vi träffats i ett mötesrum och haft möte i en timme och gått igenom situationen.”

”...då brukar vi diskutera hur det går och om det är något som patienten vill ta upp. Sen brukar alla yrkeskategorier som är med berätta kring vad de gjort, hur långt man har kommit och den vidare planering som finns...//... och sen gör man ju en konklusion.”

6.1.3 Uppföljning och fortsatt kontakt med arbetsgivare eller företagshälsan

Det visade sig att MMR1 teamen inte hade arbetat med uppföljningar efter avslutad MMR1 period med arbetsgivarna. Uppföljningar med arbetsgivare skedde endast under själva rehabiliteringens gång. Vid uppföljningar frågade MMR1 teamen kring exempelvis åtgärdsförslag som tidigare rekommenderats. Åtgärdsförslagen kunde handla om inköp av fysiska hjälpmedel, fördelning av arbetsuppgifter eller fördelning av arbetstider vid arbetsåtergången eller ökning av sysselsättningsgraden för den sjukskrivne. Intervjuaren ställde även frågor om eventuella uppföljningar efter MMR1 avslut med företagshälsovården, om sådan fanns tillgänglig, vilket heller inte hade varit aktuellt. Samtliga informanter uppgav att de brukade ge sitt telefonnummer till arbetsgivarna under behandlingsperioden med uppmaning om kontakt vid behov, dock hade ingen tagit initiativ efter avslutad MMR1 kring uppföljning med personer på arbetsplatsen.

”Ja du, har vi gjort det? Vi har inte någon form av rutin för det i alla fall. I alla fall inte som jag har upplevt det men jag har haft kontakt med arbetsgivare parallellt i vårt arbete...//... men nu var ju frågan om vi har kontaktat arbetsgivare i efterhand och NEJ det är nog inte från vår sida i alla fall som det har skett.”

Det visade sig även att de flesta informanter var skeptiska till företagshälsovården och att MMR teamen sällan hade någon form av överrapportering eller samverkan med företagshälsovården. Informanterna såg inte att företagshälsovården var en aktör man kunde samarbeta med under rehabiliteringen då de bland annat hade uppfattningen om att företagshälsovården inte hade tid för sådant arbete.

”Ja, jo det kan bero på att man har för lite kontakt med företagshälsovården. Men jag vet inte. Jag tror att vi har helt olika spår och banor ibland, även fast vi egentligen inte skulle behöva ha det.”

”Det jag känner är väl att de inte verkar ha så mycket tid. De går in och gör vissa saker men jag är tveksam om de har tid att följa upp det. Jag vet ju att vi har varit på ett par ställen där de till och med exempelvis har lämnat ut en stol men de har knappt visat hur stolen fungerar. En anpassningsbar arbetsstol då. Dom har liksom bara ställt dit den och ställt in den vilket då har gjort att patienten inte har vågat röra några som helst inställningar på stolen. Så min uppfattning är väl att de kan göra åtgärder men att det är ganska så korta åtgärder, så tycker jag nog om företagshälsovården.”

6.2 Hindrande faktorer vid samverkan

Ett flertal hinder framkom gällande samverkan med arbetsplatserna i MMR1 arbetet. Trots att upplägget inte var detsamma hos de olika mottagningarna hade informanterna upplevt liknande problem när de försökte samverka med arbetsplatserna i MMR1 arbetet.

6.2.1 Brist på rutiner

Informanterna uppgav vid förfrågan om rutiner för MMR1 att de saknade manualer och checklistor att använda vid samtal med arbetsgivare och arbetsplatsbesök för att få en tydligare struktur på besöken och samtalen. En del informanter trodde sig veta om vart stödmaterial kunde hämtas men ansåg att dessa var för komplicerade för att användas i praktiken. Tre av informanterna uppgav att de visste att man kunde gå in på Arbetsmiljöverkets hemsida där man kunde ladda ner checklistor och liknande att använda vid besöken, dock var man skeptiskt till att använda dem då de tog för lång tid att gå igenom i förhållande till den tid man hade avsatt för arbetsplatsbesök eller flerpartsmöten. De checklistor som informanterna hittat beskrevs även vara för övergripande att använda och valdes således bort. Övriga informanter hade inte hört talas om att stödmaterial finns tillgängligt för att underlätta och strukturera upp besöken bättre.

”Ja, dels så är jag verkligen jätte intresserad om det finns verktyg och sätt där man kan följa något papper så att man får med sig arbetsgivaren bättre...”

”Jag saknar ändå lite grann den här strukturen måste jag säga. Vi skulle behöva enklare manualer, för vi är ju oftast på arbetsplatsbesök i en timme. Och då ska man hinna gå igenom vissa saker...//... det skulle även underlätta sen när vi skriver i journalen kring arbetsplatsbesöket...//... då skulle vi faktiskt få lite bättre struktur på de här arbetsplatsbesöken och det skulle kännas lite proffsigare.”

6.2.2 Patientens oro

Informanterna beskrev hur ett flertal patienter upplevt en oro över att dra in arbetsgivarna i rehabiliteringen. De beskrev att patienterna ansåg att problemet förstörades upp om arbetsgivarna involverades varpå det förekom att patienterna inte ville att arbetsgivarna skulle kontaktas som en del av deras MMR1. Informanterna beskrev vidare att en del patienter kände sig utsatta och obekväma vid en situation där vårdgivare mötte arbetsgivaren för att samtala kring deras situation varpå motstånd från patienterna ibland gjorde att arbetsgivare inte blivit involverade i MMR1 arbetet. Patienternas oro kunde även bero på konflikter mellan arbetsgivaren och patienten. En längre sjukskrivning beskrevs medföra en stress för vissa

patienter kring att möta arbetslivet på nytt om de varit ifrån arbetsmarknaden en längre period. Patientens oro kunde även bero på att de kände sig pressade till att börja arbeta mer i takt med att deras tillstånd förbättrades via rehabiliteringen. Informanterna beskrev hur patienterna kunde känna sig osäkra på om arbetsgivarna förstod att rehabiliteringen var en process där de efter rehabiliteringens avslut inte kunde komma tillbaka till arbetet och fungera likt innan sjukskrivningen på en gång.

”... ja man måste väl aktualisera mer i teamet det här med arbetsgivaren men det är liksom en känslig punkt ibland. Det här med att patienten vill liksom inte alltid att det ska synas vad mycket som finns bakom och så.”

”Oron kan vara en anledning till att vi kanske inte kommer in...//... en av anledningarna till att det sker så sällan kan väl just vara att vi är vården och det känns väldigt stort både för patient och arbetsgivare att dra in vården.”

Även rehabiliteringens intensitet beskrevs som en oro för patienterna som ibland kunde ha varit heltidssjukskrivna en längre period och sedan skulle påbörja en intensiv rehabiliteringsperiod eller få rehabiliteringen att fungera med ett samtida arbete där de inte var heltidssjukskrivna. Informanterna beskrev att de förstod patienternas oro över rehabiliteringens intensitet då kraven på MMR1 innebär många besök inom en viss tidsperiod.

