HÄLSOHÖGSKOLAN
HÖGSKOLAN I JÖNKÖPING

PR-team som modell för samordnad rehabiliteringsutredning på vårdcentraler i Jönköpings län

Arbetsrapport

Pia Bülow

Camilla Seitl

Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping

Bo Rolander

Futurum, Landstinget i Jönköpings län

FÖRORD

Rapporten sammanfattar resultaten från en studie som har samfinansierats av Landstinget i Jönköpings län och Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping. Grundidén till hela projektet växte fram under ett lunchmöte omkring jul 2010. Ett stort antal personer inom framför allt primärvården i Jönköpings län har på olika sätt bidragit till att göra projektet möjligt att genomföra. Ett stort tack till alla som välkomnat en forskare till era teamträffar och till er som förberett material genom att avidentifiera och kopiera ett stort antal papper som vi forskare sedan kunnat arbeta vidare med.

Projektet genomfördes av medarbetare vid avdelningen för beteendevetenskap och socialt arbete (ABS) på Hälsohögskolan. Forskningsassistent Camilla Seitl samlade mötesdata och genomförde intervjuer samt arbetade med analysen av dessa delar och ansvarade för att skriftligt presentera resultatet av den. Camilla hade också ansvar för att datamaterial som samlats in i primärvården kom forskargruppen till del samt deltog i diskussioner omkring analysen av det statistiska materialet. Under projektet avslutade Camilla sin anställning på ABS för att bli doktorand på Högskolan Väst. Bo Rolander, Futurum Landstinget i Jönköpings län kom in i projektet i dess analysfas och fungerade först som konsult i arbetet med det statistiska materialet för delstudie 1 och kom snart att bli en del av analysen av detta. Som projektledare har det varit min roll att initiera, leda och till sist slutföra projektet och sammanställa rapporten.

Rapporten förelåg som ett arbetsmaterial i mars 2013 och presenterades då för länets process-ledare. Bakgrund, metodavsnitt liksom resultatpresentationerna för delstudie 1 och 2 har sedan den versionen enbart genomgått redaktionella förändringar i avseende att förtydliga texten. Delstudie 3 däremot har utvecklats efter en mer detaljerad analys. Den avslutande diskussionen är också nyskriven liksom sammanfattningen.

Jönköping september 2014

Pia Bülow

INNEHÅLL

Inledning och bakgrund 1
Projektets syfte och frågeställningar 2
Studien och rapportens organisering 2
Arbetslivsinriktad rehabilitering 3
Rehabilitering i primärvården i Jönköpings län 4
Rehabiliteringssamordnare 4
PR-team en modell för rehabiliteringsutredning 5
Registrering av långtidssjukskrivningar - MOA 6
Tvärprofessionella team för återgång till arbete 6
Tvärprofessionella team 7
Tvärprofessionellt teamarbete 9
Studier av dokumentation av institutionella möten 9
Metod 10
Datainsamling, urval och bortfall 10
Genomförande och analys 12
Etiska ställningstaganden 14
Resultat 16
Delstudie 1 Vilka genomgår PR-team och vad händer sen? 16
Kön, ålder och sysselsättning 17
Sjukskrivningens orsak (diagnosgrupper) och omfattning (sjukskrivningsgrad) 19
Sjukskrivningsprocessen 20
Mot vad avslutas sjukfall och när i processen sker PR-team? 24
Sammanfattning delstudie 1 31
Delstudie 2. Primärvårdens rehabiliteringsteam i aktion 33
PR-teammötets organisering och genomförande 33
Faser i PR-teammötet 41
Mötesdeltagarnas värdering av PR-team 44
Sammanfattande kommentar delstudie 2 47
Delstudie 3. Teamets samlade bedömning 48
Generell textanalys – form och struktur 49
Tematisk dokumentanalys 52
Sammanfattande kommentar delstudie 3 66
Diskussion 68
Referenser 72
Bilagor 75

SAMMANFATTNING

Rapporten presenterar och diskuterar resultatet av en studie omkring en regionalt i Jönköpings län framtagen modell för rehabiliteringsutredning i primärvården – PR-team. Studien bygger på tre olika material och har genomförts som tre separata delstudier. Resultaten för delstudierna redovisas i rapporten var för sig.

Den första delstudien bygger på material från ett register över samtliga patienter i primärvården i Jönköpings län som har en sjukskrivning som överstiger 28 dagar. Resultat från delstudien visar att en högre andel män genomgår PR-team vid privata vårdcentraler jämfört med kvinnor och att PR-teamutredningar vid offentliga vårdcentraler i en tredjedel av fallen genomfördes under de första 90 dagarna av sjukskrivningsperioden. Vidare noterades att psykisk ohälsa angavs oftare för kvinnor än för män samt att nästan dubbelt så många kvinnor som män avslutades mot arbete eller studier.

Den andra delstudien bygger på observationer av genomförda möten i rehabiliteringsteamet där den sammanvägda bedömningen av rehabiliteringsutredningen diskuteras och dokumenteras. I delstudien ingår även intervjuer med mötesdeltagare i så kallade PR-teammöten. Resultatet visar att ett PR-teammöte utgörs av flera delar och att en relativt stor del av mötestiden handlar om hur dokumentationen ska ske och hur olika tolkningar ska göras för att kunna fylla i blanketten på ett korrekt sätt. Det märktes stor skillnad mellan teamen vilket sannolikt berodde på respektive teams vana att arbeta enligt modellen för PR-team samt möjligen en påverkan av att observeras och spelas in.

Den tredje delstudien är en analys av dokumentationen från 177 rehabiliteringsutredningar. Analysen visar att dokumentationen utgör en textgenre som nästan helt saknar uttalade subjekt. Det gäller både patienten som texten handlar om och den/de personer som gör bedömningen. I den tematiska analysen framstår smärtproblematik som den främsta anledningen till att en teamutredning genomförs. Tre fjärdedelar av utredningarna handlade om kvinnor. Lång sjukskrivningshistoria, låg utbildning och migrationshistoria framstod som särskilda sårbarhetsfaktorer där såväl att patientens framtidsbild som att teamets bedömning pekade mot ringa förutsättningar för återgång till arbete.

INLEDNING OCH BAKGRUND

Behovet att minska kostnaderna för långa sjukskrivningar och att utveckla metoder som främjar rehabilitering och återgång till arbete har under de senaste åren blivit en fråga som debatteras av såväl forskare och rehabiliteringsaktörer som av media och representanter för statsmakten. Det är en målsättning som på flera sätt kräver engagemang på olika nivåer och från ett flertal aktörer på olika arenor med varierande professioner. De senaste årens ekonomiska satsning genom den så kallade sjukskrivningsmiljarden, med vilken regeringen strävat efter att öka landstingens arbete för minskad sjukskrivning, kan ses som en riktningsangivelse där ansvaret för att färre personer hamnar i långtidssjukskrivning på ett tydligare sätt förväntas delas mellan flera andra aktörer utöver Försäkringskassan – i det här fallet sjukvården.

I Jönköpings län har dessa strävanden att minska långtidssjukskrivning och främja människors möjlighet att återgå till arbete bland annat resulterat i utvecklingen av en gemensam arbetsmodell för att genomföra strukturerade rehabiliteringsutredningar inom primärvården. Modellen går under namnet *Primärvårdens Rehabiliteringsutredning i Team* eller mer vardagligt *PR-team*. Utredningsmodellen bygger på att en enskild patient utreds och bedöms av flera olika professioner och att dessa sedan vid ett så kallat PR-team-möte träffas och väger samman sina respektive bedömningar för att gemensamt hitta vägar för en framgångsrik rehabilitering. Modellen har rönt ett stort intresse utanför länet. En nationell konferens som anordnades om PR-team hösten 2010 fick ett stort antal deltagare.

Rehabiliteringsutredningarna inom primärvården i Jönköpings län hör samman med satsningen *Aktiv sjukskrivning för ett bra liv* (Landstinget i Jönköpings län, 2010) och finansieras delvis av sjukskrivningsmiljarden genom att Landstinget i Jönköpings län (LJ) från januari 2010 ersätter vårdcentralerna en fast summa om 10 000 kronor för varje genomfört PR-team-möte som rapporteras in. Erbjudandet gäller alla vårdcentraler inom Vårdval i Landstinget i Jönköpings län, oavsett om dessa drivs av landstinget eller i privat regi. Antalet genomförda PR-team har successivt ökat och uppskattades för 2010 ha varit cirka 100 PR-team sammantaget för alla vårdcentralerna inom Jönköpings län. Utöver dessa cirka 100 team-utredningar för individer under sjukskrivning, genomfördes ytterligare ett antal PR-team för personer som bedömdes ligga i riskzonen för att bli långtidssjukskrivna.

Det finns ännu inte någon studie som belyser hur PR-team som modell utformats och vilket resultat som åstadkommits genom användningen av denna arbetsmodell. Rehabiliterings-

utredning enligt PR-modellen är emellertid av speciellt intresse både som exempel på ett tvärprofessionellt samarbete och som redskap vid rehabiliteringsutredningar inom primärvården. Intresset för modellen är stort utanför länet och att den används i allt högre grad leder till en rad frågor om modellen PR-team och dess betydelse för att förebygga långtidssjukskrivning och främja återgång till arbete. Vem blir aktuell för en rehabiliteringsutredning enligt PR-team modellen? Vad sker i ett PR-teammöte? När i sjukskrivningsprocessen görs PR-team och vad händer efteråt?

PROJEKTETS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Studiens övergripande syfte är att beskriva och värdera modellen PR-team som arbetssätt för att utreda individuella rehabiliteringsbehov och möjligheter till arbetsåtergång.

Specifikt avser projektet att beskriva patientgruppen för vilken PR-team används och att studera modellen i relation till eventuella förändringar av patienters sjukskrivningsgrad och återgång till arbete. Projektet avser vidare att undersöka den interaktiva process där bedömningen av patienters resurser och hinder vägs samman vid multiprofessionella möten – PR-team möten, samt analysera den sammanvägda bild av rehabiliteringsutredningens resultat som dokumentation från PR-team redovisar. Det flerfaldiga syftet genererar tre huvudfrågor som var och en och bildar utgångspunkt för varsin delstudie och ett antal följdfrågor.

- *Delstudie 1* – Vem blir aktuell för PR-teamutredning? Hur förändras sjukskrivningsgraden/ förutsättningen för arbete efter genomförd PR-teambedömning?
- *Delstudie 2* – Hur gestaltar sig ett PR-teammöte? Vilka medverkar och vilka frågor aktualiseras i mötet?
- *Delstudie 3* – Vad leder en PR-teambedömning fram till? Vilken bild av personerna, deras sjukhistoria och möjligheter att återgå till arbete kan utläsas ur dokumentationen efter en PR-teambedömning?

STUDIEN OCH RAPPORTENS ORGANISERING

Studien om PR-team genomfördes av forskare från avdelningen för beteendevetenskap och socialt arbete vid Hälsohögskolan i Jönköping samt forskare från Futurum – Akademin för hälsa och vård, Landstinget i Jönköpings län (delstudie 1). Den är samfinansierad av Landstinget i Jönköpings län och Hälsohögskolan.

Föreliggande rapport är upplagd på följande sätt. Inledningsvis beskrivs den i Sverige rådande principen för arbetslivsinriktad rehabilitering. Därefter redovisas övergripande hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inom primärvården i Jönköpings län är organiserad och modellen PR-team presenteras. Därpå följer en kort redogörelse för tidigare forskning av särskild relevans för studien. Efter detta redovisas de metoder och material som använts i de tre delstudierna liksom de urval och etiska överväganden som gjorts för projektet i sin helhet och för respektive delstudie. Därpå följer resultatgenomgången där varje delstudie rapporteras för sig. Vardera av de tre resultatavsnitten inleds med en kort resumé av delstudiens syfte och material och avslutas med en sammanfattande kommentar. Rapporten avslutas med en diskussion med utgångspunkt i resultaten från respektive delstudie och studiens övergripande syfte samt till sist en sammanfattande reflektion.

ARBETSLIVSINRIKTAD REHABILITERING

Grunden för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen i Sverige har under de senaste fem åren genomgått en radikal förändring. Sedan halvårsskiftet 2008 gäller den så kallade rehabiliteringskedjan som på ett tydligare sätt markerar gränser för hur länge och i förhållande till vilket slags arbete en person kan vara sjukskriven. Rehabiliteringskedjan delar upp sjukskrivningen i tre perioder med utgångspunkt i förhållandet till vad en person helt saknar eller har bristande arbetsförmåga. Den första perioden från dag 1 till dag 90 ersätts arbetsoförmåga för de arbetsuppgifter personen vanligtvis har och rehabiliteringen inriktas mot återgång till ordinarie arbete. Period två löper från dag 91 till dag 180 och arbetsförmågan prövas då även mot andra arbeten hos ordinarie arbetsgivare. Den tredje perioden sträcker sig från dag 181 till dag 365. Grundprincipen här är att arbetsförmågan prövas mot hela arbetsmarknaden och att rehabiliteringsåtgärder också riktas mot arbetsmarknaden i stort. *Arbetslinjen*, som styrande princip för välfärdspolitiken, det vill säga betoningen på aktiva åtgärder för arbetsåtergång, har genom dessa förändringar tydliggjorts.

De olika stegen i rehabiliteringskedjan kan jämföras med synen på arbetsförmåga som ett dynamiskt begrepp. Tengland (2006) liksom Nordenfelt (2008) menar att det finns minst två olika slags arbetsförmågor – specifik och generell arbetsförmåga – där den förstnämnda hör ihop med personens vanliga arbete eller yrke och där den senare finns eller saknas i förhållande till arbete i största allmänhet, oavsett individens tidigare arbetsliv och yrke.

Parallellt med utformningen av rehabiliteringskedjan har socialstyrelsen tagit fram vägledningar för bedömning av sjukskrivningsperiodens längd vid olika typer av sjukdomar och ohälsoproblem. Det nya sättet att hantera bedömningen av sjukskrivningsbehov och därmed rätten till sjukpenning har kritiserats och flera modifikationer har gjorts av rehabiliteringskedjan som på så sätt omtolkats och i viss mån ”mjukats upp”.

Samtidigt som rehabiliteringskedjan började gälla infördes rehabiliteringsgarantin där staten genom ekonomiska incitament pekar ut en särskild satsning på kognitiv beteendeterapi (KBT) och multimodal rehabilitering (MMR). Längre fram har även interpersonell psykoterapi (IPT) kommit att ingå som ett behandlingsalternativ.

REHABILITERING I PRIMÄRVÅRDEN I JÖNKÖPINGS LÄN

Under senare år har organisationen omkring den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inom Landstinget i Jönköpings län förstärkts och tydliggjorts på flera sätt. Detta har delvis skett genom de överenskommelser som gjorts med Försäkringskassan omkring medel från sjukskrivningsmiljarden. En betydande del av dessa medel avsattes till inrättandet av funktionen som *rehabiliteringssamordnare* på länets samtliga vårdcentraler (för en genomgång av funktionen se t.ex. Bülow & Sjökvist, 2010). Inom varje sjukvårdsområde finns dessutom en *processledare* med ansvar att hålla ihop, följa upp och utveckla organisationen omkring rehabiliteringssamordnarna och på landstingsnivå finns ett övergripande ledningsansvar. Knutet till organisationen finns även ett *försäkringsmedicinskt forum*. I detta ingår processledarna på läns- och sjukvårdsområdesnivå samt representanter från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, vårdcentraler, privatpraktiserande läkare.

Rehabiliteringssamordnare

En rehabiliteringssamordnare innehar uppdraget som en del av sin ordinarie tjänst på vårdcentralen. Bland arbetsuppgifterna ingår att fungera som kontaktperson för berörda patienter och olika aktörer i sjukskrivningsprocessen som t.ex. Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialtjänsten och arbetsgivare. Rehabiliteringssamordnarna ska initiera nya sjukfall i vårdcentralens rehabiliteringsteam där de ofta har en nyckelroll. De medverkar i olika möten omkring arbetslivsinriktad rehabilitering både internt inom vårdcentralen och möten med andra aktörer. Ett sådant exempel är deras medverkan i avstämningsmöten med Försäkringskassan och patienten. I många fall ingår rehabiliteringssamordnarna också praktiskt i PR-teamutredningarna utifrån sin specifika yrkeskompetens.

PR-team en modell för rehabiliteringsutredning

Parallellt med införandet av rehabiliteringssamordnare utarbetades inom LJ modellen PR-team under 2008-2009 för att uppnå en gemensam modell för rehabiliteringsutredningar inom primärvården i länet. Tidigare arbetade olika vårdcentraler enligt delvis olika modeller. Målet var att den gemensamma utredningsmodellen skulle bygga på en helhetsbedömning av patientens behov, hinder och resurser och att den skulle genomföras av ett tvärprofessionellt team.

Som stöd för det nya arbetssättet med PR-team utvecklades en checklista, ett slags formulär som teamet har att följa. Hösten 2009 genomfördes en utbildning omkring modellen för personal på samtliga vårdcentraler i länet. Redan då arbetade vissa vårdcentraler enligt PR-team. Övriga påbörjade successivt arbetet i anslutning till utbildningen. Från den 1 januari 2010 förväntas samtliga vårdcentraler i länet arbeta utifrån modellen för PR-team. Den uttalade målsättningen är ”*att göra en teambedömning tidigt i sjukfall där det finns en komplex bild*” (Landstinget i Jönköpings län, 2013). Det kan finnas många olika anledningar till att en rehabiliteringsutredning görs. En patient i primärvården kan bli aktuell för en PR-teamutredning av fyra olika skäl.

- Sjukskrivning över 28 dagar
- Hotande sjukskrivning
- Vid diffus problematik
- Inför upprättande av LUH (läkarutlåtande om hälsotillstånd)

Modellen PR-team bygger på olika professioners individuella bedömningar av en enskild patient samt ett teammöte där teamet gemensamt gör en samlad bedömning av patientens möjligheter till återgång till arbete liksom vilka hinder och resurser som finns för detta. Grunden för den sammanvägda teambedömningen är enligt manualen för PR-team ”*varje professions yrkesspecifika bedömning*” (REF) Den enskilde patienten medverkar inte vid PR-teammötet men får efter detta en genomgång av teamets samlade bedömning.

PR-teamets sammansättning kan variera - utifrån aktuell patient – när det gäller tvärprofessionell sammansättning i teamet. Professioner som kan ingå är t ex arbetsterapeut, kurator, läkare, psykolog och sjukgymnast. Rehabiliteringssamordnaren ingår vanligtvis i teamet – i vissa fall enbart utifrån sin samordnande funktion, andra gånger utifrån både den och sin

professionstillhörighet. Förutom bedömningen utifrån sin egen yrkeskompetens kan varje teammedlem ge förslag på kompletterande insatser.

Registrering av långtidssjukskrivningar - MOA

En annan betydande arbetsuppgift för rehabiliteringssamordnarna är att föra viss statistik över alla sjukfall överstigande 28 dagar. Detta görs i ett landstingsgemensamt register som går under namnet *Mätningar och Analys* (MOA)[1]. Registret finns tillgängligt via LJ:s intranät och varje vårdcentral har tillgång till uppgifter som registrerats av den egna vårdcentralen. På så sätt kan varje vårdcentral följa upp t.ex. antalet patienter som är långtidssjukskrivna via den egna enhetens läkare. En guide finns för hur ifyllandet ska gå till samt vilka uppgifter som är obligatoriska att registrera och vilka som är valbara (Sundqvist & Håmås, 2010). Exempel på uppgifter som noteras i MOA är personuppgifter såsom personnummer, kön och sysselsättning, uppgifter om sjukskrivningsdatum, sjukskrivningsgrad, diagnos, avslutningsdatum och anledning till avslut samt uppgifter om åtgärder på vårdcentralen, datum för PR-teammöten och avstämningsmöten med Försäkringskassan samt slutdatum för sjukintyget.

Processledarna inom respektive sjukvårdsområde har ansvar att sammanställa och följa upp inregistrerade uppgifter i MOA från vårdcentralerna inom sitt sjukvårdsområde. De ansvarar även för vidarerapportering till Landstingets kansli där data för hela länet samlas. Specifikt rapporterar processledarna antalet registrerade PR-team från varje vårdcentral. Från Landstingets kansli utbetalas därefter en ekonomisk ersättning om 10 000 kronor per utfört PR-team för sjukskrivna patienter eller om utredningen gjorts inför ett LUH. Ingen ersättning ges för PR-team som förebyggande åtgärd för att förhindra sjukskrivning.