”Dom har mellan 5-7 introducerande möten för att få delta i rehabiliteringen. Dom ska ha träffat alla i teamet liksom...//... sen ska du ha en effektiv behandling med sjukgymnastik minst två gånger i veckan. Då är vi uppe i ca 8 besök på en vecka. Och sen ska du ha uppföljande besök med läkare och kurator. På två till tre veckor om vi bokar enligt vad som sägs ge effekt skall du ha 10-15 besök. Det är ganska tufft! Och att då dessutom dra in arbetsgivaren. Det kan ibland bli för tungt för patienten, det blir att vända upp och ner på hela världen... så jag tycker att det är jätte svårt, och det säger vi varenda gång vi skriver in patienten i MMR1, det är egentligen för många besök! Men det är ju vad som krävs av oss egentligen. Det blir mycket när man räknar antalet besök.”

6.2.3 Tidsbrist och ersättningar

Ingen av informanterna arbetade heltid med MMR1 arbetet, MMR1 patienterna utgjorde en varierande stor del av det dagliga arbetet i verksamheterna. Tiden för MMR1 arbetet kunde även variera från vecka till vecka beroende på hur många patienter som var inskrivna för MMR1. Det flesta av respondenterna hade inte någon schemalagd tid avsatt för administration och kontakter med arbetsgivare, detta skedde då tid fanns under dagarna mellan övrig aktivitet i verksamheterna.

”Jag sätter av tänkt tid ibland men det kommer tusen saker emellan. Så det där är ju också sådant jag känner, nu när det är tänkt att vi ska ha fler patienter så måste vi få mera ordning. Det måste ju vara så att jag har en viss tid varje vecka, någon dag i veckan. För det kan bli ett litet stressmoment det här naturligtvis då jag har all annan verksamhet också.”

”Lite knappt just nu kanske, men det beror på att det är tungt...det är mycket! Vi har väldigt mycket, och just nu är det inte avsatt någon tid förutom att man gör det på befintlig tid på något vis. Men det... förhoppningen är att det skall finnas lite mera tid för det är ju jobbigt att bara kunna ringa någon gång ”nu har jag tre minuter så jag provar att ringa” för får man svar

då kan ju samtalet med en arbetsledare ibland ta längre tid än vad man tror. Och då är det jobbigt att man har en patient som står och väntar. Så det skulle vara bättre att veta att man hade tid ”nu har jag en timme på mig här”. Det vore jätte skönt, faktiskt!”

Vidare beskrevs även att ersättningarna för arbetsplatsbesöken inte var tillräckligt lönsamma, vilket var en stor anledning till att flertalet informanter inte åkte ut till arbetsplatserna. Informanterna uppgav att de inte fick ersättningar för den tid det kunde ta att förflytta sig till någons arbetsplats varpå de istället använt sig av flerpartsmöten. Informanterna arbetade i pressade verksamheter, med ett stort flöde av patienter där MMR1 endast var en del av arbetsuppgifterna. Därför uppgav informanterna att de behövde arbeta så effektivt som möjligt i verksamheterna varpå resetid till någons arbetsplats inte prioriterades.

”...det är väl det som hindrar också. Avtalen och ersättningarna. I dom bästa av världar så skulle man ju vilja göra ett arbetsplatsbesök till alla och få ordentligt med ersättning för det...//... då skulle man ju även kunna anpassa träningen lite mer utefter arbetsplatsens förutsättningar.”

6.3 Framgångsfaktorer vid samverkan

Framgångsfaktorer och förändringar som underlättat samverkansarbetet med arbetsplatsen visade sig ha utvunnits till stor del av tidigare erfarenheter som man sedan lärt sig utav. De framgångsfaktorer i arbetet som identifierats var till stor grad liknande mellan informanterna. Informanterna lyfte främst framgångsfaktorer som underlättade deras arbete med MMR1 och fick det att flyta på bättre i vardagarna. Framgångsfaktorer som fick verksamheten att flyta på bättre för informanterna underlättade samverkan med arbetsplatsen då det således inte blev lika tidskrävande när man behövde diskutera kring exempelvis planering eller åtgärdsförslag.

6.3.1 Tidig kontakt med mandatperson på arbetsplatsen och öppet klimat

Det visade sig att det var en framgångsfaktor att få en tidig kontakt med arbetsgivaren under rehabiliteringsperioden. Informanterna lyfte vikten av att bemöta arbetsgivarna med respekt för deras verksamhet i ett tidigt skede samt att kontakta personer som hade mandat till att kunna utföra förändringar på arbetsplatsen. En tidig kontakt med arbetsgivaren fick arbetsgivaren att vara mer positiva i ett senare skede då man exempelvis hade kontakter kring åtgärdsförslag för att öka sysselsättningsgraden för patienten. Informanterna beskrev hur de stött på motstånd då det involverat arbetsgivaren i ett sent skede med åtgärdsförslag kring något som arbetsgivarna inte förstått vara ett problem i deras verksamhet.

”Det kan ju vara lite känsligt till en början om arbetsgivaren tror att man kommer och berättar för dem hur de skall tänka kring sin arbetsplats. Men om man är tydlig från början med rehabiliteringens syfte och upplägg så är det oftast inga konstigheter om man i ett senare skede ger förslag på åtgärder som kan underlätta för deras medarbetare. De flesta blir väldigt positivt överraskade då man tidigt ringer upp dem och berättar kring rehabiliteringens upplägg.”

6.3.2 Patientens ansvar

Informanterna betonade vikten av patientens eget ansvar vid den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för att uppnå ett lyckat resultat. De menade på att patientens eget ansvar underlättade möjligheten till att samverka med arbetsplatsen vilket i sin tur gav ett bättre resultat. Informanterna uppgav att patienternas aktiva deltagande på möten och arbetsplatsbesök fick patienten att reflektera kring sina egna mål, eventuella förändringar som skulle behöva komma till stånd och hur arbetsgivaren eventuellt kunde stötta dem i detta arbete. Informanterna lyfte även att patienternas eget ansvar för sin rehabilitering troddes styrka den process som kvarstod efter avslutad MMR1.

”Att dom får börja fundera kring saker själva... att dom verkligen tänker till. Vad är viktigt för dem, vad vill de ha sagt till sin arbetsgivare och vad kan de själva tänka ut för anpassningar. För de är ju de som bäst känner till sin arbetsplats och kanske själva kan tänka ut vilken typ av arbetsuppgifter de skulle kunna utföra och så.”

”...och också att det är viktigt att de tar ett eget ansvar. Funderar på deras mål och hur de kan nå dit. Och att det är viktigt att vara delaktig på mötena så att de inte är så att vi bara sitter och pratar, utan patienten ska ju vara delaktig!”

”...MMR1 är ju en ganska kort process... men förhoppningsvis en start på det hela. Att det inte stannar upp efter avslut vet man ju inte, men då är det ju mycket patientens eget ansvar... dom är ju inte omyndiga på något vis utav vi är ju bara där för att hjälpa dom och lotsa dom. Men dom måste ju själva ta tag i det.”

6.3.3 Tydlig plan där arbetsgivaren är med

Att samverka med arbetsplatsen gav rehabiliteringen en tydligare färdriktning både för patienten men även övriga delaktiga som exempelvis MMR1 teamet, arbetsgivaren samt eventuella andra aktörer. Genom att tillsammans utforma en rehabiliteringsplan menade informanterna att samtliga parter blev delaktiga i större grad och kunde sträva mot ett gemensamt mål där patienten kunde få en stöttning i sin rehabilitering från olika håll. Informanterna beskrev även hur en gemensam plan tydliggjorde för arbetsgivarna vilka svårigheter som deras anställda hade samt den process som rehabiliteringen innebar för patienten. De uppgav att arbetsgivarna många gånger inte förstod att patienterna gått runt med en problematik. Många patienter uppgavs ha en förmåga att lägga alla sina krafter på att få arbetet att fungera vilket gått ut över livets övriga aktiviteter.

”...ja det blir ju som att man åker ett gemensamt tåg, och arbetsgivaren måste ju vara med när vi lägger upp en plan. Och jag tycker också att en stor fördel är ju att arbetsgivaren får en större förståelse för patienten. De ser ju personen på ett annat sätt, för hos dem så är ju de inte en patient. Här kommer det ju upp svårigheter som kanske inte har kommit upp på arbetet, som man inte pratar om. Och att det är ju en process med träning, smärtskola, samtal med kurator och så.”

6.4 Önskade förändringar, idéer om framtiden

Informanterna delade med sig av ett flertal egna tankar och idéer kring hur samverkan med arbetsplatser skulle kunna utvecklas till det bättre både för den som får rehabiliteringen samt för de som arbetar i MMR1 teamen.

6.4.1 Tydligare fokus på arbetet

Samtliga informanter uppgav att de önskade utföra fler arbetsplatsbesök och ha en närmre kontakt med arbetsgivaren för att få till ett tydligare fokus på arbete i rehabiliteringen. Informanterna uppgav att de var medvetna om att det som patienterna beskrev kring arbetet inte nödvändigtvis stämde med verkligheten till fullo, då det delvis kan vara svårt att återberätta i sin helhet, varpå arbetsplatsbesök var att föredra. Två av informanterna använde sig av skriftliga informationsblanketter som patienterna fick ge till sin arbetsgivare direkt efter inskrivning i MMR1, detta underlättade den första kontakt som MMR1 teamet tog med arbetsgivaren då arbetsgivaren i förväg hunnit läsa lite kring rehabiliteringen och dess syfte. De informanter som inte använde sig utav skriftligt informationsmaterial påtalade att detta skulle vara bra att ta fram. Informanterna beskrev att de patienter som fått tillgång till ett väl fungerande samarbete mellan vården och arbetsgivaren fått ett tydligare fokus i sin rehabilitering och kunnat ta till sig arbetsinriktade åtgärder på ett enklare sätt. Genom ett tydligare fokus på arbete i rehabiliteringen trodde även informanterna att det kunde bli lättare att få med sig arbetsgivarna i den planering som utformades så att även de kände ett större driv att genomföra de förändringar som man diskuterat fram på arbetsplatsbesöken eller flerpartsmöten. Genom ett tydligare fokus på arbete trodde informanterna att arbetsgivarna lättare skulle kunna se de fördelar med rehabiliteringen som eftersträvas utifrån deras synvinkel, en friskare medarbetare med ökad arbetsförmåga.

”Och sen att få till mer arbetsplatsbesök, det tror jag är viktigt!”

”Jo det är väll kanske att man har någon typ av informationsblankett som patienten kan ta med sig till arbetsgivaren direkt när den startar sin rehab. Att man kanske får en dialog och bjuder in arbetsgivaren ännu tydligare då, att vara med i processen.”

”... ibland när det har varit svårt att få till de här mötena har man funderat... de kan ha suttit i ett möte och så har arbetsgivaren sagt ”det här och det här ska vi titta på”... och då har patienten fyllts med hopp och sen när man suttit där igen på möte två till tre månader senare så får man samma besked igen. Och ingenting har hänt. Dom säger ”ja just det skulle vi ju göra, men...”

6.4.2 Tydligare rutiner

För att underlätta arbetet med MMR1 och kontakten med arbetsgivaren trodde ett flertal informanter att tydligare rutiner skulle underlätta. Man lyfte fram vikten av rutiner i arbetet där det exempelvis skulle kunna vara obligatoriskt vid MMR1 att ta en tidig arbetsgivarkontakt och planera uppföljningar både under och efter rehabiliteringens avslut. Även rutiner när MMR1 arbetet skall utföras i förhållande till övrig verksamhet var önskvärt då det i nuläget skedde då luckor i schemat fanns.

”Man skulle ju kunna ha mer kontakt med arbetsplatsen, börja redan vid början av rehabiliteringen och bygga upp någon form utav kontakt. Det ideala hade ju varit att göra ett arbetsplatsbesök ännu tidigare under perioden, kanske redan efter två veckor eller så. Och sen att man följer upp med ett nytt mot slutet av behandlingsperioden. Då skulle man ju verkligen få rehabiliteringen med arbetslivsinriktad.”

”Vi har haft några uppföljningar efter sex månader eller något sådant, där kanske man skulle ha det för alla egentligen. För att se ”hände det något, behöver man gå på igen, nä det hände ingenting.”

6.4.3 Enkla metoder och verktyg att använda

Det fanns en stor spridning i informanternas kunskaper kring användning av metoder och verktyg. De flesta informanter kunde inte uppge någon form av verktyg att ta till vid arbetsplatsbesök eller vid möten med arbetsgivare, de gick helt enkelt på egna tidigare kunskaper och erfarenheter. Informanternas önskemål var att det fanns lättare checklistor, verktyg eller manualer då de såg stora fördelar med detta både för besökens struktur och kvalitet. Informanterna lyfte även fördelar med enklare metoder och verktyg för att underlätta de efterarbete med journalplikt som man har som vårdgivare.

”Jag tror att det skulle vara en hjälp med lite verktyg. Fundera lite mer på hur vi kan använda arbetsgivaren och hur vi kan få till ett så bra samarbete som möjligt. Hur man lägger upp det liksom...”

”Det här med att man inför möten att vi ska vara mer förberedda och så. Det har varit lite på en höft och erfarenheter nu.”

7 DISKUSSION

7.1 Resultatdiskussion

Studiens resultat visar på olikheter kring samverkansarbetet med arbetsplatserna i den multimodala rehabiliteringen utifrån hur de olika informanterna valt att arbeta med uppdraget i deras verksamhet. Endast två av de sju informanterna arbetade med arbetsplatsbesök medan övriga arbetade med flerpartsmöten där man inte fick möjlighet att observera patientens arbetsplats och arbetsuppgifter i dess reella praktik. Gemensamt för informanternas tillvägagångssätt var att man önskade diskutera eller observera fysiskt ansträngande moment, se över arbetsplatsens organisation samt lägga upp en planering för hur arbetsförmågan kunde förbättras i förhållande till arbetsplatsens krav. Uppföljningar riktade mot arbetsplatsen skedde endast under rehabiliteringens gång men inte då patienten avslutat sin MMR1.

Informanterna upplevde att samverkansarbetet fungerade som bäst då patienten fick ta ett eget ansvar för sin rehabilitering. Då MMR1 teamet tidigt under rehabiliteringen etablerade en arbetsgivarkontakt samt då man gemensamt med arbetsplatsen och patienten utformade en rehabiliteringsplan.

Hindrande faktorer för samverkansarbetet med arbetsplatsen visade sig bero på en brist på rutiner vid MMR1 arbetet där man saknade tydliga ramar för hur arbetet enklast kunde bedrivas med verktyg och manualer som underlättade en samverkan med arbetsplatsen. Tidsbrist och ersättningsnivåer som inte alltid täckte behovet av rehabiliteringens omfattning gjorde att en del informanter inte utförde arbetsplatsbesök som del av MMR1. Patientens oro över att ha med arbetsgivarna i processen för rehabiliteringen samt rehabiliteringens intensitet var även hinder som identifierades.