TVÄRPROFESSIONELLA TEAM FÖR ÅTERGÅNG TILL ARBETE

Samverkan inom och över myndighets- och verksamhetsgränser tycks utgöra en grundtanke för att nå målet att minska långtidssjukskrivningen. Medicinsk rehabilitering inom primärvård tycks alltmer organiseras utifrån multiprofessionella team. Det är ett arbetssätt som fått allt större gehör och som ligger i linje med vad som anges i rehabiliteringsgarantin (Socialdepartementet, 2013). Det har också visat sig vara kostnadseffektivt att använda metoder som bygger på tvärprofessionellt arbete (MMR) vid behandling av t.ex. ryggbesvär (Jensen et al., 2010). En systematisk genomgång av flera studier omkring behandling av ländryggsproblematik visar att det finns evidens för att insatser genomförda av multidisciplinära

[1] Från 2014 kommer PR-team att registreras i det elektroniska journalsystemet Cosmic.

team ökar sannolikheten för arbetsåtergång för den undersökta patientgruppen (Norlund, Ropponen, & Alexanderson, 2009).

Bland de få studier som undersökt utredning av rehabiliteringsbehov i tvärprofessionella team rapporteras däremot motsägelsefulla resultat. En nyligen publicerad svensk studie rapporterar att tidig utredning i ett multiprofessionellt team leder till längre sjukperioder och fler deltidssjukskrivningar än sedvanliga arbetsmetoder (Carlsson, Englund, Hallqvist, & Wallman, 2013) samtidigt redovisar forskarna i en annan svensk studie hur en 1-2 veckor lång teamutredning vid en smärtklinik resulterat i signifikant minskad sjukskrivning och högre grad av aktivitet (Norrefalk, Littwold-Pöljö, Ryhle, & Brodda Jansen, 2010).

Att skapa team bestående av personer med olika yrkeskompetenser och/eller funktioner är en vanligt förekommande strategi för ökad samverkan (Thylefors, 2013). Inom hälso- och sjukvården har team och teamarbete förekommit under lång tid och då särskilt vid enheter inriktade mot discipliner som psykiatri, rehabilitering, habilitering och företagshälsovård (se t.ex. Pearson, 1983). Michael Payne (2000) menar t.ex. att team och teamarbete representerar en strävan att uppnå de tre hurra-orden (´hurrah´-words) *samverkan* (cooperation), *samarbete* (collaboration) och *samordning* (coordination). Ett annat sätt att nå dessa mål är att upprätta mötesplatser där representanter från olika myndigheter och organisationer kan diskutera en fråga eller ett fall över gränserna som t.ex. avstämningsmötet. Såväl tvärprofessionella team som mötesplatser över verksamhetsgränser har under senare år rönt ett allt större intresse både i praktiken och inom forskningen (se t.ex. Bülow & Ekberg, 2009; Kvarnström, 2011; Lundgren, 2009; Ståhl, Svensson, Petersson, & Ekberg, 2009). Utan att göra anspråk på en fullständig redogörelse presenteras i nedanstående avsnitt forskning om tvärprofessionella team av relevans för studien om PR-team.

Tvärprofessionella team

Team kan ses som den senaste i raden av modeller för utveckla arbetet inom vård, behandling och omsorg där effektivitet och kvalité många gånger handlar om fungerande flöden mellan professioner, enheter och organisationer (Berlin, Carlström, & Sandberg, 2009). Tvärprofessionella team inom hälso- och sjukvård och inom socialt välfärdsarbete är emellertid inget nytt, utan ett välkänt fenomen sedan lång tid tillbaka (Abbott, 1988; Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2010; Thylefors, Persson, & Hellström, 2005). Att sammanföra olika yrkeskompetenser i tvärprofessionella team beskrivs som en samarbetsform ägnad att nå professionalism i kunskapstäta organisationer t.ex. inom hälso- och sjukvården (Sandberg, 2006).

Samarbete i sådana team anses bidra till att ”undvika trögheter mellan olika professioner” (Berlin et al., 2009).

Det finns ingen enhetlig organisatorisk modell för vad som definierar ett tvärprofessionellt team (Berlin et al., 2009) men väl en rad olika beteckningar som ger viss vägledning (för en överblick se t.ex. Kvarnström & Cedersund, 2009). De benämningar som förekommer bygger i princip alltid på sammansättningar av ord som multi-, inter- och trans- tillsammans med begrepp som -professionell, -disciplinär, och -funktionell. Payne (2000) använder även begreppet -agency vilket i en svensk kontext skulle kunna förstås som myndighet och därmed teammedlemmar från olika myndigheter och organisationer. Uttrycket tycks inte förekomma i svensk litteratur. I en studie av familjecentraler använder Ulrica Nylén (2009) istället benämningen gränsöverskridande team för team med medlemmar från olika myndigheter och huvudmän.

Begreppen multi- inter- och transprofessionella/-disciplinära/-funktionella team beskriver graden av integration mellan medlemmarna (Hall & Weaver, 2001). Multi- står för låg grad av integration där varje medlem agerar relativt autonomt, medan inter- bygger på samarbete och teambeslut (se t.ex. Sandberg, 2006). Förledet trans- indikerar ett team med rollöverskridande och rollkomplimenterande arbetssätt (Thylefors, 2013). Thylefors påtalar att det transprofessionella teamet kan övergå till ett stadium där professionsgränserna löses upp. En sådan professionsupplösning kan vara både dysfunktionell och funktionell. I det förstnämnda fallet förnekas eller underutnyttjas olikheter i kompetens och roller. En funktionell rollupplösning kan enligt Thylefors (ibid) handla om team som redan från början har samma uppgift trots olika grundkompetens eller är uppbyggt kring tanken på att olikhet skapar helhet.

Skillnaderna mellan funktion, profession och disciplin utgår från den roll teammedlemmarna spelar och på vad den bygger. Som orden antyder är det funktionen alternativt yrket/professionen som väger tyngst i de olika teamkonstellationerna. Tvärprofessionella team förekommer främst inom hälso- och sjukvården och i skolan medan tvärfunktionella team företrädesvis finns inom industrin (Thylefors, 2013). Berlin, Carlström och Sandberg (2009) beskriver hur tvärfunktionella team hämtar medlemmar från olika funktionella enheter vilket kan innebära olika huvudmän och därmed kan jämföras med uttryck som gränsöverskridande team och multi agency teams (se ovan).

Tvärprofessionellt teamarbete

Ett tvärprofessionellt teamarbete kan leda till ett ömsesidigt lärande genom att träna sig i att arbete i tvärprofessionella team (Lindskog, 2009). Att ingå i ett team ses av många som positivt och utgör ett ”komplement till den professionella identiteten” (Kvarnström & Cedersund, 2009). Detta gäller dock inte alla och alltid. I en fokusgruppsstudie omkring rehabilitering, där deltagarna till vardags ingick i tvärprofessionella team och grupper över myndighetsgränserna, fann forskarna avgörande skillnader i perspektiv mellan de professionella från hälso- och sjukvården å ena sidan och handläggarna från Försäkringskassan å den andra (Ståhl et al., 2009). De förstnämnda betonade ett holistiskt synsätt medan de senare tycktes stå för ett medicinskt perspektiv. Dessa skilda utgångspunkter inom teamet gjorde det svårt att nå en gemensam förståelse av uppgiften och påverkade i förlängningen sannolikt utfallet av teammötets strävan. Samma studie visar hur det bland läkarna rådde en delad uppfattning om teamarbetet som sådant.

En annan typ av forskning omkring team och teamarbete sätter fokus på vad som interaktivt händer i möten med flera teammedlemmar närvarande. Den sortens forskning inriktas på hur samtal inom ett team organiseras och hur medlemmarna genom sitt samtalande skapar en bild av patienten (Crepeau, 2000; Nikander, 2003). Andra samtalsinriktade studier visar hur ett par teammedlemmar kan gå samman (aligning) och stötta varandra i en åsikt som står i motsats mot någon eller några andra i teamet (Kangashurju, 1996).

Studier av dokumentation av institutionella möten

En helt annat slags forskning som också har relevans för denna studie, är sådana som bygger på dokument och journaler från möten mellan professionella och deras klienter och patienter. I en undersökning av terapeuters mötesanteckningar och hur dessa transformeras till journalanteckningar, visar Ravotas och Berkenkotter (1998) hur klienternas röster och perspektiv lyfts fram genom olika nivåer av så kallat rapporterat tal[2]. Med ett liknande angreppssätt har Jönsson och Linell (1991) beskrivit hur ett institutionellt samtal, i deras fall polisförhör, omvandlas till en text i form av ett utskrivet förhörsprotokoll. Transformationen innebär att språket övergår från en talad form till ett mer formellt skriftligt språkbruk där perspektivet snarare blir den professionelles än den enskildas.

[2] Med rapporterat tal avses olika sätt att visa att en åsikt eller en uppgift härstammar från någon annan. Ett vanligt sätt är att ange detta som ett citat som t.ex. *han sa ”du store tid”* eller att beskriva någon annans berättande som i följande exempel: *hon berättade hur hon ofta drabbas av smärta när hon försöker…*

Med utgångspunkt i tidigare forskning om team och teamarbete framstår föreliggande studie omkring det tvärprofessionella PR-teammötet, dokumentationen av den gemensamma bedömningen samt PR-team modellens utfall som högaktuell då det handlar om ett tvärprofessionellt teammöte där varje enskild mötesdeltagares hämtar stoff från egna möten med den patient som vars situation ska diskuteras, utredas och planeras.

METOD

Datainsamling, urval och bortfall

Med fokus på primärvårdens rehabiliteringsutredningar i team (PR-team®) som modell för bedömning av rehabiliteringsbehov, och på PR-teammötet som tvärprofessionell mötesplats, har projektets tre delstudier utgått från olika material och metoder för datainsamling och analys. Rapporten bygger på insamlad data från

- 116 registrerade ärenden i Landstingets databas Mätningar och Analys (MOA)
- 5 observerade och inspelade PR-teammöten
- 12 intervjuer med mötesdeltagare/teammedlemmar med olika professioner
- 177 dokumenterade utredningar från genomförda PR-teammöten

Delstudie 1- Vem blir aktuell för PR-team och vad händer efteråt?

Den första delstudien är en registerstudie där data har hämtats från Landstingets register (MOA) för sjukskrivningar inom primärvården som överstiger 28 dagar. Data som ingår i delstudien omfattar samtliga sjukfall för vilka det finns inrapporterade PR-team genomförda under perioden 1 oktober 2010 – 31 mars 2011. Totalt ingår 116 registrerade sjukskrivnings-ärenden i materialet.

Ett av delstudiens ursprungliga syften var att studera utredningsmodellens betydelse för patienten genom att undersöka eventuella förändringar i sjukskrivningsgrad alternativt åter-gång till arbete efter 3, 6 och 12 månader. Detta visade sig emellertid mycket snart vara omöjligt eftersom den typen av uppgifter endast fanns inrapporterat för ett fåtal personer. Bristen på uppgifter förklaras av att förändringar i sjukskrivningsgrad tillhör de uppgifter som enligt manualen är frivilliga att fylla i för vårdcentralen. Delstudien kom därför att främst fokusera på vilka personer som kommer ifråga för en rehabiliteringsutredning enligt modell-en för PR-team utifrån variabler som kön, ålder, diagnos och sjukskrivningstid samt att undersöka var i en sjukskrivningsprocess PR-team blir aktuellt.

Delstudie 2

Den andra delstudien har en etnografisk ansats och sätter fokus på PR-teammötet som en tvärprofessionell aktivitet. Analysen bygger på observationer och videoinspelningar av PR-teammöten samt intervjuer med mötesdeltagare efter avslutat PR-teammöte.

Delstudien planerades omfatta sju av länets vårdcentraler och representera samtliga tre länsdelar samt vårdcentraler av varierande storlek. Urvalet var strategiskt utifrån antal utförda PR-teambedömningar, där vårdcentraler med relativt många genomförda PR-team (under hela året 2010 och 1:a kvartalet 2011) ingick. Två av dessa totalt sju vårdcentraler är vårdcentraler i privat regi. Datainsamlingen påbörjades senhösten 2011.

Av olika skäl var det svårt att få tillträde till PR-teammöten och studien kom trots förlängd insamlingstid (in på första kvartalet 2012) att inkludera möten från endast fyra av de sju utvalda vårdenheterna. Vid en vårdcentral förklarades bortfallet av att patienten vid ett möte som planerats att ingå i studien, vid närmare eftertanke valde att inte medverka i studien. Vid de två återstående vårdcentralerna rapporterades att inga PR-teammöten genomfördes under den utpekade tidsperioden för studiens datainsamling.

Studien kom till sist att omfatta observationer och inspelningar av fem PR-teammöten från fyra av länets vårdcentraler, sex individuella intervjuer med medverkande professionella efter genomfört, observerat möte samt sex individuella intervjuer i anslutning till nästkommande PR-teammöte vid samma vårdcentraler. De senare intervjuerna föregicks således ej av observation/filminspelning, utan studerades enbart indirekt via intervjupersonernas upplevelse av mötet. Samtliga tre länsdelar finns representerade. Av de observerade mötena dokumenterades fyra med film och en genom enbart ljudupptagning. Eftersom omfattar studien endast möten Studien omfattar endast möten mellan professionella på vårdcentralen eftersom patienter aldrig medverkar vid PR-teammöten. Både vårdcentraler i landstingets regi och i privat regi ingår i det observerade/filminspelade materialet.

Delstudie 3

I den tredje delstudien analyseras den dokumentation av rehabiliteringsutredningen som sker under eller i samband med PR-teammöten. En kopia av dokumentationen, som förs enligt ett speciellt utformat formulär, skickas från vårdcentralerna till processledaren för respektive sjukvårdsområde i Jönköpings läns landsting.

Delstudien bygger på ovan nämnda dokumentation från samtliga PR-teamutredningar genomförda för sjukskrivna patienter under perioden 1 januari 2011 – 30 september 2011. På Landstingets kansli avidentifierades dokumenten så att varken patientens, vårdcentralens eller involverade professionellas identiteter blev kända för forskarna. Kopior av 182 avidentifierade rehabiliteringsutredningar kom till forskargruppen från Landstingets kansli. Av dessa visade sig fyra vara dubbletter. En saknade uppgifter av sådan omfattning att den uteslöts ur analysen. Totalt ingår därmed 177 rehabiliteringsutredningar i delstudie 3.

Genomförande och analys

En väsentlig grund för hela projektets genomförande handlade om att sammanställa tydlig information och att nå ut till berörda enheter och personer. I samarbete med Landstingets kansli utarbetades ett informationsbrev om studien (bilaga 1), vilket distribuerades ut till de berörda vårdcentralernas verksamhetschefer, rehabiliteringssamordnare och processledare. Projektledare för studien och forskningsassistenten presenterade studiens syfte och upplägg vid ett möte med försäkringsmedicinskt forum i september 2011. För samma grupp gjordes också en delrapportering i september 2012. I oktober 2012 presenterades muntligt en delrapport för rehabiliteringssamordnarna.

Delstudie 1

För att forskargruppen på Hälsohögskolan skulle kunna ta del av data som registrerats i MOA träffades en överenskommelse om avidentifiering samt kodnyckel. Landstinget i Jönköping avidentifierade materialet genom att ersätta personnummer med en sifferkod. Forskarna erhöll i december 2011 data från Landstinget (avidentifierade registreringar i MOA avseende patienter som genomgått PR-teamutredning under perioden oktober 2010 – mars 2011). Eftersom delstudien avsåg att följa ovanstående patientgrupp upp till ett år efter genomförd PR-teamutredning erhölls från landstingets kansli en uppdaterad datafil i början av april 2012.

Materialet bestående av 116 registrerade sjukfall exporterades från Excel till SPSS för att underlätta arbetet med statistiska analyser. Bearbetning och analys gjordes i flera omgångar för att besvara och följa upp frågor om vilka patientgrupper som genomgår PR-team och vad som händer därefter.

Delstudie 2

Skriftlig information till personal som medverkade i PR-teammöten och till berörd patient som omtalas vid dessa möten utarbetades (bilaga 2 och 3). För att skapa en fungerande länk mellan forskarna och de vårdcentraler som valts ut för att ingå i delstudie 2 skickade processledaren på Landstingets kansli ut mejl om studien till samtliga anställda som mer direkt skulle kunna beröras av datainsamlingen genom observation och videoinspelning. Därefter höll forskningsassistenten kontakt med vårdcentralerna – genom rehabiliterings-samordnaren för att planera och arrangera studiet av specifika PR-teammöten. Det var således rehabiliteringssamordnaren, eller annan person ansvarig för att informera patienten om PR-teammötet, som gav patienten muntlig och skriftlig information om studien samt tillfrågade patienten om samtycke till indirekt medverkan. Rehabiliteringssamordnaren gav även medverkande teammedlemmar en första muntlig och skriftlig information om studien Tillvägagångssättet innebar att rehabiliteringssamordnaren i första hand och teamet därnäst ”valde” ut de PR-teammöten som skulle kunna ingå i studien.

De PR-teammöten som på detta sätt valdes ut på respektive vårdcentral följdes genom videoinspelning och observation. Efter avslutat möte intervjuades en till två mötesdeltagare om det specifika mötet och om PR-team som en del av en individuell rehabiliteringsprocess. Intervjuerna spelades in med ljudbandspelare. Intervjutiden varierade och varade från tjugo minuter upp till en halvtimma.

Därutöver genomfördes intervjuer på samma sätt efter närmast följande PR-teammöte vid respektive vårdcentral som ingick i studien. Detta andra PR-teammöte på vårdcentralen studerades således endast indirekt genom intervjuer av medverkande personer som kunde berätta om och relatera till det nyss genomförda mötet. Också dessa intervjuer spelades in. Datainsamlingen påbörjades i november 2011 och pågick till februari 2012.

Materialet bearbetades och analyserades successivt och i takt med datainsamlingen genom kvalitativa metoder för analys av interaktion i institutionella och professionella samtal (Bülow, 2012; Silverman, 1993) och samtalsinnehåll. Analysen av ljud- och videoinspelning-arna har skett genom att materialet har studerats upprepade gånger utifrån övergripande pers-pektiv och med inriktning på specifika aspekter av såväl interaktion som samtalsinnehåll. Kortare avsnitt som kan representera helheten och som är av särskilt intresse för förståelsen av teammötets olika dimensioner har sedan transkriberats som exempel på olika aspekter av mötet.

Delstudie 3

Enligt en överenskommelse mellan Landstinget och Hälsohögskolan avidentifierades dokumentationen/utredningarna i syfte att eliminera s.k. baklängesidentifiering. Uppgifter som direkt kunde identifiera patienten exkluderades. Avidentifieringen gällde också uppgifter om namn på teamdeltagare/personal och aktuell vårdcentral. Detta helt enligt projektets plan och etiska aspekter i syfte att försvåra identifiering individ/patient.

Den avidentifierade dokumentationen kodades med nummer. Inledningsvis gjordes en genomläsning av alla rehabiliteringsutredningarna. Med utgångspunkt i dokumentationen utformades därefter ett antal variabler för en deskriptiv analys av materialet. Möjliga värden för varje enskild variabel bygger på en kvalitativ, tolkade analys av texternas innehåll. En övergripande analys av dokumentens form och struktur genomfördes.

Etiska ställningstaganden

Projektets karaktär innebar att forskningsetiska överväganden gjordes utifrån både deltagande professionella och passivt medverkande patienter (som omtalas vid PR-teammöten). I samtliga delstudier har grundläggande forskningsetiska principer omkring samtycke, konfidentialitet och skada beaktats. Dessa innebär att de personer som ingår i studien ska vara välinformerade – muntligt och skriftligt – samt ge sitt uttryckliga samtycke att ingå i studien.

Inledningsvis identifierades ett etiska spörsmål och åtgärder vidtogs i syfte att eliminera tveksamheter och minimera eventuell oro. Främst uppfattades det föreligga risk för att patienter och personal skulle kunna känna oro kring forskningsgruppens hantering av inspelade data. I delstudie 2 identifieras också en risk för att personal som medverkade i PR-teammöten skulle kunna känna olust inför situationen att bli inspelad och observerade under sitt yrkesutövande. För att minimera risken för båda dessa typer av oro lades stor vikt vid information till mötesdeltagare och till patienten. En viktig del av informationen handlade om att beskriva hur insamlat datamaterial hanteras och att allt material vid muntliga och skriftliga redovisningar presenteras så att ingen enskild person kan identifieras.

Avsikten med studien var inte att studera individuella patientärenden, däremot fanns det situationer i projektet (t ex. observation av PR-teamets diskussion och i dokumentationen från PR-teamutredningar) som innebar att uppgifter om patienter och deras situation framgick. För att säkerställa att inga uppgifter om patienter eller patienters förhållanden skulle röjas under-

tecknades en förbindelse om tystnadsplikt. Studien är godkänd av Etikprövningsnämnden i Linköping (Dnr 2011/121-31).

Information och samtycke

Materialen som ingår i delstudie 1 och 3 var inte ursprungligen genererade för projektets räkning, utan utgör en del av den sammanställning Landstinget fortlöpande gör som en intern uppföljning av modellen PR-team. De bearbetningar som gjorts redovisas i sammanfattad form där inte individuella patienter står i fokus. Detta innebär att tillstånd från enskilda patienter inte behövde inhämtas.

I delstudie 2 var forskningspersonerna dels mötesdeltagare i PR-teammöten dels patienter som omtalades (men ej deltog) i observerade möten. Den sistnämnda gruppen skulle kunna liknas vid forskningspersoner vid en registerstudie. Patienter informeras rutinmässigt om att deras fall kommer att diskuteras bland de professionella i PR-teamet. Inför de möten som ingick i studien gjordes därför endast tillägget att mötet var tänkt att observeras av forskare. Att information om patienten nästan oundvikligen förekom under ett PR-teammöte utgjorde ett starkt skäl för att informera och erhålla patientens samtycke till att ingå i studien.

Båda kategorierna forskningspersoner gavs muntlig och skriftlig information (se avsnittet om genomförande) i god tid före mötet. Informationen omfattade planen för hela studien, dess syfte och genomförande samt rätten att när som helst avbryta sitt deltagande. Tilltänkta mötesdeltagare och omtalade patienter informerades också om att deltagandet är frivilligt samt tillfrågades om deltagande. Samtliga deltagare vid ett möte och omtalade patienter hade före mötet gett sitt samtyckt till deltagande.

I samband med observation/inspelning gavs en andra muntlig och skriftlig information av forskaren/observatören som på det viset försäkrade sig om att samtliga mötesdeltagare kände till studien samt hade samtyckt till att delta i den. I samband med de enskilda intervjuerna gavs tillfälle till frågor om studien och forskaren försäkrade sig om varje deltagares val att delta genom undertecknande av ett skriftligt samtycke.

Handhavande av insamlat material

Allt insamlat material avidentifieras i samband med bearbetning och analys och presenteras på ett sådant sätt att enskilda personer inte kan identifieras. Arkivering av material sker enligt Arkivlagen.

RESULTAT

Med viss överlappning för det första kvartalet 2011, bygger resultatet från projektet på material från totalt strax över 300 PR-team genomförda under drygt ett års tid, från den 1 oktober 2010 till den 30 september 2011 samt december 2011 till februari 2012. Resultaten från de tre delstudierna presenteras var för sig. Varje presentation avslutas med en sammanfattning av vad delstudien visar.

Delstudie I Vilka genomgår PR-team och vad händer sen?

Delstudien är en registerstudie med material från landstingets register Mätning och Analys söker svar på frågorna: Vem blir aktuell för PR-teamutredning? Hur förändras sjukskrivningsgraden/ förutsättningen för arbete efter genomförd PR-teambedömning?

Utgångspunkt för delstudien är de uppgifter som är obligatoriska för länets vårdcentraler att registrera för samtliga patienter med en sjukskrivning som överstiger 28 dagar. Obligatoriska uppgifter att föra in i registret MOA är:

- Sjukskrivningsdatum
- Sjukskrivningsgrad
- Diagnos
- Sysselsättning
- Åtgärd inom primärvård
- Behandlingsplan
- Plan för återgång i arbete
- Datum för plan återgång i arbete
- Datum för PR-teambedömning
- Anledning till avslut
- Avslutningsdatum

I MOA finns totalt PR-team registrerat för 116 personer under perioden 1 oktober 2010 – 31 mars 2011. Av dessa genomfördes 35 teamutredningar (30 %) under det fjärde kvartalet 2010 och 81 (70 %) under 2011 års första kvartal. Av alla 116 rehabiliteringsutredningarna som ingår i delstudie 1 genomfördes 80 PR-team (69 %) vid vårdcentraler i landstingets regi och 36 (31 %) vid privatägda vårdcentraler. I nedanstående analys beaktas förutom resultatet för hela gruppen (N=116) även nämnvärda skillnader mellan könen och mellan vårdcentralernas ägandeform.

Kön, ålder och sysselsättning

I materialet ingår exakt lika många utredningar (58) omkring män som för kvinnor. Den procentuella andelen män ökade det första kvartalet 2011 jämfört med perioden 1 oktober – 31 december 2010. Under det fjärde kvartalet 2010 var andelen män 31 %. En siffra som steg till 58 % för kvartalet därefter.

För kvinnornas del hade 86 % av rehabiliteringsutredningarna genomförts vid vårdcentraler i landstingets regi. För männen var det nästan lika vanligt att PR-teamutredningen hade gjorts av en vårdcentral i privat regi (48 %) som vid en offentligt driven vårdcentral. Sammantaget kan noteras att en tydligt högre andel män genomgår rehabiliteringsutredning vid privata vårdcentraler.

Tabell 1. PR-team för män och kvinnor uppdelade på vårdcentral i landstingsdriven respektive privat regi

Kön		Frekvens	Procent
Män	Landstinget	30	51,7
	Privat	28	48,3
	Total	**58**	**100,0**
Kvinnor	Landstinget	50	86,2
	Privat	8	13,8
	Total	**58**	**100,0**

Medelåldern för patienter som genomgick PR-team var 46 år. Den yngsta var 23 år och den äldsta 62. Fördelat på åldersgrupper visar det sig att 40 % av samtliga genomförda PR-team under perioden gjordes för personer mellan 41-50 år. Den näst största gruppen var den mellan 51-60 år. Skillnader mellan könen avseende ålder var överlag ringa med något undantag. Medelåldern för män var 47,4 (Md=49,5 år) och för kvinnor 45,2 år (Md=45 år). För både kvinnor och män var gruppen 41-50 år den största och åldersgruppen 51-60 den näst största (se tabell 2). För kvinnorna var dock dominansen för dessa åldersgrupper mindre framträdande och en knapp fjärdedel (22,4 %) av kvinnorna tillhörde gruppen 31-40 år. Åldersspannet bland männen var något större än för kvinnorna och både den yngsta och den äldsta personen i delstudien var män.

Tabell 2. Åldersgrupper bland genomförda PR-team fördelade på kön, n=116

		Frekvens	Procent
Män	23-30 år	6	10,3
	31-40 år	3	5,2
	41-50 år	24	41,4
	51-60 år	22	37,9
	61-67 år	3	5,2
	Total	**58**	**100,0**
Kvinnor	23-30 år	4	6,9
	31-40 år	13	22,4
	41-50 år	22	37,9
	51-60 år	19	32,8
	Total	**58**	**100,0**

Bland de sjukskrivna för vilka PR-team genomfördes hade två tredjedelar (65,6 %) ett arbete eller var studerande medan en knapp tredjedel (27,6 %) var arbetslösa. Fem personer (4,3 %) var sjukskrivna av någon annan instans än den registrerande vårdcentralen.

Tabell 3. Sysselsättning för män och kvinnor

		Frekvens	Procent
Män	Arbetslös	22	37,9
	Arbete	30	51,7
	Övrigt	1	1,7
	Studerar	1	1,7
	Sjukskriven av annan instans	4	6,9
	Total	**58**	**100,0**
Kvinnor	Arbetslös	10	17,2
	Arbete	45	77,6
	Sjukskriven av annan instans	1	1,7
	Bortfall	2	3,4
	Total	**58**	**100,0**

Andelen arbetslösa män (37,9%) var dubbelt så hög jämfört med kvinnorna (17,2 %) som oftare hade ett arbete (se tabell 3). Det förelåg inga skillnader mellan olika verksamhets-former vad gällde sysselsättning.

Sjukskrivningens orsak (diagnosgrupper) och omfattning (sjukskrivningsgrad)

I MOA särskiljs tre diagnosgrupper: *problem i rörelseapparaten* (muskeloskeletala diagnoser), *psykisk ohälsa* (psykiska diagnoser och beteendestörningar) samt kategorin *övrigt*. Enligt instruktionen i användarmanualen är det huvuddiagnosen som styr vilken diagnosgrupp som anges. I vilken mån huvuddiagnosen, och eventuellt diagnosgrupp i MOA ändrats under sjukskrivningens gång går inte att utläsa.

Av genomförda rehabiliteringsutredningar under den studerade perioden dominerade diagnosgruppen med besvär från rörelseapparaten 61,2 % (71 personer). Kategorierna psykisk ohälsa och övrigt är lika stora, 19 % vardera.

Uppdelat på kön modifieras bilden av den jämna fördelningen mellan psykisk ohälsa och övriga diagnoser (se tabell 4). Psykisk ohälsa angavs något oftare för kvinnor (13 %) än för män (9 %). För männen var det vanligare att tillhöra diagnosgruppen övrigt, 14 % jämfört med kvinnornas 8 %. För både män och kvinnor var problem i rörelseapparaten den vanligast förekommande diagnosgruppen (60,3 respektive 62,1 %).

Tabell 4. Diagnosgrupper fördelat på kön, n=116

		Frekvens	Procent
Män	Rörelseapparaten	35	60,3
	Psykisk ohälsa	9	15,5
	Övrigt	14	24,1
	Total	**58**	**100,0**
Kvinnor	Rörelseapparaten	36	62,1
	Psykisk ohälsa	13	22,4
	Övrigt	8	13,8
	Uppgift saknas	1	1,7
	Total	**58**	**100,0**

I den undersökta gruppen kategoriserades vid de offentliga vårdcentralerna en större andel patienter (63 %) som tillhörande gruppen med ”problem från rörelseapparaten” jämfört mot vad som sker inom privat verksamhet (58 %). För diagnosgruppen ”övrigt” gäller motsatt förhållande – inom privat verksamhet är andelen större (36 %) än för Landstinget där 11 % ingår i kategorin. Den procentuella andelen sjukskriva för psykisk ohälsa är inom offentliga vårdcentraler 25 % (20 personer). För privata vårdcentraler är andelen 6 % (2 personer).

Sjukskrivningsgrad

Flertalet patienter (75 %) var enligt inrapporteringen i MOA sjukskrivna 100 % vid tidpunkten för vår datainsamling (se tabell 5). Knappt 20 % var sjukskrivna halvtid. Bara ett fåtal hade en sjukskrivning som omfattade 25 % eller 75 %. Enbart bland männen förekom sjukskrivningsgrad på 25 %. Det handlade dock om ett litet antal.

Sjukskrivningsprocessen

Bland de uppgifter som enligt användarmanualen är obligatoriska att registrera finns några som handlar om vad som händer under pågående sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Till dessa hör: *åtgärder/insatser*, förekomst av *behandlingsplan* samt upprättad *plan för återgång till arbete*.

Åtgärder på vårdcentralen liksom insatser och kontakter med andra vårdinstanser och myndigheter såsom Försäkringskassan (FK) och Arbetsförmedlingen (AF) rapporterades in som olika typer av åtgärder. Den vanligast förekommande insatsen handlade om aktiva rehabiliteringsåtgärder på vårdcentralen. Enligt användarmanualen för MOA innebär detta ”en insats som följs upp och utvärderas” på vårdcentralen (Sundqvist & Håmås, 2010). Exempel som ges är farmaceutisk behandling eller kontakt med sjukgymnast, kurator eller psykolog. I tabell 5 redovisas det totala antalet registrerade insatser för rehabiliteringsutredningarna i delstudien för män respektive kvinnor.

Bland registrerade insatser fanns i hög grad också *väntan på åtgärd* (se tabell 5 nedan). Främst märks väntan på medicinska åtgärder. Om dessa ska ske vid vårdcentralen eller från annat håll finns inte noterat i systemet men det kan enligt MOA-manualen (Sundqvist & Håmås, 2010) handla om t.ex. tid för röntgen, specialistkonsultation eller operation. Väntan på åtgärd från Arbetsförmedlingen kan enligt samma källa röra sig om möjligheter till arbetsprövning eller deltagande i något AF-projekt alternativt en rehabiliteringssamverkande aktivitet där AF är en part. På motsvarande sätt förklaras väntan på en åtgärd från Försäkringskassan kunna handla om beslut om sjukersättning och rätt till sjukpenning samt väntan på en arbetsförmågebedömning. Som exempel på väntetid på grund av annan åtgärd anges väntan på åtgärd hos arbetsgivaren eller kommunala arbetsrehabiliterande projektverksamheter där sådana finns.

Tabell 5. Totalt antal inrapporterade insatser, på och utanför vårdcentralen inklusive väntan på åtgärder, utöver sjukskrivning och uppdelat på kön, n=116. För varje person kunde flera insatser/åtgärder registreras.

		Frekvens
Män	Aktiv rehabiliteringsåtgärd på VC	44
	Aktiv åtgärd utanför VC	4
	Väntan på medicinsk åtgärd	9
	Väntan på annan åtgärd	3
	Väntan på åtgärd av Försäkringskassan	7
	Väntan på åtgärd av Arbetsförmedlingen	3
	Övrigt	2
	Total	**72**
Kvinnor	Aktiv rehabiliteringsåtgärd på VC	51
	Aktiv åtgärd utanför VC	8
	Väntan på medicinsk åtgärd	5
	Väntan på annan åtgärd	2
	Väntan på åtgärd av Försäkringskassan	3
	Väntan på åtgärd av Arbetsförmedlingen	2
	Övrigt	1
	Total	**72**

Inga anmärkningsvärda skillnader mellan könen noteras för registrerade åtgärder/insatser förutom när det gällde väntan på medicinsk åtgärd och väntan på åtgärd från Försäkringskassan där män i båda fallen i större utsträckning väntade på åtgärder. Nio män (15,5 %) väntade på medicinsk åtgärd jämfört med fem kvinnor (8,6 %) och sju män (12,1 %) väntade på åtgärd från Försäkringskassan jämfört med tre kvinnor (5,2 %).

Flera insatser/åtgärder kunde registreras för varje individ. För den undersökta gruppen varierade antalet insatser/åtgärder från 0 till 4 per person. Tre av fyra hade en insats eller väntade på en åtgärd (se tabell 6).

Tabell 6. Antal insatser/åtgärder inklusive väntan på insats/åtgärd per person, uppdelat på kön, n=116

		Frekvens	Procent
Män	**En** insats/åtgärd eller väntan på insats/åtgärd	45	77,6
	Två insatser/åtgärder eller väntan på insatser/åtgärder	10	17,2
	Tre insatser/åtgärder eller väntan på insatser/åtgärder	1	1,7
	Fyra insatser/åtgärder eller väntan på insatser/åtgärder	1	1,7
	Inga insatser/åtgärder eller väntan på insatser/åtgärder	1	1,7
	Total	**58**	**100,0**
Kvinnor	**En** insats/åtgärd eller väntan på insats/åtgärd	43	74,1
	Två insatser/åtgärder eller väntan på insatser/åtgärder	6	10,3
	Tre insatser/åtgärder eller väntan på insatser/åtgärder	3	5,2
	Fyra insatser/åtgärder eller väntan på insatser/åtgärder	2	3,4
	Inga insatser/åtgärder eller väntan på insatser/åtgärder	4	6,9
	Total	**58**	**100,0**

När det gällde olika typer av insatser och väntan på åtgärder fanns inga större skillnader mellan vårdcentraler som drivs av landstinget och de i privat regi med ett undantag. Det var dock betydligt vanligare vid privata vårdcentraler (97,2 %) att endast *en* åtgärd fanns registrerad jämfört med vad som var fallet för offentliga vårdcentraler (66,3) (se tabell 6b). Vid båda verksamhetsformerna var den vanligaste insatsen aktiva åtgärder på den egna vårdcentralen – 63,7 % för landstingsdrivna respektive 88,9 % för de privata alternativen.

Tabell 6b. Antal insatser/åtgärder inklusive väntan på insats/åtgärd per person på vårdcentral i olika regi.

		Frekvens	Procent
Offentlig	**En** insats/åtgärd eller väntan på insats/åtgärd	53	66,3
	Två insatser/åtgärder eller väntan på insatser/åtgärder	16	20,0
	Tre insatser/åtgärder eller väntan på insatser/åtgärder	4	5,0
	Fyra insatser/åtgärder eller väntan på insatser/åtgärder	3	3,8
	Inga insatser/åtgärder eller väntan på insatser/åtgärder	4	5,0
	Total	**80**	**100,0**
Privat	**En** insats/åtgärd eller väntan på insats/åtgärd	35	97,2
	Inga insatser/åtgärder eller väntan på insatser/åtgärder	1	2,8
	Total	**36**	**100,0**

I tabell 7 nedan redovisas hur dessa insatser och/eller väntan på insatser kombinerades på olika sätt. Noterbart är att den enda angivna insatsen/åtgärden i drygt 10 procent av fallen handlade om väntetid på en eller flera insatser eller åtgärder.

Tabell 7. Insatser utöver sjukskrivning på och utanför vårdcentralen, fördelat på kön, n=116

		Frekvens	Procent
Män	Ingen åtgärd	1	1,7
	Aktiv åtgärd VC	40	69,0
	Aktiv åtgärd och väntan på åtgärd	3	5,2
	Väntan på åtgärd	12	20,7
	Aktiv åtgärd VC och annan aktiv åtgärd	2	3,4
	Total	**58**	**100,0**
Kvinnor	Ingen åtgärd	4	6,9
	Aktiv åtgärd VC	42	72,4
	Aktiv åtgärd och väntan på åtgärd	5	8,6
	Väntan på åtgärd	1	1,7
	Aktiv åtgärd VC och annan aktiv åtgärd	5	8,6
	Övrigt	1	1,7
	Total	**58**	**100,0**

Förekomst av planer för behandling respektive återgång till arbete är två andra variabler som följs upp i MOA. I användarmanualen (Sundqvist & Håmås, 2010) anges att det med plan avses planerade åtgärder som tydligt beskrivs i journalen där det också ska framgå ”hur, när, var och av vem åtgärderna ska följas upp”.

I den studerade gruppen uppgavs en behandlingsplan finnas i de allra flesta fall. Endast i ett fåtal ärenden registrerades alternativet att upprättandet av en behandlingsplan inte var aktuellt (se tabell 8).

Tabell 8. Behandlingsplan, n=116

	Frekvens	Procent
Finns	108	93,1
Ej aktuell	3	2,6
Uppgift saknas	5	4,3
Total	**116**	**100,0**

I fyra av de fem fall där uppgift om behandlingsplan saknades fanns ett avslutningsdatum och anledning till avslut registrerat, varav två mot arbete. Den femte saknade uppgiften rör ett pågående sjukfall. Det förekom ingen nämnbar skillnad mellan vårdcentraler i landstingets regi och privata vårdenheter, när det handlar om förekomst av behandlingsplaner. Inte heller noterades någon anmärkningsvärd skillnad mellan könen i detta avseende.

Mot vad avslutas sjukfall och när i processen sker PR-team?

Till skillnad mot den allmänt förekommande behandlingsplanen rapporterades i knappt hälften av fallen att en plan för återgång till arbete förelåg. I fyra av tio sjukskrivningsprocesser beskrevs en sådan plan som ”ej aktuell”. I två fall (1,7 %) hade en plan för återgång inte övervägts (se tabell 9).

Tabell 9, Plan för återgång till arbete, n=116

	Frekvens	Procent
Ej aktuellt	47	40,5
Plan för återgång finns	55	47,4
Plan för återgång ej övervägd	2	1,7
Uppgift saknas	12	10,3
Total	**116**	**100,0**

Det råder stor skillnad mellan offentliga och privata vårdcentraler och mellan könen, när det handlar om förekomst av plan för återgång till arbete. I rehabiliteringsärenden enligt PR-team inom landstinget fanns sådana planer i 66,3 % av fallen (se tabell 9b). Motsvarande siffra för privata vårdcentraler var 5,6 %. Inom landstingsdrivna vårdcentraler ansågs upprättandet av en plan för arbetsåtergång ej vara aktuellt i 18.8 % av fallen. För privata alternativ var siffran 88,9 %.

Tabell 9b. Plan för återgång till arbete – en jämförelse mellan verksamhetsformer.

		Frekvens	Procent
Offentlig	Ej aktuellt	15	18,8
	Finns	53	66,3
	Ej övervägd	2	2,5
	Total	70	87,5
	Uppgift saknas	10	12,5
Total		**80**	**100,0**
Privat	Ej aktuellt	32	88,9
	Finns	2	5,6
	Uppgift saknas	2	5,6
Total		**36**	**100,0**

För män fanns en upprättad plan för återgång till arbete i 27,6 % av fallen (16 sjukfall) medan detta inte bedömts vara aktuellt i 35 ärenden (60,3 %) (se tabell 9c). För kvinnorna fanns en

sådan plan i 67,2 % av fallen medan upprättandet av en plan för återgång till arbete inte befunnits som aktuell för 12 kvinnor (20,7 %).