Informanterna önskade en framtida utveckling av MMR1 med ett tydligare fokus på arbete, tydligare rutiner samt enklare metoder och verktyg att använda sig av.

Informanterna i studien beskrev hur de arbetade i sina verksamheter med MMR1 arbetet och utifrån detta kunde man se skillnader på hur uppdraget har tolkats och valts att praktiseras. Variationen i hur olika verksamheter bedriver MMR1 arbete framkommer även i en utvärdering av rehabiliteringsgarantin (Hellman et al., 2014a). Variation i omfattning, längd och innehåll är något man fann i studien av Hellman et al. (2014a).

Kontakten inför arbetsplatsbesöken/ flerpartsmötena.

Att man önskade komma i kontakt med arbetsgivaren då man bedömt problematiken som arbetsrelaterad kan anses vara rimligt med tanke på att MMR1 arbetet skall sträva mot en ökad arbetsförmåga och förebygga framtida sjukskrivningar för patienterna enligt Rehabiliteringsgarantin (Sveriges kommuner och landsting, 2015). Då MMR1 syftar till en ökad eller bibehållen arbetsförmåga så borde en arbetsgivarkontakt vara självklar för de patienter som genomgår MMR1 men så var inte fallet. Tidigare forskning har visat att det fortfarande finns patienter som får ta del av MMR1 med huvudsyfte att bibehålla eller förbättra sin hälsa och som sekundär vinst få en ökad arbetsförmåga (Schultz, Stowell, Feuerstein & Gatchel, 2007). Toomingas, Mathiassen och Wigaeus Tornqvist (2008) påtalar att en grundprincip för en ökad arbetsförmåga är att anpassa arbetets krav i förhållande till individens förmåga och kapacitet, vilket gör det av största vikt att få en kontakt med arbetsplatsen för att kunna utreda vilka krav och förutsättningar som finns på arbetsplatsen.

Upplägget på själva besöket med arbetsgivaren närvarande

Vetenskaplig evidens finns för att arbetsplatsanpassningar och åtgärder riktade mot arbetsplatsen är att fördra (Steenstra et al., 2006; Hellman et al., 2014b) trots detta var det endast två av de sju informanterna i studien som faktiskt uppgav att man utförde besök på själva arbetsplatsen.

Informanterna uppgav att man diskuterade eller observerade både fysiska- och organisatoriska förutsättningar på arbetsplatsen vid arbetsplatsbesöken eller flerpartsmötena. För att förhindra långvarig funktionsnedsättning har Nastasia, Coutu och Tcaciuc (2014) funnit att ergonomiska arbetsplatsinsatser är effektivt och att det är av största vikt att bevaka arbetsplatsens förutsättningar vid en arbetsåtergång både gällande organisatoriska samt fysiska förutsättningar. För att få information kring arbetsplatsens organisation och möjligheter till eventuella förändringar är det av största vikt att arbetsgivaren närvarar vid arbetsplatsbesök eller flerpartsmöten. Ergonomiska utredningar och åtgärder kopplade till arbetsplatsen bör lämpligen utföras i patientens reella miljö där denne skall verka vid en arbetsåtergång (Nastasia, Coutu & Tcaciuc, 2014). Ett besök på arbetsplatsen ger möjlighet till att observera hur ett arbete utförs och kan således ge en större förståelse för de utmaningar som en arbetsåtergång kan innebära. Arbetsuppgifter påverkas även av exempelvis den omgivande miljön, företagskultur och psykosociala faktorer (Polatajko et al., 2007).

Uppföljning och fortsatt kontakt med arbetsgivare och företagshälsan

Att ha uppföljningar med arbetsgivarna efter avslutad rehabilitering var långt ifrån en självklarhet. De uppföljningar som redovisades i materialet skedde under själva behandlingsperioden men inte efter avslut. Informanterna uppmanade arbetsgivarna till kontakt vid behov men tog ej själva detta initiativ efter rehabiliteringens avslut. Informanterna uppgav att de lämnat ut telefonnummer med uppmaning till fortsatt kontakt vid behov men att detta sällan eller aldrig skedde i praktiken. Dessutom beskrev informanterna en svag tilltro till företagshälsovården varpå dessa heller inte bedömdes vara aktuella att överrapportera till vid avslut. I tidigare studier har det visat sig att personer som arbetar med MMR1 inte alltid känner att just arbetsåtergången är deras främsta syfte med rehabiliteringen (Hellman et al., 2014b). Teammedlemmarna i MMR1 teamen menade på att de påbörjade en process genom MMR1 men att själva arbetsåtergången lämpligen borde stöttas vidare via andra aktörer (Hellman et al., 2014b).

Hinder vid samverkan mellan MMR1 teamen och arbetsplatsen

Vid samverkan mellan MMR1 teamen och arbetsplatsen framkom en del hinder. Dessa hinder uppstod under olika faser i rehabiliteringen beroende på patientens situation och kunde inte härledas till givna specifika moment i rehabiliteringen. De flesta informanter lyfte dock liknande svårigheter som de stött på i praktiken men som kunde ha uppstått i olika faser under rehabiliteringen. Samtliga informanter arbetade i team där rehabiliteringskoordinator fanns som del i teamet, något som tidigare studier visat vara en framgångsfaktor då det kommer till samordnade insatser riktade mot arbetsplatsen (Hamer, Gandhi, Wong & Mahomed, 2013) men som i denna studie inte visade på ett problemfritt arbetssätt.

I en tidigare intervjustudie av Hellman et al. (2014b) påtalas avsaknaden av tydliga riktlinjer kring hur man skall arbeta i nära samarbete med arbetsplatsen vid MMR1 arbetet. Denna studie belyste ämnet och informanterna uppgav att de kände en avsaknad av bland annat enkla manualer och checklistor som stöd i arbetet.

Patientens oro kring att dra in arbetsgivarna i rehabiliteringen är något som skall bedömas utifrån varje individ situation enligt rehabiliteringsgarantin (Sveriges kommuner och landsting, 2015). Denna oro gör dock att rehabiliteringen inte på samma vis kan kopplas till arbetet om tillträde inte tillåts av patienten. Problematiseringar kring hur detta kan lösas på bästa sätt i praktiken uppkom vid intervjuerna med svar att man fick lösa det efter bästa möjliga förmåga från situation till situation.

Även rehabiliteringens intensitet var en oro som framkom i resultatet. Man har sett att en intensivare period ger bättre effekt av den multimodala rehabiliteringen (Guzman et al., 2001). Det som rekommenderas inom MMR1 är några veckors intensiv rehabilitering med minst 40 timmars behandlingsinsatser, omfattningen av rehabiliteringen kan dock anpassas till viss del (Sveriges kommuner och landsting, 2015). Vid behov kan man från vårdgivarens håll ge förslag på sjukskrivning i förebyggande syfte för att exempelvis orka med den multimodala rehabiliteringen (Försäkringskassan, 2015) men detta var inget som informanterna nämnde under intervjuerna. Hur känt detta är för de som arbetar med MMR1 är oklart.