Tabell 9c. Plan för återgång till arbete – en jämförelse mellan könen

		Frekvens	Procent
Män	Ej aktuellt	35	60,3
	Finns	16	27,6
	Ej övervägd	1	1,7
	Uppgift saknas	6	10,3
	Total	**58**	**100,0**
Kvinnor	Ej aktuellt	12	20,7
	Finns	39	67,2
	Ej övervägd	1	1,7
	Uppgift saknas	6	10,3
	Total	**58**	**100,0**

Som tidigare nämnts visade det sig svårt att studera hur sjukskrivningen för enskilda fall förändrades i omfattning över tid. Analysen inriktades därför på att undersöka mot vad sjukfall avslutades och när i sjukskrivningsprocessen PR-team sätts in.

Mot vad ett sjukfall avslutades inrapporterades i relativt hög omfattning. Den enskilt största gruppen gick efter avslutat sjukfall till arbete eller studier (32,8 %) och ytterligare 12 % var fortsatt eller blev arbetssökande (se tabell 10 nedan). Om detta innebar en tillbakagång i tidigare sysselsättning går inte att utläsa ur materialet. Ett litet antal (2,6 %) gick till arbete till viss del och fick sjukersättning på resterande del. Ett mindre antal (3,4 %) gick från sjukskrivning till sjukersättning och lika många (4 personer) övergick till att bli sjukskrivna av annan instans.

För en knapp femtedel av de studerade ärendena saknas datum för avslut. Dessa sjukfall bedömdes som antingen pågående eller som nyligen avslutade. Tolkningen att en eventuell avslutning eller förlängning av pågående sjukskrivning inte förts in grundades på att slutdatum för sjukskrivningen låg under studieperiodens sista månad (mars 2012) eller efter sista dagen för studien dvs. den 1 april 2012 eller senare. I drygt 20 % av ärendena saknades uppgift om skäl för avslutat sjukfall.

Kvinnor som genomgick PR-team avslutades i högre utsträckning mot arbete eller studier (43 %) jämfört med männen (22 %). Särskilt tydligt är detta för PR-teamutredningar vid

vårdcentraler i Landstingets regi. Vid dessa avslutades 19 sjukskrivningar av 50 för kvinnor (38 %) mot arbete eller studier jämfört med vad som gällde för män, för vilka 4 av 30 manliga patienter (13 %) gick till arbete eller studier. Den enskilt största anledningen som angavs som skäl för avslutning av sjukfall för män var kategorin ”ej känt” (29,3 %). Se tabell 10 nedan. Det finns ingen skillnad mellan landstingsdrivna och privata vårdcentraler när det gäller andel patienter som avslutas mot arbete. Den stora skillnaden syns mellan män och kvinnor inte olika driftsformer.

Tabell 10. Anledning till avslut, jämförelse mellan kvinnor och män, n=116

		Frekvens	Procent
Män	Arbete	13	22,4
	Arbetssökande	7	12,1
	Arbete + sjukersättning	2	3,4
	Sjukersättning	3	5,2
	Sjukskriven av annan instans	1	1,7
	Pågående/nyligen avslut	10	17,2
	Övrigt	5	8,6
	Ej känt	17	29,3
	Total	**58**	**100,0**
Kvinnor	Arbete	22	37,9
	Studier	3	5,2
	Arbetssökande	7	12,1
	Arbete + sjukersättning	1	1,7
	Sjukersättning	1	1,7
	Sjukskriven av annan instans	3	5,2
	Pågående/nyligen avslut	10	17,2
	Övrigt	3	5,2
	Ej känt	8	13,8
	Total	**58**	**100,0**

När i sjukskrivningsprocessen sker PR-team?

En intressant fråga är när i sjukskrivningsprocessen en PR-teamutredning blir aktuell. För att få en uppfattning om detta jämfördes registrerat datum för sjukskrivning respektive för genomfört PR-team.

Resultatet visar att PR-teamutredning hade genomförts före sjukskrivningens början i 12 fall. För övriga (104 personer) låg tidpunkten för rehabiliteringsutredningen efter datum för pågående sjukskrivnings början. Av dessa utredningar genomfördes en knapp fjärdedel 23 % (27

stycken) av under sjukskrivningens första 90 dagar. Något färre, 20 % (23 utredningar), ägde rum mellan dag 91 och dag 180. Var tionde PR-teamutredning (10 %) genomfördes under sjukskrivningens andra halvår (se tabell 11). Den enskilt största gruppen som genomgick PR-team (36 %, 42 personer) var personer som varit sjukskrivna i mer än ett år.

Vid en jämförelse mellan könen (se tabell 11) noterades att för en dryg tredjedel (36,2 %) av kvinnorna genomfördes PR-team under sjukskrivningens första tre månader. Nästan hälften av männen (44,8 %) genomgick PR-teambedömning när de hade varit sjukskrivna i mer än 365 dagar. Motsvarande andel för kvinnorna var 27,6 %.

Tabell 11. Antal dagar mellan sjukskrivningsdatum och PR-team för män respektive kvinnor, n=116

		Frekvens	Procent
Män	0 - 90 dagar	6	10,3
	91 - 180 dagar	9	15,5
	181 - 365 dagar	9	15,5
	Mer än 365 dagar	26	44,8
	PR-team före sjukskrivning	8	13,8
	Total	**58**	**100,0**
Kvinnor	0 - 90 dagar	21	36,2
	91 - 180 dagar	14	24,1
	181 - 365 dagar	3	5,2
	Mer än 365 dagar	16	27,6
	PR-team före sjukskrivning	4	6,9
	Total	**58**	**100,0**

Samma slags jämförelse mellan olika verksamhetsformer visade att PR-team vid offentliga vårdcentraler oftast genomfördes under de första 90 dagarna av en sjukskrivningsperiod. Vid vårdcentraler i privat regi utfördes majoriteten av PR-teamutredningar (77,8 %) med patienter som varit sjukskrivna i ett år eller mer. Motsvarande andel för vårdcentraler som drivs av landstinget var 17,5 %. I den undersökta gruppen skedde PR-teamutredningar oftare efter den 365:e sjukskrivningsdagen vid privata vårdcentraler jämfört med vad som var fallet vid landstingsdrivna vårdcentraler. Se tabell 11b.

Tabell 11b. Antal dagar mellan sjukskrivningsdatum och PR-team för utredningar genomförda vid vårdcentraler i landstingets respektive privat regi.

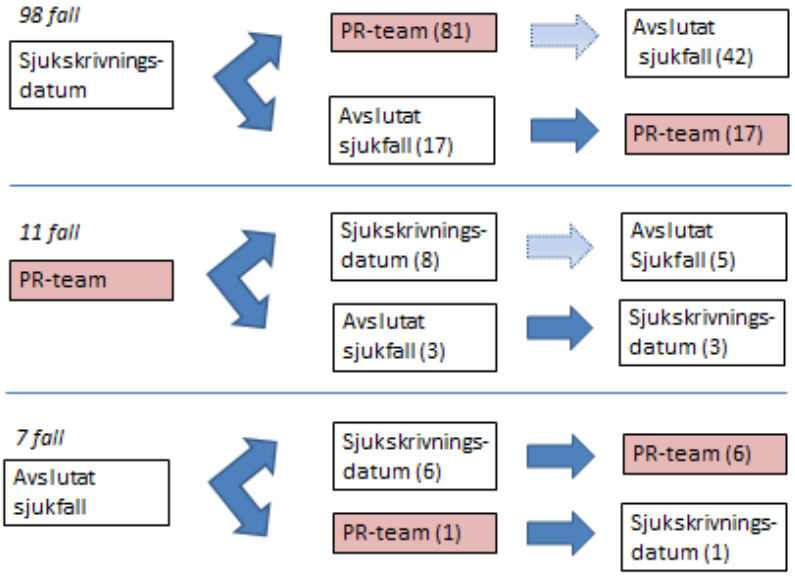
		Frekvens	Procent
Offentlig	0 - 90 dagar	27	33,8
	91 - 180 dagar	20	25,0
	181 - 365 dagar	12	15,0
	Mer än 365 dagar	14	17,5
	PR-team före sjukskrivning	7	8,8
Total		**80**	**100,0**
Privat	91 - 180 dagar	3	8,3
	Mer än 365 dagar	28	77,8
	PR-team före sjukskrivning	5	13,9
Total		**36**	**100,0**

Vid en närmare genomlysning visade det sig att PR-teamutredningen i 24 fall hade genomförts efter datum för avslutat sjukfall och i många fall ganska lång tid efter denna tidpunkt. Var i en sjukskrivningsprocess PR-teamutredning kommer in kan således variera. Detta faktum utgjorde grunden för fortsatt analys för att försöka förstå var i en sjukskrivningsprocess PR-team kommer in och vilken eventuell betydelse detta kan ha. Med utgångspunkt i sjukskrivningsdatum, datum för PR-team och datum för avslutat sjukfall som registrerats i MOA spårades delar av denna process (se tabell 12).

Tabell 12. PR-team i sjukskrivningsprocessen

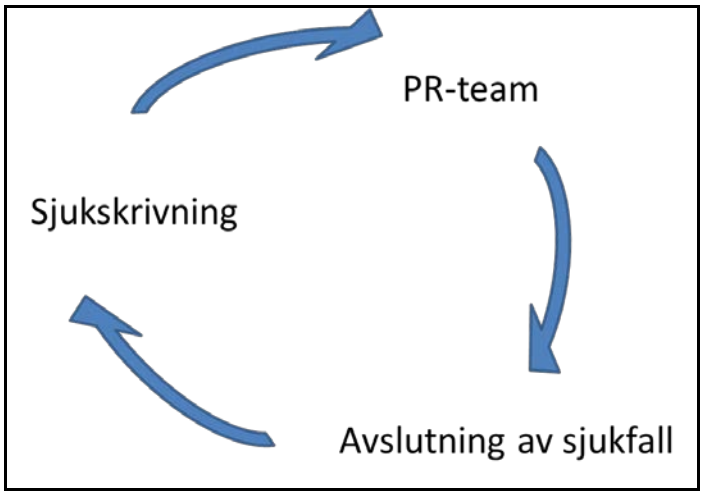
	Frekvens	Procent
Sjukfall - PR-team - ev. avslutat sjukfall	81	69,8
Sjukfall - avslutat sjukfall - PR-team	17	14,7
Avslutat sjukfall - sjukfall - PR-team	6	5,2
Avslutat sjukfall - PR-team - sjukfall	1	,9
PR-team - sjukfall - ev. avslutat sjukfall	8	6,9
PR-team - avslutat sjukfall - sjukfall	3	2,6
Total	**116**	**100,0**

Flertalet utredningar (81 fall) följde ordningen där PR-team (A) kom som en åtgärd under en pågående sjukskrivning. Denna kunde sedan ha avslutats eller vara fortsatt pågående. Nästan var fjärde PR-team (24 fall) ägde rum efter datum för avslutat sjukfall (B). För den tredje största gruppen var den tidsmässiga startpunkten en PR-teambedömning som sedan följdes av ett sjukfall och eventuellt avslutande av detsamma (C). Samma uppställning kan beskrivas i följande bild:



Figur 1. Var PR-team kommer in i sjukskrivningsprocessen. Ljusblå pilar indikerar att det finns ett antal pågående sjukskrivningsprocesser som inom kortare eller längre tid kan komma att avslutas.

När sjukskrivningsdatum, tidpunkt för PR-team och datum för avslutande av ett sjukfall sätts i relation till vartannat växer en bild fram av olika möjliga kronologiska förlopp där var och en av de tre valda tidpunkterna tycktes kunna utgöra såväl startpunkt, mellanläge och slutpunkt där mönstret skiftade beroende på vald startpunkt, och där punkterna inbördes tycktes kunna växla plats.



Figur 2. Sjukskrivningsförloppet som en cirkulär process

Ordningsföljd A (sjukfall → PR-team → avslut), som i totalgruppen är det dominerande mönstret med 70 % av alla fall, var något vanligare bland kvinnor 77,6 % jämfört med 62,1 % bland männen och förekom mycket oftare i rehabiliteringsutredningar vid offentliga vårdcentraler (85 %) jämfört med hur det var för privata alternativ (36,1 %). Ordningsföljd A var mindre vanligt i den yngsta åldersgruppen 23-30 år (40 %) och för diagnosgruppen ”övrigt” (54,5 %) samt förekommer i 50 % av fallen som avslutas mot arbetslöshet (arbetssökande) och sjukersättning. Ingen noterbar skillnad märks mellan de kategorier av sysselsättning som berör större andel av personerna i studien.

För de sjukfall som kan räknas till ordningsföljd A (se ovan) eller B (där PR-team kronologiskt föregår både sjukskrivnings och avslutningsdatum) är det möjligt att beräkna hur lång tiden är mellan PR-team och avslutandet av ett sjukfall. Som går att utläsa ur figur 1 och tabell 13 nedan utgjorde de två kategorierna totalt 50 sjukfall som hade avslutats efter genomfört PR-team och 42 personer med pågående sjukskrivning (gruppen ”ej avslutat sjukfall”). Av de 50 personer där ett datum för avslutad sjukfall efter PR-team finns angivet hade 21 sjukskrivningar (42 %) avslutats inom 3 månader, 11 fall (22 %) inom 3-6 månader och 14 fall (28 %) under det andra halvåret efter PR-teamutredning. De 24 patienter som genomgick PR-team efter datum för avslutat sjukfall har då räknats bort.

Tabell 13. Antal dagar mellan PR-team och avslutning av sjukfall

	Frekvens	Procent
0-90 dagar	21	18,1
91-180 dagar	11	9,5
180-365 dagar	14	12,1
mer än 365 dagar	4	3,4
Ej avslutat sjukfall	42	36,2
Avslut före PR-team	24	20,7
Total	**116**	**100,0**

Sammanfattning delstudie 1

Ett övergripande resultat var att data som inrapporterats i MOA bara till viss del kan användas för uppföljning av modellen PR-team. Förväntningen att kunna följa förändringar i sjukskrivningsgrad över tid visade sig omöjlig på grund av att uppgifter om detta relativt sällan var ifyllda i MOA. Något som i sin tur beror på att dessa uppgifter är frivilliga för vårdcentralen att fylla i och för undersökningsperioden därför bara sporadiskt registrerade. Antalet sjukfall som ännu inte avslutats när minst ett år gått sedan genomfört PR-team var 36 %.

Ett slående resultat är att exakt lika många män som kvinnor rapporterades ha genomgått PR-teamutredning under det halvår delstudien avser. Av de 116 teamutredningar som ingår i delstudien, hade sju av tio (69 %) genomförts vid en offentlig vårdcentral. Mellan män och kvinnor, liksom mellan verksamhetsformerna, framträdde andra skillnader såsom att:

- fler män hade genomgått rehabiliteringsutredning vid privata vårdcentraler (48,3 %) jämfört med kvinnorna som i 86,2 % av fallen genomgått utredningen vid en landstingsdriven vårdcentral.
- andelen arbetslösa var dubbelt så hög för manliga patienter (37,9%) som för kvinnliga (17,2 %), som i 77,6 % av fallen hade ett arbete. Hälften av männen hade arbete.
- psykisk ohälsa angavs något oftare för kvinnor (13 %) än för män (9 %) som istället något oftare rapporterades tillhöra diagnosgruppen ”övrigt”.
- skillnaden var stor när det handlade om förekomst av plan för återgång till arbete mellan offentliga vårdcentraler (66,3 %) och privata alternativ (5,6 %), samt mellan kvinnor (67,2 %) och män (27,6 %).
- en tredjedel (33,8 %) av PR-teamutredningarna vid offentliga vårdcentraler hade genomförts under de första 90 dagarna av en sjukskrivningsperiod. Vid vårdcentraler i privat regi utfördes majoriteten av PR-teamutredningar (77,8 %) med patienter som varit sjukskrivna i ett år eller mer.
- var tredje kvinnlig patient (36,2 %) hade genomgått utredningen under dag 1-90 av sjukskrivningen medan nästan hälften av männen (44,8 %) hade varit sjukskrivna mer än ett år före rehabiliteringsutredningen.
- kvinnors sjukskrivning avslutades nästan dubbelt så ofta mot arbete eller studier (43 %), jämfört med männen (22 %). Detta var särskilt tydligt för PR-teamutredningar

vid vårdcentraler i Landstingets regi där 19 sjukskrivningar av 50 för kvinnor (38 %) avslutades mot arbete eller studier. Motsvarande siffra för männen var 13 %.

- väntan på en eller flera insatser utgjorde den enda angivna åtgärden för drygt 10 procent av patienterna. Flertalet av dessa var män.
- för något fler kvinnor än män låg datum för sjukskrivning före datum för PR-teamutredningen. Det var betydligt vanligare att utredningen föregicks av sjukskrivning om den genomförts vid en offentlig vårdcentral än vid en vårdcentral i privat regi.

Några resultat gällde generellt och skillnader mellan kön och verksamhetsform var ringa:

- besvär från rörelseapparaten var den dominerade diagnosgruppen 61,7 % (71 personer) och var den vanligast förekommande diagnosgruppen för både män och kvinnor (60,3 respektive 62,1 %).
- den vanligast förekommande insatsen för både kvinnor (72,4 %) och män (69 %) beskrevs som aktiva rehabiliteringsåtgärder på vårdcentralen.
- även om vissa smärre skillnader kunde urskiljas angående var i rehabiliteringsprocessen en PR-teamutredning sker, tycks kommer

Att svara på frågan om vem som blir aktuell för en PR-teamutredning är inte alldeles enkelt utifrån resultatet av delstudie 1. Diagnoser som innebär problem i rörelseapparaten utgör den primära målgruppen för utredningen – åtminstone som ingångsdiagnos. Kategoriseringen av diagnoser är dock så grov att det är svårt att utläsa vad egentligen avses. Med tanke på att kvinnor i högre utsträckning än män är långtidssjukskrivna är det anmärkningsvärt att PR-teamutredningar rapporterades för lika många män som kvinnor under den studerade tidsperioden. Samtidigt visar siffrorna att kvinnor både hade ett arbete i högre utsträckning och oftare återgick till arbete eller studier, jämfört med männen. Detta kan förklaras av att PR-teamutredning för kvinnor oftare hade genomförts relativt tidigt i sjukskrivningsperioden och under den fas i rehabiliteringskedjan när arbetsförmåga ska prövas mot ordinarie arbete. Utifrån när i rehabiliteringsprocessen PR-teamutredning genomförs tyck männen ha befunnit sig längre ifrån arbete. Detta bekräftas också av att fler män rapporteras vara arbetslösa. Att männen oftare genomgick utredningen vid en privat vårdcentral skulle kunna förklaras av att män i högre utsträckning söker vård vid privata vårdcentraler. Om detta är fallet är dock är en fråga som inte har studerats i den här studien.

Delstudie 2. Primärvårdens rehabiliteringsteam i aktion

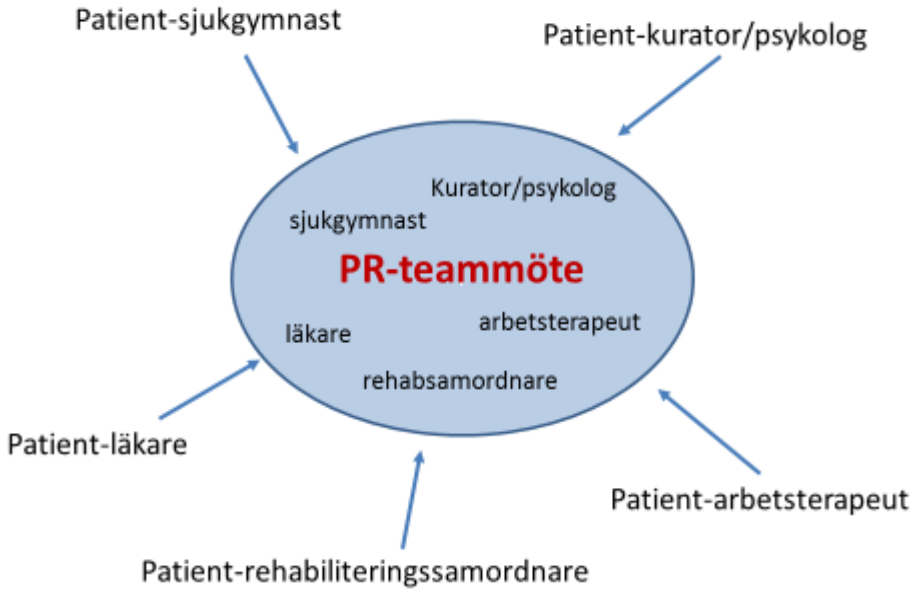
Den andra delstudien sätter fokus på själva PR-teammötet och på teammedlemmarna i aktion och i interaktion med varandra. Avsikten var att förstå och beskriva mötet som aktivitet och arbetsmodell för att utreda och bedöma individuella patienters rehabiliteringsbehov.

Delstudien bygger på observationer och inspelningar från fem PR-teammöten vid fyra olika vårdcentraler samt 12 intervjuer med mötesdeltagare om genomfört möte. Längden på de observerade teammötena varierade från ca 30 minuter upp till ca 1 timme och 30 minuter. Sammantaget ingick 25 personer i delstudien. Av dessa var 19 kvinnor och övriga sex män.

Sex av intervjuerna genomfördes direkt efter mötesobservationen och handlade om det nyss avslutade mötet (se intervjuguide i bilaga 5a). Sex intervjuer genomfördes med mötesdeltagare vid ett senare tillfälle då intervjupersonen ombads utgå från ett specifikt PR-teammöte som genomförts efter det observerade mötet. Dessa intervjuer genomfördes via telefon enligt en delvis modifierad intervjuguide (bilaga 5b). Av de intervjuade var tre män och nio kvinnor. Deltagarna i delstudie 2 representerade olika professioner och roller såsom arbetsterapeut, kurator, läkare, psykolog, sjukgymnast samt rehabiliteringssamordnare. Den sistnämnda som vanligen har detta samordnaransvar på en del av sin arbetstid, fungerar i övrigt utifrån sin professionstillhörighet. Vilken profession rehabiliteringssamordnaren har varierar dock mellan olika vårdcentraler. I den här studien är det i rollen som samordnare de omnämns om de inte själva valt att beskriva mötet ur även sitt yrkesmässiga perspektiv.

PR-teammötets organisering och genomförande

PR-teammötet följer som det avslutande steget av primärvårdens rehabiliteringsutredning. Tanken är att genom mötet knyta ihop, utbyta och sammanfoga information om en enskild patient som utretts utifrån olika professionella perspektiv. Det är därmed ett möte som bygger vidare på andra möten fast av ett annat slag och med delvis andra deltagare. Nedanstående figur åskådliggör detta skeende.



Figur 3. PR-teammötet, dess deltagare (oftast) samt hur detta föregås av en serie möten mellan enskilda professionella och den aktuella patienten som dock ej medverkar vid PR-teammötet.

PR-teammötets del av rehabiliteringsutredningen som en sammanhängande process märks också tydligt i analysen av de observerade/inspelade mötena och i intervjuerna med deltagare i olika PR-teammöten.

Teamets sammansättning

Teamsammansättningen har vid samtliga möten varit tvärprofessionell, med endast små variationer. Det som kunde skilja sig var att teammedlemmar från professioner med delvis liknande arbetsuppgifter och kunskapsområden ersatte varandra, i detta fall var det antingen en psykolog eller en kurator som medverkade. Vid samtliga studerade teammöten deltog dock en läkare, en sjukgymnast och en arbetsterapeut samt antingen en psykolog (i tre möten) eller en kurator (i två möten). Dessutom medverkade vårdcentralens rehabiliteringssamordnare vid samtliga möten som observerades. Vart och ett av de fem observerade PR-teammötena inkluderade fem teammedlemmar.

Vid vårdcentralerna beskrevs olika rutiner för sammansättningen av ett PR-team. I grova drag beskrevs två sätt att organisera teamet omkring en rehabiliteringsutredning. Ett sätt var att låta ett PR-team bestå av i stort sätt samma personer vid varje rehabiliteringsutredning så att

gruppen utgjordes av ett fast team. Det andra sättet var att låta teamets medlemmar variera beroende på vilka personer och professioner som varit involverade i kontakten med patienten.

Nedan följer ett citat från en vårdcentral med fast PR-teamorganisation där det upplevdes som en fördel att teamet alltid består av samma personer/individer i teamet:

> *Vi är ganska tighta… Vi kan varandra och får ett gemensamt tänk.*

Vid en vårdcentral där teammedlemmarna varierade kunde det istället upplevas naturligt och fördelaktigt att den som har ansvar för patienten också är den som är med vid PR-teammötet.

PR-mötets form och innehåll - Vad diskuteras vid ett PR-team-möte och hur?

Några av vårdcentralerna hade schemalagda och reserverade dagar för PR-team medan andra planerade in möten allt utifrån de behov som uppstod. Trots att teamsammansättningen utifrån profession var likartad vid de studerade PR-teammötena kunde teammötet variera i längd och diskussionens innehåll. Skillnader kunde urskiljas både gällande *vad* som diskuterades och *hur* man valde att genomföra sin PR-teambedömning.

Även om en rehabiliteringssamordnare deltog i alla möten kunde den roll som hon/han tog eller fick variera mellan olika möten och olika team. Vid två av vårdcentralerna hade rehabiliteringssamordnaren en tydlig roll att leda PR-teammötet, medan rehabiliteringssamordnaren vid de två andra vårdcentralerna deltog i mötet – dock utan att ha en lika aktiv roll i den gemensamma bedömningen som övriga teammedlemmar. Deras uppgift var istället att samordna teamet och att bidra med formella kunskaper kring PR-teammötets syfte och struktur. I dessa fall hade samordnaren en roll att fungera som ”backup” för PR-teamet. Vidare märktes skillnader avseende hur gruppens medlemmar valde att förbereda sig inför mötet med teamet. Många förberedde sig genom att fylla i sin del av formuläret (PR-teamblanketten) före mötet. I andra fall beskrevs den egna bedömningen vara en del av förberedelsearbetet före teamträffen.

För att få en helhetsuppfattning kring vad som har diskuterades under ett PR-teammöte gjordes en kategorisering av samtalsinnehållet i de observerade PR-teammötena. I grova drag går det att urskilja fyra olika innehållsliga teman i samtalen. Dessa utgörs av: *diskussion rörande formuläret (PR-teamblanketten), bedömningen av patienten, kunskapsutbyte* samt *diskussioner med ett socialt tema*. Innehållet i dessa samtalskategorier presenteras närmare i

tabell 14 nedan. Tabellen visar också hur stor andel av mötestiden som temat/diskussions-ämnet upptog totalt för de fem studerade PR-teammötena.

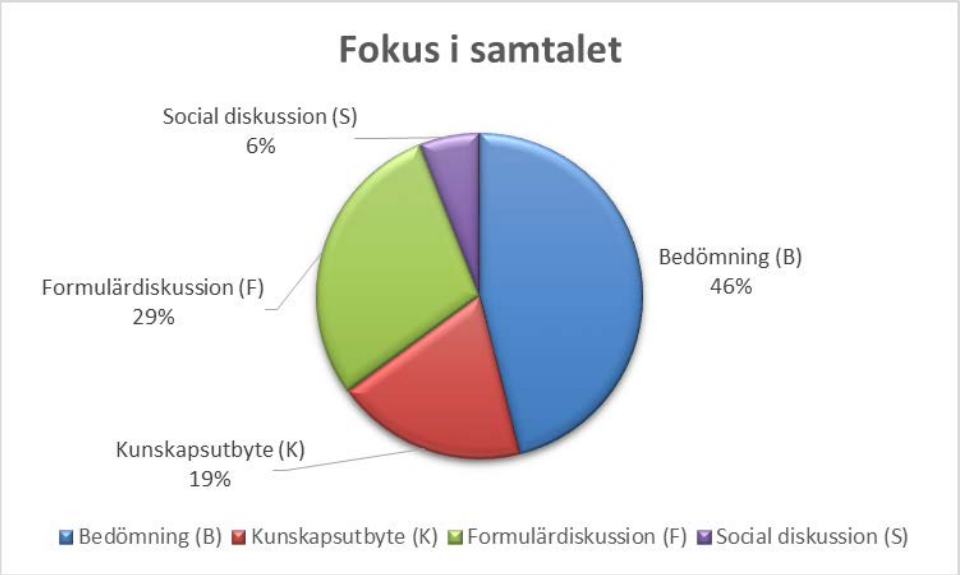
Tabell 14. PR-teammötets innehåll utifrån fyra huvudområden. Samtalen längd inom varje område samt sammanlagd observerad PR-teamtid i procent.

Diskussion rörande	**Beskrivning av innehåll**	**Bedömd tid i % av samtliga PR-teammöten**
Bedömning/fördjupad diskussion av patientens problematik (B)	inriktat mot den enskilde patienten och hans/hennes problematik	46
Formulär (F)	ifyllande av formuläret, tolkning av koder, regler och rutiner	29
Kunskapsdiskussion (K)	kunskapsutbyte, förhandling om bedömning	19
Social diskussion (S)	innehåller samtal av personal-social karaktär som inte tydligt hör till uppgiften för mötet (om t.ex. TV-program, konferenser, andra möten etc.) – ofta som inledning eller avslutning av mötet	6

För att möjliggöra vidare kategorisering av de mest utmärkande kategorierna (bedömning, formulär, kunskap och socialt) har huvuddragen i samtalen varit styrande. Det är viktigt att påpeka att detta ger en ungefärlig bild av samtalets innehåll då det inte finns klara eller exakta gränser för vad som är det ena eller det andra.

De diskussioner som handlade om *formuläret* (F) är enklast att kategorisera då de rörde formaliteter. Exempelvis kunde teamets diskussion handla om *vad* som skulle skrivas i vilken ruta i formuläret. Hit hör även diskussioner kring *om* och *var* olika bedömningar av patienter som skulle föras in i dokumentet samt hur man skulle tolka detta. Det blir i det här sammanhanget tydligt att formuläret i hög grad var styrande. Detta var också något som framgick av intervjuerna.

Diskussionskategorierna *kunskap* (K), *bedömning* (B) och *sociala diskussion* (S) framträder däremot inte lika tydligt då de innehållsligt kan tendera att sammanflätas med varandra i den diskussion som förs kring patienten.



Figur 4. Genomsnittlig tid för kategorierna: bedömning (B), kunskapsutbyte (K), formulärdiskussion (F) och social diskussion (S).

Figuren gestaltar på ett överskådligt sätt hur stor del av den sammanlagda mötestiden för samtliga studerade möten som i genomsnitt ägnades åt de olika typerna av samtalsinnehåll. Den visar också hur uppgiftsinriktade dessa PR-teammöten var. Nästan halva samtalstiden handlade om bedömningen (B). Näraliggande är kategorin kunskap (K) eftersom den många gånger hade en tydlig koppling till och relevans för bedömningen av patienten. Mer än en fjärdedel av PR-teammötet handlade om formuläret (F) och hur detta skulle fyllas i. De vårdcentraler som själva ansåg sig vara mindre rutinerade rörande PR-teammöten använde också längre tid för diskussion omkring blanketten.

I följande avsnitt bygger redovisningen på analyser av interaktionen i PR-teamen. Citaten är ”ordagranna” men sådant som upprepningar, avbrott och mm-anden har tagits bort för att underlätta läsningen. De yrkesprofessioner som talar har förkortats enligt följande: *A = arbetsterapeut, K = kurator, L = läkare, P = psykolog, R = rehabiliteringssamordnare och S = sjukgymnast*.

Exemplet nedan är hämtat från en sekvens då en av PR-teamgrupperna pratar om patientens problematik i relation till tunga lyft på arbetsplatsen. Här vävs bedömning (B) samman med kunskap (K). Det som inte framgår av citatet nedan är att samtalet inleds med en tydlig

bedömningsdiskussion. Exemplet visar hur samtalet övergår till ett allmänt kunskapsutbyte om arbetsmiljölagstiftning.

L: -"… här finns det moment som inte går ihop med hans ryggproblematik… enligt arbetsmiljölagen är det upp till arbetsgivaren att anpassa arbetsplatsen till sina anställda".

Bedömningsdiskussionen (B) nedan visar att läkaren tycker att det är viktigt att diskutera bedömningar i teamet och vill höra om de andra professionerna har samma eller annan uppfattning.

L: -"Fibromyalgin är sannolikt en kronisk diagnos och har sin funktionsnedsättning och jag bedömer ju då, jag bedömer det som att det är … jag har valt att anse då hittills, att jag tycker det…"

"… sen är det ju… om det hade kommit fram här nu en helt annan bild, då hade jag ju börjat fundera på hur ska man se på detta…"

Nästa exempel visar hur en PR-teamgrupp fördjupar sig i en diskussion som rör de formella delarna av PR-teambedömningen. De är överens om bedömningen av patientens resurser och sårbarhetsfaktorer, men kan inte hitta hur detta ska dokumenteras. Samtalet övergår därför i en formulärdiskussion (F) om *hur* och *vad* man ska fylla i PR-teamformuläret. Under tiden som teamet diskuterar detta samt inleder bedömningen av patientens funktionsnedsättning börjar en av teammedlemmarna att bläddra efter ICF- koder. Detta tycks ske med avsikt att PR-teamformuläret ska bli riktigt ifyllt.

A: - "Jag ska hämta min bok…"

S: - "Med koderna?"

Arbetsterapeuten går ut ur rummet för att hämta boken med ICF-koder. Samtalet kring bedömningen avtar och fokuserar mer på vad som ska fyllas i och hur detta ska skrivas.

A: -"Dom måste väl skattas också? (pekar på en ruta i formuläret)

S: - "Nej, det måste dom inte göra. Eller vad menar du?…

A: - "Alltså siffran efter".

S: - "Vi gör ju inte alltid det. Tycker ni att vi ska göra det? (Riktar sig mot övriga teamet).

A: - "Det trodde jag alltså …"(tar fram boken med ICF-koder).

L: - "Grad utav?"

S: - ”Nej, då blir det inte graden av, utan då preciserar man var det är någonstans”

A: - ”Nej, utan den här som är efter punkten… den är ju grad utav problem…” (pekar på en ruta i PR-teamformuläret samt i ICF-boken). ”Det var det jag menade, att det måste kanske in. Alltså man kanske inte behöver precisera 4301”.

S: -”Slå upp på smärta och kolla där! Så finns det ju att man kan sätta punkter efter…” (riktat till A).

Diskussionen visar i exemplet på vilken detaljnivå diskussionen i ett PR-team ibland hamnar då det gäller ifyllandet av blanketten för PR-teambedömning. Samtalet är här väldigt fokuserat på blanketten och att den ska bli korrekt ifylld. Samtidigt visar exemplet hur deltagarna är inriktade på samarbete och att uppnå samförstånd. Denna strävan märks genom de frågor som ställs till övriga medlemmar och den försiktighet som präglar uttalandet av egna ståndpunkter genom att med ord som ”kanske” göra det möjligt för andra att komma med en motsatt åsikt.

Analyserna av filmerna och observationerna visar att de PR-team där diskussionen inte hade lika stort fokus på ifyllandet av formuläret istället använde mer av sin teamtid för att utveckla samtalandet om patienten och hans/hennes behov (observation nr 4 och 5 nedan).

Tabell 15. Procentuell del i mötestiden uppdelat per diskussionsområde och PR-teammöte:

Diskussionstid i % för varje tema och PR-team				
Observerat PR-teammöte	**Bedömning**	**Formulär**	**Kunskap**	**Social karaktär**
PR-team 1	37	40	18	5
PR-team 2	45	23	22	10
PR-team 3	37	46	10	7
PR-team 4	65	8	25	2
PR-team 5	64	13	13	10

Teammedlemmar om teamarbetet

Intervjuerna vittnar om att både förberedelsetiden inför ett PR-team möte och vanan/rutinerna kring PR-teammöten är två viktiga faktorer som kan påverka mötets effektivitet. Nedan kommer några exempel på vad de intervjuade anser om förberedelser samt mötesrutiner.

Det är olika hur man hanterar det formulär som ska fyllas i. Några tyckte att det fungerar bra att gemensamt fylla i PR-teamblanketten, medan andra istället ansåg att den bör vara ifylld redan när man kommer till mötet för att få en mer effektiv planering.

> *A: Ofta så händer det att inte alla har fyllt i denna blanketten, och det är väl oftast doktorerna som inte har gjort det, och då kan det kännas som icke effektiv tid och lite som att man servar doktorn med det han skulle ha gjort också. Det tar tid från det andra arbetet.*

Vid en vårdcentral uppgavs att man tidigare, när man började arbeta enligt PR-team, använde mer av sin PR-teamtid till att fylla i blanketten eftersom man inte hade utarbetade rutiner. Detta innebar ofta att man inte hann med den gemensamma slutdiskussionen.

> *R: I början hade vi väldigt svårt att hinna med…, när tiden var ute och läkaren var tvungen att gå, då hade vi ändå inte knutit ihop det och det kändes väldigt otillfredsställande.*

För att få ett mer tillfredsställande arbetssätt och effektivare PR-teammöten beskriver den intervjuade att personalen gemensamt resonerade omkring hanteringen och genomförandet av PR-team. Vid diskussioner kom teamet fram till att man skulle organisera upp sina möten och hålla sig till ett mer välstrukturerat upplägg. Man införde riktlinjer för att hinna med och för att hålla fokus på det man tyckte var viktigt i diskussionen, dvs. resultatet/konklusionen. Ett PR-teammöte (för just denna vårdcentral) tar enligt intervjupersonen ca 1½ timme. En teammedlem från vårdcentralen beskriver hur deras PR-teammöten numera i huvudsak är indelade i tre moment:

1. *först har vi en öppen diskussion utifrån den information vi har fått vid patientmötet, ca 10 -15 min. … Detta i början ska inte behöva ta så lång tid …*
2. *sen diskuteras de första frågorna i manualen, ca 30 min.*
3. *ICF och planering av vad vi ka erbjuda patienten tar vi resterande tid. Det är ändå där som vi vill ägna fokus… vi vill se vad vi kan erbjuda patienten. Detta är det vi tycker är viktigt…*

Även några av intervjuerna från andra vårdcentraler vittnar om att de första PR-teammötena hade varit mer trevande utifrån blanketten och upplägget av mötet. Vid återkommande möten blev det lättare att fokusera på vissa delar och genomföra dessa PR-teammöten på ett mer effektivt sätt. Flera menade att om var och en, som deltar i ett PR-teammöte, före mötet har gjort en bedömning utifrån sitt möte med patienten och även fyllt i blanketten, så skulle möte-

stiden automatiskt bli kortare och mötet mer effektivt. Vid intervjun med en teamdeltagare framgår att det är en förutsättning att varje deltagare har gjort sin bedömning före mötet.

> *L: Det har satt sig med tiden. I början var det inte riktigt så, utan det var många som inte hade fyllt i dom där blanketterna …. då gick vi ut och hade en allmän information om att det ska vara ifyllt och klart när vi träffas.*

Detta framgår också av andra intervjuer. Dessa intervjupersoner menade att teamet vid den egna vårdcentralen ännu inte har skapat tillräckligt tydliga rutiner för sina PR-teammöten och att det därför finns en osäkerhet i gruppen kring hur detta ska genomföras. I en annan intervju beskrev en teammedlem att det är bra att mötas i PR-team, men att det tar tid.

> *K: Det tar tid innan vi har lärt oss blanketten - att fylla i den. Det tar tid at besvara blanketter, men så är det ju alltid i början, när någonting är nytt. Man kan känna osäkerhet - en del saker som är en fördel kan också vara en nackdel, vad är en resurs och vad är begränsning? Det kan ibland vara båda delarna …*

De vårdcentraler som hade genomfört ett flertal teambedömningar beskrev sig ha fått rutin för ifyllandet av blanketten och ansåg sig inte behöva arbeta med detta under det gemensamma teammötet.

Faser i PR-teammötet

Institutionella möten karaktäriseras oftast av någon slags indelning i olika faser (Linell, 1990) beroende på den uppgift de professionella har att lösa i samtalet. Vanligen beskrivs faser för institutionella möten där patienten eller klienten deltar men också i många andra tydligt uppgiftsorienterade möten går det att identifiera olika faser. För PR-teammötet utgör dess del av hela rehabiliteringsutredningen enligt PR-team en viktig förförståelse och grund för en analys av fasindelningen. Inte bara det som sker i det direkta mötet, utan också hur ärendet har aktualiserats, hur varje teammedlem hanterar länken mellan sitt eget individuella möte med patienten som utreds och hur blanketten är utformad och tolkas har sannolikt betydelse för hur PR-teammötet gestaltar sig.