Informanternas upplevelser kring att ordentligt med tid inte fanns för MMR1 arbetet framkommer även i andra studier där man sett att tidsbristen är något som gör att man inte hinner med arbetet så som det är tänkt att utföras (Hellman et al., 2014b). Det varierade en del kring informanternas tankar kring vad som egentligen saknades för att hinna med MMR1 arbetet ordentligt. De flesta informanter uppgav exempelvis att man inte hade tid att förflytta sig till patienters arbetsplats samt att kontakter med arbetsgivare var svårt att få till mellan all övrig verksamhet som bedrevs. Gemensamt var att MMR1 arbetet endast var en del av de dagliga arbetsuppgifterna för informanterna varpå det var svårt att veta hur mycket tid som kunde avsättas för just detta arbete under arbetsdagarna för att hinna med resterande delar av sina arbetsuppgifter. Hellman et al. (2014a) beskriver i sin utvärderingsrapport att merparten av teamen som arbetar med MMR1 arbetar mindre än 25 % med det. Björk Brämberg et al. (2015) diskuterar kring vikten av att avsätta ordentligt med både tid och resurser för implementeringen av MMR1 arbetet. Att ha lagt ner mycket tid och arbete på regeringsnivå, för att ta fram förslag till utförandet, betyder inte att de som skall verkställa arbetet i praktiken kommer att göra det besvärsfritt. Det behöver finnas ordentligt med stöttning och uppföljning kring det praktiska arbetet i vardagen.

Framgångsfaktorer vid samverkan mellan MMR1 teamen och arbetsplatsen

Framgångsfaktorer i arbetet med MMR1 var i huvudsak utvunnet genom egna och andras kliniska erfarenheter. Informanterna såg faktorer som fick det kliniska arbetet att flyta på lättare under arbetsdagarna som värdefulla.

Att ta en tidig kontakt med arbetsplatsen vid rehabiliteringen ses även i tidigare studier vara en framgångsfaktor (Carroll et al., 2010). Med en tidig inbjudan till deltagande i den resa som deras anställda går igenom upplevdes det som att engagemanget ökade även från arbetsgivarens sida. På så vis välkomnades även åtgärdsförslag riktade mot arbetsplatsen bättre när detta eventuellt var aktuellt i rehabiliteringen.

Det förslag som är tänkt kring rehabiliterings koordinatörernas roll för att fånga upp patienter tidigare i sjukskrivningsprocessen (SOU 2015:21) är en åtgärd som författaren tror kan vara till stor hjälp, främst gällande att fånga upp rätt personer i ett tidigt skede. Dock kvarstår otvetyligheter i hur den arbetsrelaterade rehabiliteringen skall bedrivas på lika villkor för alla

samt med rutiner som stöttar utförarna till ett ökat samarbete med arbetsplatsen och ett tydligare fokus på återgång i arbete.

Att patienten tog ett eget ansvar kring rehabiliteringen ansågs som en framgångsfaktor i studien vilket även tidigare studier visat på (Nastasia, Coutu & Tcaciuc, 2014). Det egna ansvaret kring rehabiliteringen och fokus riktat mot arbetet innebär även en mindre drastisk övergång mellan sjukvårdens insatser och vad som sker efter avslutade kontakter med MMR1 teamen. Genom ett ökat ansvar från patientens sida underlättades kontakten med arbetsgivarna och rehabiliteringen blev mer riktad mot arbetet då det var lättare att hålla ett gemensamt fokus.

Att göra upp en tydlig plan med rehabiliteringen där både hälso- och sjukvårdens personal, patienten samt arbetsgivaren samverkar vid planeringen har visat sig ge goda effekter för återgång i arbete (Carroll et al., 2010). Denna studie visar på ovanstående då informanterna uppgav att det från deras håll var betydligt lättare att arbeta mot ett gemensamt mål då det fanns en tydlig plan.

En hel del tankar och idéer framkom under intervjuerna kring hur man skulle kunna arbeta vidare med MMR1 i primärvården för att få samverkansarbetet med arbetsplatserna att fungera bättre. Informanterna hade inga problem att berätta kring sina egna tankar och idéer kring området och utvecklingsmöjligheter men de var även väldigt nyfikna kring hur andra mottagningar arbetade utifrån de ramar som finns. Utbytet av erfarenheter och kompetens inom primärvården kan författaren tycka borde stimuleras mer. Då skulle utförarna kunna stötta varandra mer inom detta område, som kanske inte är en lika självklar del utav hälso- och sjukvårdens uppdrag som exempelvis den kliniska verksamheten där man riktar åtgärderna mot en ökad patienthälsa (SFS, 1997:142).

Tydligare fokus på arbetet

För personer med besvär i rörelseorganen finns stark evidens för att anpassningar på arbetsplatsen underlättar återgång i arbete efter sjukskrivning (Franche et al., 2005). Tidigare studier har funnit goda effekter av den multimodala rehabiliteringen kopplat till en ökad arbetsförmåga (Sveriges kommuner och landsting, 2015). Dock har man sett att MMR1 i primärvården inte har involverat tillräckligt med arbetsrelaterade åtgärder (Hellman et al., 2014b). Informanterna i studien påtalade att de önskade att de arbetade med ett tydligare fokus riktat mot arbetet men att det inte alltid blev så i praktiken. Att tidigare studier främst har studerat multimodal rehabilitering på specialistnivå (Sveriges kommuner och landsting, 2015) kan vara en anledning till att MMR1 i primärvården inte fått det tydliga fokus på arbete som de är tänkt att ha.

Tydligare rutiner och enklare metoder och verktyg att använda

För att kunna erbjuda en likvärdig vård oberoende av vilken mottagning man hamnar på som patient anser författaren att tydligare rutiner för arbetet bör utformas, informanterna i denna studie påtalade även detta samt att det skulle underlätta deras arbete i praktiken.

Resultatet visade på en önskan kring både tydligare rutiner samt mer stöttning i hur arbetet skall bedrivas i praktiken. Både när det kom till tidsfördelningen av arbetet samt hur det praktiskt skulle utföras önskade informanterna mer stöttning, tydligare riktlinjer och bättre verktyg att använda. Detta har även visat sig i tidigare studier av informanter som påtalat liknande önskningskrav kring stöttning i MMR1 arbetet (Hellman et al., 2014b). För att pengarna från rehabiliteringsgarantin skall kunna nyttjas på bästa sätt i praktiken behövs ett bättre

informationsutbyte mellan de mottagningar som arbetar med detta samt en bredare kompetens kring de åtgärder som faktiskt har bäst vetenskapligt evidens anser författare.

7.2 Metoddiskussion

Studiens syfte var att fånga upp teammedlemmars erfarenheter vid samverkansarbete mellan primärvård och arbetsplatserna vid MMR1 arbetet. För att få ta del av erfarenheter användes en kvalitativ forskningsmetod (Backman, 2008; Bryman 2011). Semistrukturerade intervjuer användes för att samla in data. Genom att använda sig av semistrukturerade intervjuer fanns det möjlighet att ställa följdfrågor utifrån vad informanterna belyste och diskuterade kring, således kom författaren närmre informanternas upplevda verklighet. De semistrukturerade intervjuerna tillåter en fördjupning i samtalet där man får ta del av vad den intervjuade önskar lyfta fram i samtalet (Bryman, 2011).

Ett flertal studier inom området för MMR1 finns att tillgå men författaren har inte hittat studier som studerar och problematiserar hur det ser ut i praktiken då man i MMR1 teamen arbetar utanför vårdens lokaler och/eller i samverkan med arbetsgivare. Således tros denna studie kunna bidra med en viss ökad förståelse kring området för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen i primärvården.