Aktualisering

En aktualisering av en PR-teambedömning sker vanligtvis av en läkare. Åtta av de intervjuade svarade utan att tveka att det var läkaren som indikerade att man behövde träffas angående en viss patient. Det förekom också beskrivningar som visar att det kan vara en kombination av två eller flera professioner som lett fram till beslutet att genomföra en PR-

teamutredning. Någon nämnde att en remiss från företagshälsovården eller att patienten efterfrågade en tvärprofessionell bedömning kunde vara skäl till aktualisering.

Förberedelser och inledning

Den inledande delen av ett PR-teammötet varierade beroende på hur mycket och på vilket sätt respektive teammedlem har förberett ärendet inför mötets genomförande. Förberedelserna kan också spela roll för den gemensamma bedömningen.

På frågan om man hade förberett sig inför PR-temamötet varierade svaren något. Ibland beskrevs patientkontakten vara den faktor som avgör vem/vilken profession/teammedlem som ansågs ha mest information före mötet. Flera av de intervjuade beskrev att förberedelserna tveklöst är det som avgör mötets effektivitet.

> *S: Alla hade förberett inför det mötet och hade fyllt i sina delar på blanketten och det underlättar väldigt mycket. Jag tycker att man kan fokusera lättare på det man ska och det gör att man får mer diskussionsutrymme för de sista frågorna i blanketten… som rör vidare planering kring patienten.*

Någon beskrev den motsatta åsikten och hävdade vikten av att inte vara påverkad av information före PR-teammötet:

> *K: Jag brukar komma ganska blank till mötet... Det är här man får information. Allt står inte på pappret ändå. Det där pappret är ganska fyrkantigt, tycker jag. Utan det är ju någonstans här man får reda på i guppen … ”aha”…*

Nedan följer ytterligare några exempel på hur man beskriver sin egen förberedelse inför ett PR-teammöte:

> *S: Jag träffar patienten och förbereder blanketten, men inget speciellt…*
>
> *P: Inte mer än att jag intervjuat patienten och skrivit ner det i PR-teamblanketten…*
>
> *L: Förberedelsen består i att vi träffar patienten. Vi gör en individuell bedömning var och en först och sen skriver vi ner det i PR-teamblanketten. Vi har sagt att alla ska ha gjort sina anteckningar i den gemensamma blanketten, då läser man igenom detta innan. Så man är i alla fall ganska väl förberedd.*

Valet att förbereda sin egen bedömning utifrån blanketten eller att ”komma blank” till mötet antyder två olika inställningar till själva mötets betydelse för den gemensamma bedömningen. I den första tycks mötet mer utgöra en uppsamling av olika personers individuella

tidigare bedömning medan den andra tyder på uppfattningen att det är under samtalet vid mötet som bedömningen sker.

Bedömningen

Hur teamet genomförde sin PR-teambedömning tycks i hög grad bero på hur man valt att förbereda sig inför mötet samt vilken vikt man gav blanketten under mötet. Team som valde att fokusera på blanketten i bedömningssituationen blev stundtals ganska upptagna av detaljerna i den och bedömningsdiskussionerna kunde då handla om detaljer som blanketternas koder.

A: Det är svårt att bedöma var det ska ligga… Men vi sätter en 3:a där då.

S: Det är ju inte så om hon (patienten) inte kan, vi kan ju inte sätta en 4.a!?

Eller en fråga som riktar sig till gruppen:

S. Stresskänslighet - finns det någon kod för det?

Parallellt med kodningen i ovanstående exempel pågick en kvalificerad bedömning av patientens förmågor. Denna kom dock i skymundan av diskussionen som rörde det manualstyrda kodningsarbetet. Deltagarna förklarade att det ofta blev så på grund av deras ovana att arbeta med PR-teamblanketten och koderna, inte på grund av en tvekan om hur man skulle bedöma patienten.

Motsatsen till det nyss nämnda uppstod när den observerade gruppen riktade hela sitt fokus på patienten, istället för blanketten. Här pågick inget gemensamt ifyllande av PR-teamblanketten. Detta sköttes istället under tystnad av rehabiliteringssamordnaren som ansvarade för att blanketten blev komplett utifrån de beslut som gemensamt fattades i gruppen under PR-teammötet.

Betydelsen av varje teammedlems bedömning utifrån sin professionella kunskap föreföll i olika sammanhang bli meningsfull för teamets gemensamma bedömning. Vem/vilka som tillförde information om patienten och på det sättet bidrog med underlag till utredningen hörde samman med vem som haft mest kontakt med patienten. Att höra andra professioners syn och bedömning beskrevs som en stor hjälp i den gemensamma bedömningen:

A: Det ger mycket bredare bild än jag själv får fram.

Uppfattningen att det kändes tryggt att påbörja en rehabilitering när man vet hur man ska gå tillväga och att det kändes bra att ha hört andras utlåtanden dominerade i efterintervjuerna.

Flera teammedlemmar uttryckte också en tillfredsställelse över att veta att den egna bedömningen blev till god nytta i den gemensamma diskussionen, som i nedanstående exempel.

A: Min bedömning fick utrymme och kunde stärka doktorn i hans beslut.

Under ett PR-teammöte fattas ofta flera gemensamma beslut som kan få stor betydelse för patienten. I några intervjuer beskrev intervjupersonen sig ha haft en känsla eller en misstanke om något rörande patienten, utan att vara säker på sin sak. Vid PR-teammötet kunde det hända att en sådan känsla eller misstanke bekräftades genom att andra i teamet uttryckte samma slags känsla. Samtidigt som det upplevdes som positivt att den egna funderingen blev stärkt, uttryckte intervjupersonerna en medvetenhet om att man genom att delge teamet sina aningar också kunde påverka andra professioners bedömning.

Det fanns en tydlig avslutande fas i varje observerat PR-teammöte. Denna inleddes genom att någon i teamet sammanfattade teamets bedömning och de åtgärder man hade enats om. En kortare diskussion kring vem som skulle återkoppla teamets samlade bedömning till patienten förekom också i samband med avslutet.

Mötesdeltagarnas värdering av PR-team

Under intervjuerna tillfrågades teammedlemmarna även om sin syn på PR-team som modell för rehabilitering i primärvården. I det följande presenteras deltagarnas uppfattning om vilket resultat som åstadkommits med användningen av PR-team som arbetsmodell.

Bra möten och ökat samarbete mellan professionerna

Intervjuerna visar att det fanns en känsla av att man gör något viktigt tillsammans för patientens skull. Någon av de intervjuade uttryckte tydligt att PR-teamgruppen bidrar till en slags fullständighet genom att man lägger ett gemensamt pussel och kommer fram till ett gemensamt, demokratiskt beslut. Det är inte *en* person som bestämmer utan *alla* har samma ansvar i diskussionen och planeringen. Det demokratiska samarbetet var också något som uttrycktes i flera av intervjuerna, oavsett profession. Citatet nedan är ett sådant exempel.

Det är väldigt demokratiskt, vi har ansvar för processen, för beslutsfattandet…

Information om det ej nedskrivna och ökad förståelse för patientens problematik

Flera uppgav att de genom PR-teammötet fick ny information som bidrog till en ny och bredare bild av patienten vilket också fick betydelse för bedömningen och för det eventuella fortsatta arbetet. Ibland handlade det om information som inte fanns nedskriven och som

därför inte skulle ha blivit tillgänglig utanför teammötet. Mötet gav också möjlighet att föra fram information till flera professioner på samma gång. Flera av de intervjuade uttryckte tydligt att de via PR-teammötet fick en helhetsbild av patienten.

Ett par intervjupersoner reflekterade omkring PR-teammötet ur patientens perspektiv. Dessa menade att patientens upplevelse kunde vara att flera professioner hjälptes åt och gemensamt ”tar tag i” problemet. Patienten fick också, tack vare PR-teamet, en möjlighet att på ett naturligt sätt knyta kontakt med olika professioner, t.ex. psykolog eller arbetsterapeut, som annars kanske inte skulle ha skett, eller åtminstone tagit betydligt längre tid.

Ökad möjlighet till helhetssyn på patienten och hans/hennes situation – en bredare blid

Vikten av tvärprofessionell kunskap för att komplettera uppgifter rörande vissa patienter och deras behov betonades av de intervjuade. Det är en ny slags kunskap som bidrar till en bedömning som kan leda till att patienten kan få mer och rätt hjälp. Av intervjuerna framgick vidare att detta framförallt gäller gruppen patienter med långvariga smärtproblem och med långvariga sjukskrivningar. ”*Många mår jättedåligt av systemet och har försäkrings-depressioner*”, menade en av de intervjuade. PR-team uppgavs ge, dessa och andra patienter, en bättre utredning samtidigt som PR-team öppnade för en generell diskussion kring sjukskrivningsförfarande.

En annan röst beskrev betydelsen av vilken människosyn man har och betonade vikten av att se hela människan:

> *Det är en hel människa… Därför är, tycker jag, PR-team bra på det sättet,…. Att det blir en helhet, det blir inte bara ett knä, en axel eller nacke, det blir en människa. Alltihop hör ihop*

PR-team beskrevs ge de professionella större möjlighet att hjälpa patienten och samtidigt skapa en tryggare grund för personalen för att påbörja en åtgärd/rehabilitering. En god effekt var att det skapades en gemensam helhetsbild kring patienten, ansåg de intervjuade. Att läkaren kunde ändra uppfattning och se att det finns andra aspekter än rent medicinska som påverkar patienten, uppfattades som något positivt.

> *Det är det som är fördelen, alltså det blir… man får veta hur ser den sociala bilden ut… hur har den här människan det i livet. Det är det som är skillnaden, … Alla är engagerade i det…*

Risk för ”överdiagnostisering”

En av de intervjuade var mycket tydlig i sin reflektion över vilka eventuella negativa effekter den gemensamma PR-teambedömningen skulle kunna ha. Intervjupersonen förklarade att ”*det funnits några tillfällen då man kanske har utrett onödigt mycket*”. I samtalet blev det tydligt hur man som grupp kunde ha bidragit till att gemensamt ”konstruera” en patient.

Berättelsen bekräftar det som redan sagts om PR-teamutredningarna, d.v.s. att teammötet bidrar till en helhetsbild av patienten men att samtalet också kan leda till oönskade effekter. Ett exempel som nämndes var om exempelvis smärtproblematik i allt för stor utsträckning härleds till patientens psykologiska problematik. Den intervjuade uttryckte att man kanske ”*gräver för mycket*”, och hänvisade till att ett alltför idogt nystande i det psykologiska kan leda till att teamet ”överdiagnostiserar”. Det kan då finnas en risk för att man tror att det allra mesta beror på en psykologisk problematik.

I PR-teamblanketten är frågorna specificerade. Resurser och sårbarhet ska fyllas i vilket kan färga utredningen. Det framgår av en intervju att *”Man* (som professionell) *är skolad så… att rutorna helst inte ska vara tomma”*. För att kunna fylla i blankettens alla rutor benar man ut och frågar patienten om sådant man kanske inte hade pratat om annars som t.ex. uppväxtförhållanden och skoltiden. En av de intervjuade beskrev att det sedan kan vara lätt att tro att detta har ett samband med den problematik som patienten upplever idag och att man drar slutsatser utifrån att det skulle påverka.

> *Det kanske inte gör det! Blankettens utformning och frågorna i formuläret färgar. I själva verket kanske det inte är ett egentligt problem för patienten. Bedömningen blir inte gjord från vårdcentralens håll, utan mer utifrån blankettens utformning. Man fiskar lite, eftersom blanketten är utformad som den är.*

Sammanfattande kommentar delstudie 2

Generellt är PR-teammötet ett strikt uppgiftsorienterat möte där merparten (46 %) av tiden i genomsnitt åtgick till bedömning av patientens problematik i relation till hennes/hans behov av rehabiliteringsåtgärder. Också uppgiften att fylla i blanketten i vilken PR-teamutredningen dokumenterades tog en ansenlig del av mötestiden (29 %).

Det råder dock skillnader mellan olika PR-team. I möten där mindre tid ägnades åt diskussioner om ifyllandet av blanketten lades tiden istället på bedömning av patientens rehabiliteringsbehov. Analysen visar att det tar tid att utveckla rutiner för att arbeta enligt PR-team. I de team där man rutinmässigt och kontinuerligt arbetat med PR-teambedömningar behövde mindre tid läggas på att diskutera blankettens olika delar. Detta tycktes istället uppta relativt stor del av tiden för team där man ännu inte skapat egna rutiner och erfarenheter för arbetssättet.

Det framkom en skillnad mellan olika personers inställning till vilken slags förberedelse var och en i teamet borde göra inför ett PR-teammöte. Den ena ytterligheten innebar att ”komma blank” till mötet för att lägga större vikt vid den gemensamma diskussioner. Den andra var att komma till mötet med blanketten ifylld utifrån den egna utredningen och att med det som utgångspunkt föra diskussion inom teamet. Om medlemmarna i ett och samma team inte kunnat enas om den ena eller andra strategin märktes en tendens till intern kritik mot andra i teamet.

Generellt tycktes intervjupersonerna vara positivt inställda till teamarbete omkring rehabiliteringsinsatser. Teammötet bidrog till att skapa en mer mångsidig bild av patienten och hans/hennes behov och problematik. Information som inte fanns nedskriven kunde delas och ge en ökad förståelse. Samtidigt noterades risk för att det gemensamma utredningsarbetet kunde leda till överdiagnostisering och att man inom teamet påverkade varandra genom att dryfta aningar som bidrog till att konstruera en bild av patienten som kanske inte annars skulle ha uppkommit.

Teamarbetet uppfattades öka samarbetet mellan professionerna.

Delstudie 3. Teamets samlade bedömning

Den tredje delstudien bygger på den skriftliga dokumentationen av 177 PR-teambedömningar genomförda januari-september 2011 och redovisade enligt ett speciellt formulär (LiJ1132, Bilaga 6). Formuläret är utformat så att teamet med egna ord kan redogöra för sin bedömning av patienten utifrån olika aspekter som anges som rubriker. Dokumentet tillhandahålls som en datafil där rutornas storlek begränsar hur mycket text som får plats. Områden och aspekter som anges i formuläret och som ska beaktas i bedömningen återfinns i figur 5.

Medicinsk sammanfattning
Sjukskrivningshistoria
Patientens egen framtidsbild, mål/delmål
Sårbarhetsfaktorer betraktade som resurser och/eller begränsningar
- ärftlighet
- medfödda skador
- uppväxtförhållanden och skolgång
- personlighet
- (migrationshistoria)

Stressfaktorer betraktade som resurser och/eller begränsningar
- utbildning, kompetens och färdighet
- arbete – arbetsförhållanden
- familjeförhållanden
- fritid
- ekonomi
- livsstil

Använda skattningsinstrument och resultat
Sjukdom och diagnos
- laboratoriescreening
- nedsättning av kroppsfunktion (ICF b-kod)
- begränsning av förmåga/aktivitet/delaktighet (ICF d-kod)
- patientupplevd begränsning av funktion och förmåga
- diagnos enligt ICD 10 (Huvuddiagnos och eventuell samsjuklighet)
- resurser kroppsfunktion
- resurs förmåga/aktivitet/delaktighet
- patientens egen upplevelse av sina resurser
- sammanfattning utifrån en stress och sårbarhetsmodell
- förutsättningar för arbete (nuläge och prognos)
- förslag på åtgärder/behandling

Figur 5. Områden som ska beaktas enligt formuläret för dokumentation av PR-teambedömning. Rödmarkerade områden ingår i analysen av dokumentationen.

Följande resultatredovisning bygger på en kvalitativ analys av dokumentens övergripande innehåll och struktur dvs. textens utformning och organisation samt en tematisering av innehållet avseende områdena: 1) sjukskrivningshistoria och medicinsk sammanfattning, 2) diagnos och samsjuklighet, 3) patientens framtidsbild, 4) förutsättningar för arbete samt 5) förslag

på åtgärder/behandling. Vid dokumentanalysen urskildes att noteringar om utbildningsnivå och migrationserfarenheter förekom frekvent och på ett sådant sätt att dessa delområden blev angelägna att studera vidare genom att beakta dessa som specifika teman. Detta presenteras i samband med redovisningen av förutsättningar för arbete. Samtliga valda områden ur dokumenten (rödmarkerade i figur 5) och ovan nämnda delområden organiserades som variabler i statistikprogrammet SPSS tillsammans med grunddata om kön och ålder[3]. Tillvägagångssättet gjorde det möjligt att i viss mån kunna presentera den kvalitativa analysen i termer av antal och procentuell andel som tolkats tillhöra olika kategorier.

Generell textanalys – form och struktur

Den övergripande analysen av dokumentationen från PR-team visar en textgenre som på sätt och vis saknar en berättarröst dvs. ett jag eller ett vi som står bakom det sagda. Detta skapar en text där det blir oklart vem eller vilka som betraktar och bedömer patienten. Det är mycket ovanligt att i dokumenten hitta uttryck som ”vi” eller ”jag”. Detta märks särskilt i de ofta mycket kortfattade bedömningarna omkring förutsättningar för arbete vilket kan antas vara en bedömning som teamet gör tillsammans och utifrån vars och ens individuella möte med patienten.

> *”Ingen arbetsförmåga i nuläget på grund av depression.” (Om förutsättningar för arbete i nuläget, B47)*

> *”Möjligtvis rehabilitering till annat arbete med mer struktur och mindre ansvar.” (Om förutsättningar för arbete- prognos på sikt, B56)*

Bristen på ett tydligt subjekt och den därmed starkt opersonliga berättarrösten kan förklaras av att bedömningen är resultatet av diskussionen i ett team. I ett sådant kan varje teammedlem uppfattas som en enskild röst samtidigt som teamet som grupp också kan uppfattas ha en gemensam röst. I det första fallet framträder bilden av ett möte där varje medlem framlägger resultatet av sin del av bedömningen av patienten. Den dokumenterade bedömningen utgör då snarast en sammanslagning av olika bedömares resultat än en gemensam bedömning. I det fallet finns det inget tydligt ”vi”, utan istället flera olika ”jag” som på grund av teambedömningens format ingen kan stå upp för och som därför utesluts. En alternativ tolkning är att se på dokumentationen som resultatet av en genuint kollektiv bedömning där det i princip inte

[3] Dokumenten avidentifierades av processledare som dock markerade ålder och kön överst på varje formulär.

finns några ”jag”, utan endast ett ”vi”, som här tycks vara underförstått. En sådan tolkning bygger på bilden av att det är teamets ”röst” som talat.

Till stor del lyser också patienten med sin frånvaro som ett tydligt markerat subjekt. Det blir särskilt påtagligt i beskrivningen av patientens egen framtidsbild och i den medicinska sammanfattningen, som ofta är relativt fyllig samt i den redovisade sjukskrivningshistorien.

> *”Vill jobba. Önskar hitta anpassad sysselsättning utifrån fysiska begränsningar.” (B34)*

> *”Problem med värk i axlar sedan [årtal] efter långvarigt [typ av arbete]. [årtal] opererad i höger axel, därefter förbättrats. Bytte jobb men även det jobbet har varit belastande för axlarna. Fick inflammation i vänster axel i [månad och årtal]. Senare har även värk i höger axel kommit tillbaka. Har inte velat ha medicinsk behandling. Provat sjukgymnastik med manipulation, massage, akupunktur och zonterapi. En del behandlingar har lindrat lidandet, men värken kvarstår. Muskelstelheten är jobbigast.” (Medicinsk sammanfattning, B55)*

> *”Sjukskriven 100% (av 50%ig tjänst) [datum] därefter 50% sjukskriven tom [datum]. Nu återgått i tjänst och det fungerar bra.” (Sjukskrivningshistoria, B 32)*

Frånvaron av subjekt och personliga pronomen skapar i hög grad en opersonlig men samtidigt avidentifierad text, vilket kan vara en uttalad vilja från teamet sida. Att en kopia av dokumentationen ska skickas till landstinget centralt, för att erhålla den ekonomiska ersättning ett genomfört PR-team renderar, kan ha påverkat stilen. Det mer utförliga (och möjligen mer personligt hållna) underlaget för bedömningen kan i så fall återfinnas i andra dokument i patientens journal eller i akter från myndigheter som Försäkringskassan. Det avskalande, telegramartade skrivsättet kan också vara en inarbetad stil och effekten av vanan att i alla lägen upprätthålla sekretessen och skydda patientens identitet.

Den delen av rehabiliteringsutredningen där patientens subjekt framträder tydligast – om än fortfarande mycket sparsamt – är i samband med redovisningen av sårbarhets- och stressfaktorer.