Vid rekryteringen av informanterna visade det sig att det inte var självklart att utföra arbetsplatsbesök som en naturlig del av MMR1 arbetet, detta trodde författaren till en början var en självklarhet då det inom dennes verksamhet såg ut på så vis. Utifrån den informationen som kom fram fick arbetet en lite bredare riktning istället för att endast rikta sig mot mottagningar som utför arbetsplatsbesök vilket var tanken vid studiens start.

Den förförståelse för MMR1 arbetet som författaren själv bar på innan studiens början var något som inte fick påverka intervjutillfällena eller andra delar av detta arbete. Frågorna i intervjuerna ställdes så att informanterna inte kunde känna sig ledda i samtalet då det var informanternas upplevda verklighet som vill studeras i den kvalitativa forskningen (Bryman, 2011). Pilotintervjun gav vidare även tillfälle att testa huruvida intervjuguiden var valid utifrån studiens syfte (Bryman, 2011), då denna intervju utfördes på en kollega till författaren gavs utmärkt tillfälle att inte låta förkunskaper eller personlig relation påverka utförandet.

En svaghet i studien är antalet deltagare som lyckats rekryteras för deltagande, endast sju personer på de fem mottagningar som godkänt deltagande för studien ställde upp som informanter. Dock fanns det inte så många mottagningar att erbjuda deltagande till i Stockholmsområdet. Genom att använda telefonintervjuer hade författaren förmodligen kunnat rekrytera fler informanter som arbetade med MMR1 i andra städer i Sverige. Arbetet med MMR1 är dock rikstäckande och samtliga mottagningar som bedriver denna verksamhet skall utgå ifrån rehabiliteringsgarantins riktlinjer.

Studien kan ha bringat kunskap till informanternas verksamheter då det via denna uppsatts får ta del av hur andra mottagningar arbetar med MMR1. Informanterna gav djupgående svar kring området men det är osäkert huruvida studien fick sin teoretiska mättnad med tanke på antalet informanter som deltog (Bryman, 2011). Svaren som gavs i de två sista intervjuerna var dock i stort sätt en upprepning av vad tidigare informanter redan belyst inom området.

Materialet som samlades in via de semistrukturerade intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys metod (Graneheim & Lundman, 2004). Materialet bearbetades fram och tillbaka i det olika stegen av analysen. Författaren gick igenom materialet vid olika tillfällen och lät det ibland ligga och vila några dagar innan en ny genomgång. Att materialet gick igenom ett flertal gånger kan ses som en styrka med studien då det således har bearbetats väl.

En svaghet med studien var att författaren inte sedan tidigare haft erfarenheter av intervjuer som datainsamlingsmetod. Detta kan ha påverkat kvalitén i intervjuerna då följdfrågor som en erfaren intervjuare kanske hade ställt kan ha missats (Bryman, 2011).

Vetenskapsrådets (2011) etiska riktlinjer har legat till grund genom hela studiens process. Redan efter en första kontakt med informanterna fick de skriftlig information kring att materialet skulle behandlas konfidentiellt samt att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när som hels utav att behöva uppge någon orsak för detta.

7.3 Konklusioner

Studiens resultat visade på hur olika arbetet med MMR1 kan se ut i praktiken då det kommer till att samverka med arbetsplatsen. Vissa informanter arbetade med flerpartsmöten och andra arbetade med arbetsplatsbesök. Uppföljningar där informanterna kontaktade arbetsgivaren efter avslutad rehabilitering utfördes inte. Däremot skedde uppföljningar med arbetsgivaren under rehabiliteringens gång.

Studiens resultat visade på hur informanterna upplevde att samverkansarbetet fungerade som bäst då patienten fick ta ett eget ansvar för sin rehabilitering. Då man tidigt under rehabiliteringen etablerade en arbetsgivarkontakt samt då man gemensamt med arbetsplatsen och patienten utformade en rehabiliteringsplan. Hindrande faktorer för samverkansarbetet med arbetsplatsen uppgav informanterna berodde på en brist på rutiner vid MMR1 arbetet samt tidsbrist och ersättningsnivåer som inte alltid täckte behovet av rehabiliteringens omfattning. Även patientens oro över att ha med arbetsgivarna i processen för rehabiliteringen samt rehabiliteringens intensitet var ett hinder som identifierades via informanternas upplevelser. Tydligare fokus på arbete, tydligare rutiner samt enklare metoder och verktyg att använda sig av önskades en framtida utveckling av.

Denna studie belyser erfarenheter från primärvårdens MMR1 team kring hur de upplever att det fungerar att samverka med arbetsplatser, vid rehabilitering av patienter med smärtproblematik. För att få en större förståelse för fenomenet bör även arbetsgivare och patienters upplevelser studeras vidare. Genom utökad förståelse för både framgångsfaktorer och hinder vid MMR1 för samtliga parter som är involverade kan MMR1 fortsätta utvecklas i strävan mot bästa möjliga praxis.

Framtida studier skulle kunna utvärdera eventuella skillnader på patienternas resultat, i form av ökad arbetsförmåga och återgång i arbete, beroende på om de fått ta del av flerpartsmöten eller arbetsplatsbesök som del i sin MMR1. De skulle även behöva forskas mer kring hur aktörerna som arbetar med MMR1 kan samverka för att arbeta på liknande vis genom rehabiliteringsprocessen samt ta lärdom av varandras tidigare erfarenheter.

Lämpliga evidensbaserade metoder och verktyg som fungerar att använda praktiskt vid MMR1 i primärvården bör identifieras och utvecklas för att underlätta för de team som arbetar med MMR1.

Avslutningsvis skulle jag vilja rikta ett stort tack till min familj, min sambo samt mina vänner som har stöttat mig både praktiskt och med kärlek till att slutföra arbetet trots en del dalar i processen. Jag vill även tacka min handledare Katarina Kjellberg som hjälpt mig genom arbetets gång med bra feedback och kommentarer.

8 REFERENSER

Arbetskyddsstyrelsen. (1994). *Arbetsanpassning och rehabilitering: Arbetskyddsstyrelsens kungörelse med föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna*. Solna: Arbetskyddsstyrelsen.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. (2., uppdaterade [och utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Björk Brämberg, E., Klinga, C., Jensen, I., Busch, H., Bergström, G., Brommels, M., & Hansson, J. (2015). Implementation of evidence-based rehabilitation for non-specific back pain and common mental health problems: a process evaluation of a nationwide initiative. *BMC Health Services Research*, 15:79.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.

Bryman, A. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (1. uppl.) Malmö: Liber ekonomi.

Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J., & Hillage, J. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability and Rehabilitation*, 32(8), 607-621.

Ericson, B. & Gustafsson, K. (2012). *Arbetsmiljölagen: med kommentarer*. (13. uppl.) Stockholm: Norstedts.

Franche, R-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., & Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15, 607-631.

Försäkringskassan. (2014). *Socialförsäkringen i siffror 2014*. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan. (2015). *Förebyggande sjukpenning*. Tillgänglig: http://www.forsakringskassan.se/sjukvard/alternativ_till_sjukskrivning/forebyggande_sjukpenning

Grahn, B., Stigmar, K., Wåhlin, C., Kjellberg, K., & Ljungquist, T. (2012). Arbetsförmåga. *Fysioterapi*, nr 5-6, 1-28.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., & Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *British Medical Journal*, 322(7301), 1511-6.

Hamer, H., Gandhi, R., Wong, S., & Mahomed, N.N. (2013). Predicting return to work following treatment of chronic pain disorder. *Occupational Medicine*, 63(4), 253-259.

Hellman, T., Jensen, I., Bergström, G., & Busch, H. (2015). Returning to work - a long-term process reaching beyond the time frames of multimodal non-specific back pain rehabilitation. *Disability Rehabilitation*, 37(6), 499-505.

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

Hellman, T., Jensen, I., Bergström, G., & Busch, H. (2014b). Returning to work - a long-term process reaching beyond the time frames of multimodal non-specific back pain rehabilitation. *Disability Rehabilitation*, 4, 1-7.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. (2014). *Rehabiliteringsgarantin 2014 – Godkända mottagningar för multimodal rehabilitering (MMR) till patienter med långvarig smärta i rygg, nacke och axlar samt generaliserad smärta*. Tillgänglig: http://www.1177.se/Dokument/Stockholms_lan/S%c3%a5_fungerar_v%c3%a5rden/Lagar%20och%20r%c3%a4ttigheter/mottagningar%20som%20behandlar%20med%20multimodal%20rehabilitering%202014-12-19.pdf

Jensen, I., Bergström, G., Ljungqvist, T., Määttänen, H., Busch, H., & Nygren, Å. (2012). *Manual för arbetslivsinriktad rehabilitering (MMR) vid icke-specifika rygg- och nackbesvär*. Karolinska Institutet, IMM. Stockholm 2014.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Linton, S.J. (1999). *Manual for the Örebro musculoskeletal pain screening questionnaire: the early identification of patients at risk for chronic pain*. Örebro: Department of Occupational and Environmental Medicine, Örebro Medical Center.

Nastasia, I., Coutu, M.F., & Tcaciuc, R. (2014). Topics and trends in research on non-clinical interventions aimed at preventing prolonged work disability in workers compensated for work-related musculoskeletal disorders (WRMSDs): a systematic, comprehensive literature review. *Disability Rehabilitation*, 36(22), 1846-1856.

Nising, E., Söderberg, E., Berterö, C., & Öberg, B. (2013). Primary Healthcare Professionals' *Occupational Rehabilitation*, 23, 450-461.

Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (3., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Petersson, E-L. & Hensing, G. (2008). *Återgång i arbete. En kunskapssammanställning om metoder och strategier för att underlätta återgång till arbete*. Göteborgs universitet.

Polatajko, H., J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2007). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In E. A. Townsend & H. J.

Polatajko (Eds.), *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (pp. 13-36). Ottawa: CAOT Publications ACE.

Schultz, I., Stowell, A., Feuerstein, M., & Gatchel, R. (2007). Models of return to work for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation, 17*, 327-352.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Sveriges kommuner och landsting. (2015). *Rehabiliteringsgarantin*. Tillgänglig: <http://skl.se/download/18.32ed962b14a4d52a261e3ba/1418889141312/SKL+Rehabiliteringsgarantin+med+bilaga+undertecknad+2015.pdf>

Socialstyrelsen. (2011). *Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nationella-indikationer-multimodal-rehabilitering.pdf>

SOU 2015:21. Sverige. Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (2015). *Mer trygghet och bättre försäkring: slutbetänkande*. Stockholm: Fritze.

Steenstra, I.A., Anema, J.R., van Tulder, M.W., Bongers, P.M., de Vet H.C., & van Mechelen, W. (2006). Economic Evaluation of a Multi-Stage Return to Work Programme for Workers on Sick-Leave Due to Low Back Pain. *Journal of Occupational Rehabilitation, 16*(4), 557-578.

Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G., & Ekberg, K. (2011). Swedish rehabilitation professionals perspective on work ability assessments in a changing sickness insurance system. *Journal of Disability Rehabilitation, 33*, 1373-1382.

Toomingas, A., Mathiassen, S.E. & Wigaeus Tornqvist, E. (2008). *Arbetslivsfysiologi*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wadell, G., & Burton, K. A. (2006). *Is work good for your health and well-being?* Tillgänglig: http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214326/hwwb-is-work-good-for-you.pdf

Wåhlin, C., Ekberg, K., Persson, J., Bernfort, L., & Öberg, B. (2013). Evaluation of self-reported work ability and usefulness of interventions among sick-listed patients. *Journal of occupational rehabilitation, 23*(1), 32-43.

Wåhlin, C., Ekberg, K., Persson, J., Bernfort, L., & Öberg, B. (2011). Association between clinical and work-related interventions and return to work for patients with musculoskeletal or mental disorders. *Journal of Rehabilitation Medicine, 44*(4), 355-362.

Bilaga 1 Intervjuguiden

Presentation av respondenten

- Födelseår
- Yrkeskategori inom teamet
- Antal yrkesverksamma år
- Antal år i teamet
- Vilken form av MMR som bedrivs inom verksamheten, MMR 1 eller MMR2

Kontakten med arbetsplatsen och förberedelser inför arbetsplatsbesöken/ flerpartsmötet

- 1. Kan du berätta när en första kontakt med arbetsplatsen blir aktuell vid den multimodala rehabiliteringen?
- 2. Hur ofta uppskattningsvis på en månad har ni en första kontakt med en arbetsplats i ett patientärende?
- 3. Kan du berätta vem på arbetsplatsen som ni försöker att få tag på inför ett arbetsplatsbesök/flerpartsmötet? (tex. chef, på vilken nivå?)
- 4. Kan du berätta hur ni går tillväga för att kontakta denna person och hur upplever du att det har fungerat?
- 5. Vilka personer på arbetsplatsen är vanligen närvarande vid arbetsplatsbesöken/flerpartsmötet? (ex. arbetsgivaren, personen med smärtproblematik, skyddsombud)
- 6. Brukar ni rekommendera att någon särskild person bör närvara vid arbetsplatsbesöket/ flerpartsmötet? I så fall vem och varför?
- 7. Kan du berätta hur du förbereder dig inför ett arbetsplatsbesök/ flerpartsmöte. Finns tillräckligt med tid för förberedelser inom ramen för din verksamhet? Upplever du att du har tillräckligt med information innan besöket?
- 8. Kan du berätta hur ni brukar förbereder personen med smärtproblematik inför arbetsplatsbesöket/ flerpartsmötet? Har ni några rutiner för dessa förberedelser?

Arbetsplatsbesöken/ flerpartsmötena

- 9. Kan du berätta hur upplägget på ett arbetsplatsbesök/ flerpartsmötet från er kan se ut. Från att ni kommer dit tills att ni går därifrån.

- 10. Vad upplever du att ni främst bör lägga fokus på vid ett arbetsplatsbesök/ flerpartsmöte? (information, utredning, åtgärder etc.)
- 11. Vad upplever du är syftet med att göra ett arbetsplatsbesök/ flerpartsmöte? Kan du berätta vad du tycker att det tillför rehabiliteringen.
- 12. Känner du till några bedömningsinstrument eller checklistor som kan användas vid arbetsplatsbesök/ flerpartsmöte? Om ja, kan du berätta från vart du kan hämta dessa (AV, hemmasnickrat, yrkesmässiga etc.).
- 13. Har du använt dig utav evidensbaserade instrument, checklistor eller liknande vid arbetsplatsbesöken/ flerpartsmöten? Om ja, hur vanligt är det att det används?
- 14. Kan du beskriva om du har några strategier för att få till ett så bra arbetsplatsbesök/ flerpartsmöte som möjligt.
- 15. Har du med dig något skriftligt material till personer på arbetsplatsen vid arbetsplatsbesöket/ flerpartsmötet? Om ja, berätta vad som står i detta och hur det tas emot av arbetsplatsen/ arbetsgivarrepresentanten?
- 16. Kan du berätta om du har upplevt några hinder vid arbetsplatsbesöken/ flerpartsmötena?
- 17. Kan du berätta på vilket sätt du tror att arbetsplatsbesöken/ flerpartsmötena som görs idag kan bli ännu bättre?
- 18. Vilka förväntningar har du upplevt från personen och arbetsplatsen vid arbetsplatsbesök/ flerpartsmöten? Kan du berätta hur du kunnat bemöta dessa?
- 19. Kan du berätta hur du förmedlar inhämtad information från arbetsplatsbesöket/ flerpartsmötena till övriga i MMR teamet efter besöken. Upplever du att övriga i teamet har haft nytta av den informationen?
- 20. Hur upplever du att det är att komma från vården och in på arbetsplatser/ flerpartsmöten med arbetsgivarrepresentanter. Upplever du att du har tillräckligt med kunskap och kompetens för att utföra dessa besök/ möten?