> *”Fick barn tidigt och känner att hon inte hunnit med vissa saker som hon önskar att hon hade gjort.” (Stressfaktorer, familjeförhållanden – begränsning, D115)*

> *”Anser idag att hon kommit till acceptans av sin smärta och är inte beredd att ge mer tid eller kraft på att försöka återkomma i arbete. Känner sorg över detta.” (Sårbarhetsfaktorer, personlighet – begränsning, D123)*

”Ensamstående. Umgås med systerns familj. Syskonbarnen samt hennes föräldrar är viktiga för henne.” (Stressfaktorer, familjeförhållanden – resurs, A19)

”Finns en medveten klyfta mellan inre och upplevda emotioner och den sida X [patientens förnamn] visar utåt.” (Sårbarhetsfaktorer, personlighet – begränsning, D121)

”Hon har svårt att benämna aktiviteter som är betydelsefull för henne själv. Smärtan begränsar henne både i det sociala umgänget och i hushållsarbetet.” (Stressfaktorer, fritid – begränsning, D119)

I de två första av ovanstående exempel framträder patientens röst genom att texten utges bygga på individens egen berättelse genom refererande uttryck som ”känner att hon” och ”hon önskar”. I de två sista tycks det snarare handla om en eller flera teammedlemmars professionella tolkning av det patienten har berättat. Den tredje och mittersta beskrivningen kan både vara ett refererat av patientens berättande och en professionell bedömning utifrån detsamma.

En annan iakttagelse är att den livshistoria som skrivs fram genom beskrivningar av sårbarhetsfaktorer och stressfaktorer tycks få mycket liten relevans för den samlade bedömningen av förutsättningar för arbete i nuläget och prognostiskt. Generellt blir texten mer och mer sparsam ju längre fram i dokumentet man som läsare kommer. I PR-teambedömningarna finns det därmed väldigt lite av berättelseformens två grundläggande delar: *sekvens* och *konsekvens* (Riessman & Quinney, 2005). Den sortens förklaringar tycks istället vara outtalad och ligga mellan raderna där den därmed förblir dold för läsare utan förkunskap i försäkringsmedicin och i genren som sådan.

*(**viktiga resurser**) ”Stark vilja och drivkraft.” (**sårbarhetsfaktorer**) ”Värk efter skada xxx efter olycka för 5 år sedan.” (**stressfaktorer**) ”Utförsäkrad. Tvist med försäkringskassan. Svag ekonomi. Gamla föräldrar som behöver stöd. Ensamstående mamma.” (***förutsättningar för arbete – nuläge***) ”100 % sjukskriven men möjligen 25 % arbete f.o.m. nästa vecka” (**förutsättningar för arbete – prognos**) ”Svårt att bedöma i nuläget” (**Plan för återgång i arbete**) ”Patienten börjar med arbetsträning 25 % nästa vecka. Ytterligare försök till upptrappning till 50 % efter genomförd rehabilitering.” (**förslag på åtgärder/behandling – närmaste tiden**) ”Multimodal rehabilitering (MMR) i grupp” (B38)*

Det sätt på vilket viktiga resurser, likaväl som utpekade sårbarhets- och stressfaktorer, relateras och leder fram till bedömningen av förutsättningar för arbete, för planeringen och för vilka förslag på åtgärder som presenteras är ofta oklart.

Tematisk dokumentanalys

Av de 177 teambedömningar som ingår i delstudien behandlade 135 utredningar kvinnor (76 %) och 42 av dokumenten (24 %) rörde manliga patienter. Medelåldern totalt var 43 år, utan någon nämnvärd skillnad mellan könen.

Sjukskrivningshistoria och medicinsk sammanfattning

Den beskrivning som redovisades på blanketten i rutan för *sjukskrivningshistoria* tolkades och kategoriserades. I den sammantagna analysen framträdde två större grupper, de vars sjukhistoria var kortare än ett år (36,7 %) och de med en sjukhistoria som översteg fem år (38,4 %). I den senare handlade det i många fall dock om betydligt längre tid och en sjukskrivningshistoria på tio år och mer var inte ovanliga (se tabell 16 nedan).

Tabell 16. Sjukskrivningshistoria

	Frekvens	Procent
<1 års sjukskrivningshistoria	65	36,7
1-2 års sjukskrivningshistoria	21	11,9
3-5 års sjukskrivningshistoria	8	4,5
>5 års sjukskrivningshistoria	68	38,4
lång historik med korttidssjukfrånvaro	5	2,8
långtidssjukskrivning tidigare	3	1,7
otydligt beskriven sjukdomshistoria	*7*	*4,0*
Totalt	**177**	**100,0**

Uppdelat på kön var både gruppen med kort sjukskrivningshistoria (mindre än 1 års sjukskrivning) och den med en mycket lång sjukskrivning bakom sig (mer än 5 år) något större för kvinnorna, 38,5 % (>1år) respektive 40 % (<5 år), jämfört med männen vars motsvarande siffror var 31 respektive 33,3 %. Dubbelt så många bland männen hade en sjukskrivningshistoria på 1-2 år (19 %) jämfört med kvinnorna, där motsvarande siffra var 9,6 %.

I den medicinska sammanfattningen utlästes den eller de primära medicinska problem som var grunden för PR-teambedömningen. Majoriteten av samtliga 177 bedömningarna (160 personer eller 90 %) rörde personer med en tydlig värkproblematik. För fyra av tio (37,9 %) var smärta den enda problematik som lyftes fram i den medicinska sammanfattningen. För övriga i gruppen med värkproblematik, angavs i fallande skala värk i kombination med:

- sömnproblem (15,8 %)
- utmattning/trötthet (10,2 %)
- depression (8,5 %)
- depression och trötthet (5,6 %)
- sömnproblem och utmattning (4 %)
- depression och ångest (3,4 %)
- utmattning och ångest (2,8 %)
- sömnproblem och ångest (1,7 %)
- ångest (0,6 %)

Diagnoser och samsjuklighet

Diagnoser som längre fram i bedömningsformuläret redovisades som *huvuddiagnos respektive samsjuklighet* sammanfördes och kategoriserades för att få fram vilka grupper av diagnoser som förekom. Vanligen angavs en huvuddiagnos och mellan 0-2 diagnoser som samsjuklighet. I vart tionde fall (11,3 %) uppgavs 3-4 samsjuklighetsdiagnoser och i 5 % fem eller fler. I materialet saknades helt uppgifter för både huvuddiagnos och samsjuklighet för sex personer genom att den delen av formuläret inte ingick. I en dokumentation fanns varken huvuddiagnos eller samsjuklighet angiven. De vanligast förekommande diagnosgrupperna[4] redovisas i figur 6.

Problem i axel/rygg/nacke-axlar (90)
Smärta inklusive huvudvärk (61)
Myalgi (33)
Utmattning/stress (27)
Depression (19)

Figur 6. De vanligast förekommande diagnosgrupperna som angivits som huvuddiagnos. Inom parentes anges för hur många personer en diagnos tillhörande respektive grupp fanns registrerad.

Problem i axel, rygg och nacke-axlar handlade vanligen om diagnoser som anger smärtproblematik t.ex. lumbago ischias. Det gör att de tre förstnämnda diagnosgrupperna i figur 6 sammantaget kan jämföras med den dominerade värkproblematik som noterades i den medicinska sammanfattningen.

Samsjuklighet angavs i 105 fall. Det var vanligare bland männen att ingen samsjuklighet angavs (47,6 %) än för kvinnorna för vilka 1-2 samsjuklighetsdiagnoser angavs i 45,2 % av

[4] Forskargruppen riktar ett stort tack till Helene Nikula Borg som genomförde en kategorisering av de diagnoser som på olika sätt var angivna i bedömningsformulären.

fallen. På motsatt vis redovisades 1-2 diagnoser som samsjuklighet för 31 % av männen och ingen samsjuklighet alls för 35,6 % av kvinnorna. Även som samsjuklighet var problem i axel, rygg och nacke-axlar den diagnosgruppen som förekom oftast (i 45 av de 105 bedömningarna där samsjuklighet angavs). Den näst vanligast förekommande samsjuklighetsdiagnosen var utmattning/stress som angavs i 33 fall (18,6 %).

Patientens framtidsbild

I rehabiliteringsutredningen enligt PR-teammodellen ingår flera delar för att bedöma den enskilda patientens förutsättningar för arbete samt eventuella behov av rehabiliterande insatser. Patientens egen upplevelse utgör enligt blanketten, en viktig grund för utredningen. I de blanketter som ingår i studien fanns endast rubriken *Patientens egen framtidsbild, mål/delmål* angiven[5]. I den kategorisering som gjorts av materialet märktes sex olika sätt att uttrycka patientens bild av sin framtid visavi arbete och hälsa. De tre förstnämnda i tabell 17 nedan, inkluderar tankar på arbete i större eller mindre grad liksom mer eller mindre avlägsen i tid. I följande tre typer av framtidsbilder ligger fokus på individens hälsa/ohälsa. Här återfinns inga planer på att kunna återgå till ett arbete. Två blanketter saknar uppgift om patientens framtidsbild.

Tabell 17. Patientens framtidsbild – mål/delmål enligt teamets tolkning

	Frekvens	Procent
En tydlig framtidsbild med arbete/utbildning i sikte	55	31,1
En uttalad önskan om arbete/studier på deltid + annan lösning	11	6,2
Bilden av arbete finns men är relativt avlägsen och ofta i mindre omfattning	60	33,9
En önskan om att kunna må bättre men utan sikte på arbete i framtiden	16	9,0
Utan hopp om förbättring och utan tanke på arbete i framtiden	20	11,3
Uppgivenhet och en önskan att inte bli sämre	13	7,3
Ej ifyllt	*2*	*1,1*
Totalt	**177**	**100,0**

Som syns i tabell 17 ovan, beskrevs nästan en tredjedel av patienterna (31 %) ha ett tydligt mål att kunna återgå till arbete. Ytterligare drygt 5 % av patienterna har enligt blanketten uttalat en önskan om att kunna göra så åtminstone till en del. Detta inkluderade vanligen en befintlig eller önskvärd lösning genom t.ex. tillfällig eller varaktig sjukersättning på den kvarvarande delen. För en tredjedel (33,9 %) tycktes arbete/studier finnas som en mer avlägsen

[5] I bilaga 6 återges en något uppdaterad version jämfört med de ifyllda blanketterna som ingår i studien.

tanke men ändå som ett möjligt mål, om och när man mår bättre. Nedan följer några exempel på framtidsbilder bland dessa patienter.

Målet är att bli bra och återgå till sitt arbete. Delmål, att kunna använda vänster hand. (A10)

Vill bli så bra det går, hantera smärtan bättre och hitta balans. Viktigt att klara att arbeta. Aktuell oro och negativa tankar om risker, ffa vad gäller arbetsförmåga. (B44)

Bli friskare. Kortsiktigt: lättare klara av att laga mat, betala räkningar, handla kläder. På längre sikt: kunna arbeta. (D108)

I tur och ordning är citaten exempel på de tre typerna av framtidsbilder där arbete finns som en del. Den tredje typen inkluderar många gånger tankar om ett annat slags arbete än det man tidigare har haft. Detta innebär för de allra flesta en extra svårighet då det kan betyda omskolning och/eller att som tidigare långtidssjukskriven söka ett nytt arbete.

En dryg fjärdedel (27,6 %) av patienterna uppgavs sakna en målbild som innefattar arbete eller studier (se tabell 17). I den sistnämnda gruppen fanns både de som hoppades på en förbättring och de som snarare uttalat en önskan att inte försämras. Graden av uppgivenhet inför att klara av att hantera vardagen utan tanke på arbete varierar därmed, vilket blir märkbart i nedanstående exempel.

Patienten vill fungera i vardagen. Pt tror inte på att arbetsåtergång till arbete på 25 % är möjlig. (D114)

Tror ej att hon blir bättre. Har insett att hon ej kan komma tillbaka till sitt ordinarie arbete. Har på grund av nedsatt ork och smärta svårt att nå sina mål i vardagen. (A22)

Pat har inga mål, patienten upplever att han har tröttnat mycket. (E153)

För de patienter som genomgick PR-team som en del av en längre sjukskrivningsprocess är det av intresse att jämföra patienternas framtidsbild i relation till hur lång sjukskrivningshistorien beskrivits vara. Se tabell 18 nedan. Av särskild betydelse är de båda största grupperna, dvs. de med en relativt kort sjukskrivning bakom sig (mindre än ett år) och de som har en mycket lång sjukdomshistoria (mer än fem år). Det är påtagligt hur patienter tillhörande den förstnämnda gruppen i mycket högre grad uttalar en framtidsbild som inkluderar arbete – drygt 90 %, jämfört med gruppen som varit sjukskrivna under många år. Intressant är dock att hälften av personerna i också denna grupp (50 %) anger ett mål som inkluderar arbete. Detta

handlar dock för flertalet inte om heltidsarbete och kanske inte ordinarie arbete, utan om någon annan sysselsättning på deltid.

Tabell 18. Patientens framtidsbild i relation till sjukskrivningshistoriens längd

	Patientens framtidsbild		
Sjukskrivningshistoria		Frekvens	Procent
<1 år	En tydlig framtidsbild med arbete/utbildning i sikte	34	52,3
	En uttalad önskan om arbete/studier på deltid + annan lösning	3	4,6
	Bilden av arbete finns men är relativt avlägsen och i mindre omfattning	22	33,8
	En önskan om att kunna må bättre men utan sikte på arbete i framtiden	4	6,2
	Uppgivenhet och en önskan att inte bli sämre	2	3,1
	Totalt	65	100,0
1-2 år	En tydlig framtidsbild med arbete/utbildning i sikte	8	38,1
	Bilden av arbete finns men är relativt avlägsen och i mindre omfattning	9	42,9
	En önskan om att kunna må bättre men utan sikte på arbete i framtiden	1	4,8
	Utan hopp om förbättring och utan tanke på arbete i framtiden	2	9,5
	Uppgivenhet och en önskan att inte bli sämre	1	4,8
	Totalt	21	100,0
3-5 år	En tydlig framtidsbild med arbete/utbildning i sikte	1	12,5
	Bilden av arbete finns men är relativt avlägsen och i mindre omfattning	4	50,0
	Utan hopp om förbättring och utan tanke på arbete i framtiden	2	25,0
	Uppgivenhet och en önskan att inte bli sämre	1	12,5
	Totalt	8	100,0
>5 år	En tydlig framtidsbild med arbete/utbildning i sikte	7	10,3
	En uttalad önskan om arbete/studier på deltid + annan lösning	7	10,3
	Bilden av arbete finns men är relativt avlägsen och i mindre omfattning	20	29,4
	En önskan om att kunna må bättre men utan sikte på arbete i framtiden	9	13,2
	Utan hopp om förbättring och utan tanke på arbete i framtiden	16	23,5
	Uppgivenhet och en önskan att inte bli sämre	7	10,3
	Ej ifyllt	*2*	*2,9*
	Totalt	68	100,0
annat	En tydlig framtidsbild med arbete/utbildning i sikte	5	33,3
	En uttalad önskan om arbete/studier på deltid + annan lösning	1	6,7
	Bilden av arbete finns men är relativt avlägsen och i mindre omfattning	5	33,3
	En önskan om att kunna må bättre men utan sikte på arbete i framtiden	2	13,3
	Uppgivenhet och en önskan att inte bli sämre	2	13,3
	Totalt	15	100,0

Mellan dessa båda grupper återfinns de som varit sjukskrivna 1-2 år. Här syns en något reducerad tanke på arbete där 81 % anger arbete som del av sin framtidsbild. En ytterligare successiv sänkning märks för gruppen med en sjukskrivningshistoria mellan 3-5 år. Denna

grupp är dock relativt liten varför siffrorna blir mer osäkra. Samtidigt bekräftar dessa det mönster som tydligt kan urskiljas, nämligen att tanken på arbete blir alltmer avlägsen ju längre tid en person har varit sjukskriven. Detta är dock inget nytt. Företagsläkaren Tommy Öberg (1989) har kallat fenomenet den farliga sjukskrivningen och menar att detta inträder redan efter cirka 3 månaders sjukskrivning.

Den femte gruppen som återges i tabell 18 utgörs av personer med lång historik av korttidsfrånvaro (5 fall), tidigare episod/er med långtidssjukskrivning (3 fall) samt otydligt redovisade sjukskrivningshistoria (7 fall). Då dessa grupper var för sig var små har de istället redovisats tillsammans. Att denna blandade grupp, där minst hälften inte har en aktuell långtidssjukskrivning, beskriver arbete som en del av sin framtidsbild stämmer väl överens med Öbergs tes och resultatet för övriga grupper.

Förutsättningar för arbete

Rehabiliteringsutredningen handlar om att undersöka och värdera ett antal *sårbarhetsfaktorer* (ärftlighet, medfödda skador och/eller sjukdomar, uppväxtförhållanden och skolgång samt personlighet) och *stressfaktorer* (utbildning, arbete/arbetsförhållanden, nuvarande levnadsförhållanden, fritid, ekonomi och livsstil). Värderandet av dessa faktorer innebär att bedöma vad som utgör en resurs och vad som utgör en begränsning för individen. Samma faktor kan i vissa fall innebära båda dessa saker. Därutöver ingår för teamet genomföra och dokumentera relevanta skattningsinstrument som t.ex. MADRS[6] och TIPPA[7] och laboratorieprover av olika slag. Teamets bedömning innefattar en beskrivning av patientens funktionsnedsättning fysiskt och psykiskt, grad av aktivitetsbegränsning samt diagnos och samsjuklighet. Utredningen ska leda fram till en redogörelse för vilka förutsättningar individen har för arbete i nuläget och på lite längre sikt, samt inkludera förslag på åtgärder/behandlingar.

Resurser och/eller begränsningar för den enskilde i rehabiliteringsprocessen

Utbildning är ett område som betonas i formuläret och som också ofta är väl redovisat. Vid den första genomläsningen uppfattades andelen med eftergymnasial utbildning såsom liten och materialet analyserades därvid utifrån vilken utbildningsnivå som angivits i utredningen. Utbildningar som idag tillhör gymnasieskolan klassades vid bedömningen som utbildning på gymnasienivå, även om detta kanske inte var fallet när personen genomgick sin utbildning. Ett exempel är utbildning till undersköterska.

[6] avser bedömning av depression genom självskattning
[7] mäter fysisk funktionsförmåga

Tabell 19. Utbildningsnivå – procentuell andel inom parentes anges för män respektive kvinnor. Fetmarkering anger procentuell andel i hela materialet n=177

	Frekvens	Procent
grundskola el motsvarande	24	**13,6** (11,9/14,1)
gymnasium el motsvarande	101	**57,1** (59,5/56,3)
eftergymnasial utbildning	32	**18,1** (9,5/20,7)
"begränsad utbildningsnivå"	9	**5,1** (11,9/3,0)
"god utbildningsbakgrund"	2	**1,1** (2,4/0,7)
ej redovisad/oklart redovisad	*9*	***5,1*** *(4,8/5,2)*
Total	**177**	**100,0**

Den största gruppen, knappt 60 %, var den där gymnasium eller motsvarande bedömdes vara individens högsta utbildning. Fler kvinnor redovisades ha en eftergymnasial utbildningsnivå, 20,7 % i jämförelse med männen (9,5 %) (se tabell 19). Procentuellt fler män angavs ha ”begränsad utbildningsbakgrund”, 11,9 % jämfört med motsvarande siffra för kvinnor som var 3 %. I övrigt var skillnaderna mellan könen ringa.

En annan aspekt som ofta redovisades handlar om att vara inflyttad till Sverige – dvs. beskrivning av en slags migrationshistoria. I drygt 20 % av rehabiliteringsutredningarna noterades sådant som signalerade att personen flyttat till Sverige som barn eller i vuxen ålder. Individens migrationshistoria kunde redovisas genom att ange allt från en traumatisk flykt, umbäranden i hemlandet till noteringar om utbildning och arbete i ursprungslandet eller språkkunskaper i svenska (t.ex. SFI) och/eller andra språk. Det finns i formuläret inget som antyder att just migration eller adoption ska noteras särskilt, varför siffran skulle kunna vara högre än den som redovisas i tabell 20.

Tabell 20. ”Migrationshistoria”

	Frekvens	Procent
ingen nämnd	138	78,0
inflyttad till Sverige/flyktingbakgrund	33	18,6
adopterad	6	3,4
Total	**177**	**100,0**

Resultatet kan jämföras med en uppgift från SCB från den 31 december 2011 då det i Jönköpings län bodde 213 667 personer i åldersspannet 15-64 år. Av dessa var 34 487 personer så kallat ”utrikes födda”, vilket motsvarar en siffra på 16,1 procent. Andelen med en

migrationsbakgrund tycks således vara något högre bland de som genomgått en rehabiliteringsutredning. En jämförelse gjordes mellan den empiriskt grundade variabeln ”migrationshistoria” och ett antal andra variabler som den kvalitativa tolkningen av dokumenten lett fram till.