Uppföljande åtgärder och samverkan med övriga aktörer

- 21. Skulle du kunna ge exempel på åtgärder som du gett förslag på efter arbetsplatsbesök/ flerpartsmöten? (t.ex. organisatoriska, psykiska, fysiska). Hur har du upplevt att förslagen på åtgärder har tagits emot?
- 22. Kan du berätta hur/ om dessa har följts upp av teamet i efterhand?
- 23. På vilket sätt har ni erbjudit återkoppling till arbetsgivaren eller annan ansvarig på arbetsplatsen under samt efter avslutad rehabiliteringsperiod? Om rutiner för detta finns, hur ser de ut?
- 24. Frågar ni under rehabiliteringen om företagshälsovård via arbetsplatsen finns tillgänglig? Om ja, fortsätter man ändå kontakten med arbetsplatsen från er sida?
- 25. Har det hänt att du överrapporterat eller hänvisat till företagshälsovården om en sådan finns kopplad till arbetsplatsen? Om ja, hur går det till och hur har det fungerat för er?
- 26. Hur är din upplevelse av företagshälsovården och vad tror du att upplevelsen av dem bygger på?
- 27. Kan du beskriva några förändringar ni gjort i arbetet med MMR som fått positiva effekter.
- 28. Har du några tankar eller idéer på hur kontakten med arbetsplatsen vid multimodal rehabilitering kan förbättras under rehabiliteringsperioden?

Övriga frågor och kommentarer. Avslut.

Bilaga 2 Missivbrev till deltagarna

Förfrågan om ditt intresse att delta i studie kring multimodal rehabilitering

Den multimodala rehabiliteringen (MMR) inom rehabiliteringsgarantin skall syfta till att bibehålla eller öka deltagarnas arbetsförmåga. Att sätta sig in i arbetsmarknaden i sin helhet är inte alltid enkelt för teamen som arbetar med detta. Det är ett komplext arbete där externa aktörer samordnas och arbetsplatsbesök eller flerpartsmöten med arbetsgivare kan vara aktuella att utföra.

Mitt namn är Cecilia Joon-Nyström och jag studerar på magisterprogrammet i arbete och hälsa på Karolinska Institutet. Jag har nu kommit fram till sista terminen vilket innebär att ett examensarbete skall utföras, studien är planerad att genomföras våren 2015.

Syftet med denna studie är att undersöka MMR teamens erfarenheter av samverkan med arbetsplatsen, vid rehabilitering av patienter med smärtproblematik.

Hur planerar-, genomför- och följer teammedlemmarna upp ett arbetsplatsbesök eller ett flerpartsmöte?

Hur upplever teammedlemmarna att samverkansarbetet med arbetsplatserna fungerar och vilka hinder och framgångsfaktorer har de stött på?

Vid intervjun kommer jag att arbeta utifrån Vetenskapsrådet forskningsetiska principer. Detta innebär att deltagandet i studien är helt frivilligt och kan när som helst under studiens gång avbrytas utan att du som deltagare behöver motivera det. I rapporten kommer inte dina svar att kunna härledas till dig. Svaren kommer att behandlas konfidentiellt, resultatet kommer enbart att användas i forskningsändamål. Det inspelade materialet från intervjun kommer endast jag och i viss mån min handledare att ha tillgång till.

Jag hoppas att du med detta känner dig väl införstådd och motiverad till att delta i studien. Just ditt deltagande är mycket viktigt och dina erfarenheter är vad jag önskar få ta del utav. Du är viktig för studiens genomförande och jag uppskattar ditt deltagande.

Du kommer få ta del av resultatet när det är färdigställt, förhoppningsvis kan det även ge just dig och den verksamhet du arbetar i lite matnyttigt i ert fortsatta arbete med MMR. Jag kommer att vara ansvarig för undersökningen och kommer inom kort att kontakta dig för att bestämma en tid för intervjun som beräknas ta mellan 40-60 minuter att genomföra.

Med vänlig hälsning, Cecilia Joon-Nyström

Kontaktuppgifter:

Cecilia.joon-nystrom@sll.se

Tel: 08-123 390 39

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till deltagande i studien.

Ort och datum: _____

Namn: _____

Bilaga 3 Exempel på innehållsanalys

Meningsbärande enhet, kondensation, kod, underkategori och kategori. Exempel på en innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Meningsbärande enhet	Kondensation	Kod	Underkategori	Kategori
...och också att det är viktigt att de tar ett eget ansvar. Funderar på deras mål och hur de kan nå dit. Och att det är viktigt att vara delaktig på mötena så att de inte är så att vi bara sitter och pratar, utan patienten ska ju vara delaktig.	Vikten utav patientens delaktighet och ansvar vid rehabilitering mot arbete.	Delaktighet	Patientens ansvar	Framgångsfaktorer vid samverkan
...att de får börja fundera kring saker som är aktuellt med att återgå till arbete, att de verkligen tänker till. Vad är viktigt för dem, vad vill de ha sagt till sin arbetsgivare och vad kan de själva tänka ut för anpassningar.	Patientens egna tankar kring möjliga åtgärder för att underlätta arbetsåtergång.	Patientens egna tankar		
Vi är väldigt tydliga med vad rehabiliteringen innebär för patienten, de skriver i princip på ett kontrakt i början där de försäkrar sitt åtagande till MMR1.	Rehabiliteringens åtagande för patienten.	Ansvar		
Och jag tycker också att en stor fördel är ju att arbetsgivaren får en större förståelse för patienten då man utformar planen tillsammans. De ser ju personen på ett annat sätt, för hos dem så är ju de inte en patient. Här kommer det ju upp svårigheter som kanske inte har kommit upp på arbetet, som man inte pratar om. Och att det är ju en process med träning, smärtskola, samtal med kurator och så.	Gemensamt utformad plan underlättar arbetsgivarens förståelse för processen.	Förståelse för processen	Tydlig plan där arbetsgivaren är med	
Jag tycker att det bli bättre kvalité på mötena. Ja det blir ju som att man åker ett gemensamt tåg, och arbetsgivaren behöver ju vara med när vi lägger upp en plan.	Fördelar med att ha arbetsgivaren med då man utformar en plan för rehabiliteringen	Gemensam plan		
Det är väl det här att när man sitter med planen tillsammans så får alla samma bild. Det kan ju vara så att man annars pratar lite olika med	Samverkan vid planering underlättar planens tydlighet	Tydlighet		

olika parter.				
---------------	--	--	--	--