I gruppen personer med en uttalad migrationshistoria[8] finns procentuellt fler män (39,4 %) än kvinnor (60,6 %) jämfört med gruppen där ingen migrationshistoria finns beskriven, där andelen män var 20.3 %. Medelålder för de med migrationshistoria var högre (48 år) än för gruppen i sin helhet, som var 43 år och 41,7 för gruppen utan migrationshistoria. Åldersspannet var också mindre i migrationshistoriegruppen och varierade mellan 29 till 59 år, mot 21-64 år bland personer där faktorn inte nämndes.

I den medicinska sammanfattningen var värk i kombination med sömnproblem den mest förekommande beskrivningen av problematik – 36,4 % jämfört med 11,6 % för personer utan nämnd migrationshistoria. Den därefter vanligaste problematiken var enbart värk (27,3 %). Anmärkningsvärt i gruppen med migrationshistoria var att värk alltid påtalas i den medicinska sammanfattningen, utom i ett fall som rör funktionshinder. För omkring 8 % av gruppen där ingen migrationshistoria nämns, redovisas problematik utan att inkludera värk som t.ex. depression+trötthet eller utmattning/trötthet. Däremot finns ingen noterbar skillnad vad gäller sjukskrivningshistoriens omfattning i tid. I båda grupperna dominerar kategorierna mindre än ett år respektive mer än fem års sjukskrivning på ett likartat sätt.

Bland personerna som explicit har inflyttat till Sverige märks vissa skillnader avseende utbildning. Något fler beskrevs ha grundskola eller motsvarande som högsta utbildning (18,2 %) och något färre hade en eftergymnasial utbildning (12,1 %), jämfört med gruppen utan nämnd migrationshistoria för vilka motsvarande siffror var 12,3 respektive 19,6 %. I gruppen med en migrationshistoria märks en tendens att oftare beskriva utbildningsnivån i termer som ”god utbildningsbakgrund” eller ”begränsad utbildningsnivå”.

Både utbildningsnivå och migrationshistoria togs i dokumentationen upp som såväl resurser som begränsningar beroende på hur dessa faktorer ansågs påverka individens hälsa och möjligheter att återgå till arbete. För att studera detta närmare gjordes en jämförelse mellan dessa och patientens framtidsbild liksom teamets prognos.

[8] I den fortsatta redovisningen inräknas ej adopterade personer in i gruppen med migrationshistoria. Om inget annat anges görs jämförelsen mellan kategorierna ingen migrationshistoria nämnd (N=138) och den grupp som explicit beskrivs ha en sådan bakgrund (N=33).

Tabell 21 visar att personer som är inflyttade till Sverige eller har en bakgrund som flykting, hade en framtidsbild där arbete var mer avlägset jämfört med gruppen för vilken ingen sådan historia nämns. Detta märks framför allt på att betydligt färre beskrev en tydlig framtidsbild med arbete/utbildning i sikte, 12,1 % jämfört med 36,2 % för den andra gruppen. Likaså var uppgivenheten i gruppen med uttalad migrationshistoria påtagligt större, 18.2 % jämfört med 5,1 % för de utan nämnd migration. Vid en jämförelse som beaktar samtliga tre framtidsbilder som inkluderar med de som exkluderar tankar på arbete blir skillnaderna inte så stora. Resultatet visar ett mönster av ökad sårbarhet när det gäller personer som var inflyttade till Sverige eller som kommit som flyktingar.

Tabell 21. Patientens framtidsbild utifrån beskriven migrationshistoria eller ej.

Migrationshistoria		Frekvens	Procent
Ingen nämnd migrationshistoria	En tydlig framtidsbild med arbete/utbildning i sikte	50	36,2
	En uttalad önskan om arbete/studier på deltid + annan lösning	8	5,8
	Bilden av arbete finns men är relativt avlägsen och i mindre omfattning	45	32,6
	En önskan om att kunna må bättre men utan sikte på arbete i framtiden	11	8,0
	Utan hopp om förbättring och utan tanke på arbete i framtiden	17	12,3
	Uppgivenhet och en önskan att inte bli sämre	7	5,1
	Totalt	138	100,0
Inflyttad till Sverige/flykting-bakgrund	En tydlig framtidsbild med arbete/utbildning i sikte	4	12,1
	En uttalad önskan om arbete/studier på deltid + annan lösning	3	9,1
	Bilden av arbete finns men är relativt avlägsen och i mindre omfattning	13	39,4
	En önskan om att kunna må bättre men utan sikte på arbete i framtiden	3	9,1
	Utan hopp om förbättring och utan tanke på arbete i framtiden	3	9,1
	Uppgivenhet och en önskan att inte bli sämre	6	18,2
	Ej ifyllt	*1*	*3.0*
	Totalt	33	100,0

Vid en jämförelse mellan olika utbildningsnivåer och patientens framtidsbild framträder ett delvis likartat mönster där personer med en lägre utbildning presenterar framtidsbilder som i något mindre grad bygger på tankar om arbete (se tabell 22).

Beaktat de tre stora grupperna som redovisas i tabell 22 – grundskola, gymnasium och eftergymnasial utbildning utifrån kategorin *En tydlig framtidsbild med arbete/utbildning i sikte*, stiger andelen som uttalar en sådan vision i takt med högre utbildning. Från 12,5 % för de med grundskola eller motsvarande, till 31,7 % för de med gymnasiekompetens och 43,8 % för personer med eftergymnasial utbildning. Ser man istället till om framtidsbilden inkluderar

tankar på arbete eller inte, dvs. de tre typbilder som hamnar över respektive under den streckade linjen för varje kategori, framstår mönstret inte lika tydligt. För gruppen där grundskola eller motsvarande angavs som högsta utbildning, väger dessa båda huvudtyper av framtidsbilder relativt jämnt, 54,1 respektive 45,9 %. För personer med gymnasium eller eftergymnasial utbildning är skillnaden ringa, beaktat skillnader i gruppstorlek. För båda gäller att ungefär var fjärde person inte ser arbete som en del av sin framtid.

Tabell 22. Patientens framtidsbild utifrån angiven utbildningsnivå

	Patientens framtidsbild		
Utbildningsnivå		Frekvens	Procent
ej redovisad/ oklart redovisad[9]	**Totalt**	9	100,0
grundskola el motsvarande	En tydlig framtidsbild med arbete/utbildning i sikte	3	12,5
	En uttalad önskan om arbete/studier på deltid + annan lösning	2	8,3
	Bilden av arbete finns men är relativt avlägsen och i mindre omfattning	8	33,3
	En önskan om att kunna må bättre men utan sikte på arbete i framtiden	3	12,5
	Utan hopp om förbättring och utan tanke på arbete i framtiden	7	29,2
	Uppgivenhet och en önskan att inte bli sämre	1	4,2
	Totalt	24	100,0
gymnasium el motsvarande	En tydlig framtidsbild med arbete/utbildning i sikte	32	31,7
	En uttalad önskan om arbete/studier på deltid + annan lösning	7	6,9
	Bilden av arbete finns men är relativt avlägsen och i mindre omfattning	35	34,7
	En önskan om att kunna må bättre men utan sikte på arbete i framtiden	9	8,9
	Utan hopp om förbättring och utan tanke på arbete i framtiden	8	7,9
	Uppgivenhet och en önskan att inte bli sämre	9	8,9
	Ej ifyllt	*1*	*1,0*
	Totalt	101	100,0
eftergymnasial utbildning	En tydlig framtidsbild med arbete/utbildning i sikte	14	43,8
	En uttalad önskan om arbete/studier på deltid + annan lösning	1	3,1
	Bilden av arbete finns men är relativt avlägsen och i mindre omfattning	8	25,0
	En önskan om att kunna må bättre men utan sikte på arbete i framtiden	3	9,4
	Utan hopp om förbättring och utan tanke på arbete i framtiden	3	9,4
	Uppgivenhet och en önskan att inte bli sämre	3	9,4
	Totalt	32	100,0

Sammantaget tyder resultatet på att arbete i något lägre grad uttrycktes som en del av framtidsbilden för personer som saknade utbildning på gymnasienivå eller högre.

[9] Resultatet för gruppen där utbildningsnivå ej redovisats eller beskrivits otydligt presenteras inga siffror.

Teamets prognos för patientens förutsättning för arbete

PR-teamets bedömning inkluderar att uttala sig om patientens förutsättningar för arbete i nuläget men också på längre sikt. Som visas i tabell 23 uttryckte sig teamet mycket förhoppningsfullt i 9 % av fallen. En fjärdedel av patienterna uppfattades ha goda chanser att återgå till arbete och var femte (20,3 %) måttliga. Det sistnämnda innebar i många fall att patienten inte förväntades kunna återgå till arbete på heltid men förhoppningsvis till cirka 50 %. I en dryg tredjedel (34,4 %) av bedömningarna uttrycker PR-teamet någon grad av tveksamhet.

Tabell 23. Prognos för patientens förutsättning för arbete

	Frekvens	Procent
mycket goda	16	9,0
goda	43	24,3
måttliga	36	20,3
med viss tvekan	19	10,7
med stor tveksamhet	30	16,9
obefintliga	12	6,8
ej redovisat/oklar beskrivning	21	11,9
Total	**177**	**100,0**

Jämförs gruppen med migrationshistoria och den utan sådan beskriven bakgrund uppfattar teamet individens förutsättningar för arbete på sikt såsom sämre. För den förstnämnda gruppen återfinns ingen prognos vara *mycket god* (se tabell 24).

Tabell 24. Teamets prognos avseende förutsättningar för arbete för personer med migrationshistoria.

	Förutsättningar för arbete – prognos		
Migrationshistoria		Frekvens	Procent
Ingen nämnd	mycket goda	16	11,6
	goda	34	24,6
	måttliga	29	21,0
	med viss tvekan	16	11,6
	med stor tveksamhet	22	15,9
	obefintliga	7	5,1
	ej redovisat/oklar beskrivning	14	10,1
	Totalt	138	100,0
Inflyttad till Sverige/flyktingbakgrund	goda	7	21,2
	måttliga	7	21,2
	med viss tvekan	3	9,1
	med stor tveksamhet	7	21,2
	obefintliga	3	9,1
	ej redovisat/oklar beskrivning	6	18,2
	Totalt	33	100,0

Bedömningarna *med stor tveksamhet* respektive *obefintliga* är däremot något större för gruppen med migrationsbakgrund jämfört med de utan sådan. Det handlar dock om ett ganska litet antal personer i gruppen där det finns en migrationshistoria tydligt angiven, varför siffrorna mer måste tolkas som en tendens. Trots denna svaghet bekräftas bilden av en grupp med större sårbarhet när det gäller risk för långtidssjukskrivning och svårigheter att rehabiliteras tillbaka till arbete.

Motsvarande analys av teamets prognos avseende förutsättningar för arbete betraktat i relation till individens sjukskrivningshistoria visar en sjunkande tilltro till möjligheten att kunna rehabilitera tillbaka någon till arbetslivet ju längre tid sjukskrivningen varat (se tabell 25).

Tabell 25. De professionellas prognos avseende förutsättningar för arbete på längre sikt, i relation till den beskrivna sjukskrivningshistoriens längd

Sjukskrivningshistoria		Frekvens	Procent
<1 år	mycket goda	11	16,9
	goda	27	41,5
	måttliga	14	21,5
	med viss tvekan	5	7,7
	med stor tveksamhet	2	3,1
	ej redovisat/oklar beskrivning	6	9,2
	Totalt	65	100,0
1-2 år	mycket goda	3	14,3
	goda	5	23,8
	måttliga	3	14,3
	med viss tvekan	1	4,8
	med stor tveksamhet	6	28,6
	ej redovisat/oklar beskrivning	3	14,3
	Totalt	21	100,0
3-5 år	goda	2	25,0
	måttliga	1	12,5
	med stor tveksamhet	3	37,5
	ej redovisat/oklar beskrivning	2	25,0
	Totalt	8	100,0
>5 år	mycket goda	1	1,5
	goda	7	10,3
	måttliga	14	20,6
	med viss tvekan	11	16,2
	med stor tveksamhet	16	23,5
	obefintliga	12	17,6
	ej redovisat/oklar beskrivning	7	10,3
	Totalt	68	100,0
annat	mycket goda	1	6,7
	goda	2	13,3
	måttliga	4	26,7
	med viss tvekan	2	13,3
	med stor tveksamhet	3	20,0
	ej redovisat/oklar beskrivning	3	20,0
	Totalt	15	100,0

För de två största grupperna, >1 års- och <5års sjukskrivning, märks väsentliga skillnader. För nästan sex av tio, i den förstnämnda gruppen, bedöms förutsättningarna för arbete på sikt som *mycket goda* eller *goda*. För gruppen med mer än fem års sjukskrivning var motsvarande siffror 11,8 %. Omvänt gällde att 41,1 % i gruppen med en mycket lång sjukskrivnings-historia uppfattades ha små eller inga förutsättningar för arbete. För gruppen med relativt kort sjukskrivningshistoria gavs bedömningen *med stor tveksamhet* i endast ett fåtal fall (3,1 %) och bedömningen *obefintliga* förutsättningar förekom inte alls.

Förslag på åtgärder

Blanketten mynnar ut i rubriken *Förslag på åtgärder/behandling* där teamets förväntas ange detta för den närmaste tiden och i ett lite längre tidsperspektiv. Nästan samtliga PR-team-bedömningar (173 blanketter) innehåller förslag till åtgärder den närmaste tiden. I ett fall rapporteras att alla rehabiliteringsåtgärder är uttömda och i ett annat att inga åtgärder fanns planerade. En blankett innehåller här uppgiften att patienten ska börja arbeta och en blankett saknar helt uppgift om föreslagna åtgärder. En kategorisering av beskrivna åtgärdsförslag ger följande bild av de mest frekventa förslagen (se tabell 26).

Tabell 26. De mest frekvent förekommande förslagen till åtgärd/behandling inom den närmaste tiden.

	Frekvens	Procent
Multimodal rehabilitering	69	39,0
Fysisk, psykisk och social behandling	34	19,2
Medicinsk utredning/behandling	18	10,2
Fortsatt befintliga åtgärder	14	7,9
Psykologkontakt	13	7,3
Sjukgymnastik	10	5,6
Total	**158**	**89,2**

Multimodal rehabilitering är den åtgärd som föreslogs i flest fall när det gäller åtgärder på kort sikt. Det näst vanligaste åtgärdsförslaget innebar en kombination av fysisk, psykisk och social behandling, utan att detta benämndes som multimodal rehabilitering.

Förslag till åtgärder på lite längre sikt såg annorlunda ut. Här toppar förslaget *Egenvård*, vilket oftast beskrivs som egen träning. Detta föreslås i en fjärdedel av fallen. Se tabell 27 nedan.

Tabell 27. Förslag till åtgärder längre fram

Förslag till åtgärder	Frekvens	Procent
arbetsrelaterade insatser	20	11,3
medicinsk behandling	5	2,8
generell vård (VC)	11	6,2
medicinsk rehabilitering	27	15,3
avstämningsmöte	9	5,1
psykologkontakt	7	4,0
egen vård (träning)	44	24,9
andra insatser (sociala)	5	2,8
ansökan om sjukersättning	1	,6
specialistbedömning	12	6,8
inga förslag angivna	36	20,3
Totalt	177	100,0

Arbetsrelaterade insatser t.ex. arbetsträning, och avstämningsmöte med Försäkringskassan, föreslogs i 29 fall (16,4 %). Specificerad medicinsk behandling och generell uppföljning på vårdcentralen och specialistbedömning utgör tillsammans 15,8 %. Ungefär lika många förslag (15,3 %) handlade om medicinsk rehabilitering, som i den här redovisningen inkluderar MMR (9 fall).

MMR föreslås specifikt för procentuellt fler kvinnor både i en nära framtid (42,2 %) och på längre sikt (5,9 %) än för män, där motsvarande siffror är 28,6 och 2,4 % (se tabell 28). Ingen nämnvärd skillnad märks mellan gruppen med en uttalad migrationshistoria och den utan en sådan. För personer med en sjukskrivningshistoria kortare än ett år, föreslogs MMR i 47,7 % av fallen. Motsvarande siffra för den andra stora gruppen med en sjukskrivningshistoria som överstiger fem år var 33,8 %.

Tabell 28. Multimodal rehabilitering som föreslagen åtgärd/behandling inom den närmaste tiden eller på sikt för kvinnor respektive män.

KÖN		Frekvens	Procent
Man	ej planerat	29	69,0
	MMR närmaste tiden	12	28,6
	MMR längre fram	1	2,4
	Totalt	42	100,0
Kvinna	ej planerat	70	51,9
	MMR närmaste tiden	57	42,2
	MMR längre fram	8	5,9
	Totalt	135	100,0

Sammanfattande kommentar delstudie 3

Dokumentationen från PR-team visar en textgenre som saknar en tydlig berättarröst dvs. ett jag eller ett vi som står bakom det sagda, vilket skapar en text där det blir oklart vem eller vilka som betraktar och bedömer patienten. Detta kan förklaras av att bedömningen är resultatet av diskussionen i ett team. Det begränsade skrivutrymmet i formuläret är en annan möjlig förklaring, då detta påverkar den mängd text som kan återges i varje ruta och därmed sannolikt också det sätt på vilket olika aspekter beskrivs.

Textgenren innebär även avsaknad av berättelseformens två grundläggande delar: *sekvens* och *konsekvens*, vilka bidrar till en koherent berättelse (Riessman & Quinney, 2005), Innehållet i formulärets olika rutor relateras sällan till varandra. Teamets bedömning av individens förutsättningar för arbete knyts därmed inte på ett tydligt sätt ihop med viktiga resurser eller till utpekade sårbarhets- och stressfaktorer. Dess relevans för planeringen för återgång till arbete eller för vilka förslag på åtgärder som presenteras som kontenta av utredningen, blir likaså oklar.

Den tematiska analysen av innehållet i 177 PR-teambedömningar visade att 90 % av fallen handlade om smärtproblematik. I mer än hälften av fallen (58,2 %) redovisades en samsjuklighet. Tre fjärdedelar (76 %) av samtliga utredningar i studien rörde kvinnor.

Två större grupper avseende sjukskrivningshistoria framträdde: de som varit sjukskrivna mindre än ett år och de med sjukskrivningshistoria på mer än fem år.

Majoriteten av patienterna (71,2 %) uppgavs ha en framtidsbild som inkluderade återgång till arbete i någon grad. En sådan bild av framtiden var dock tydligare och betydligt vanligare bland personer som varit sjukskrivna mindre än ett år, hade en utbildningsnivå på lägst gymnasienivå och där ingen migrationshistoria fanns angiven.

Att vara inflyttad till Sverige, som flykting eller av annat skäl, framstod som en särskild sårbarhetsfaktor. Detta märktes också i teamets prognostiska bedömning av förutsättningar för arbete i ett längre tidsperspektiv, som för den här gruppen tycktes lägre ställda. Detta gällde även personer med mycket lång sjukskrivningstid. Överlag förelåg en god överensstämmelse mellan patientens beskrivna framtidsbild och teamets prognos.

Multimodal rehabilitering (MMR) var den åtgärd som återkom mest frekvent i de studerade PR-teambedömningarna (i 39 % av fallen). Den angavs något oftare för kvinnor än för män,

liksom för personer med en sjukskrivningshistoria kortare än ett år jämfört med de som hade varit sjukskrivna i mer än fem år. För gruppen med migrationshistoria märktes ingen skillnad.

DISKUSSION

De tre delstudierna om PR-teamutredningar som rapporteras här har haft olika fokus och byggt på olika typer av datamaterial. Även tidsperioderna som delstudierna återspeglar skiljer sig delvis. Sammantaget skapar de en bild av de tvärprofessionella teamutredningarna som praktik utifrån både patienters och professionellas perspektiv.

De sammanvägda resultaten från den inledande registerstudien och den avslutande dokumentanalysen pekar på att patienter som kommer ifråga för en PR-teamutredning i mycket hög grad har en smärtproblematik i nacke, axlar eller rygg. MOA-registrets grova indelning av problemområden och svårigheten att följa förändringar av diagnos under pågående sjukskrivning kan betyda att diagnoser kopplade till psykisk ohälsa döljer sig under den mer somatiskt präglade kategorin ”problem i rörelseapparaten”, vilket kan vara en sannolik inledande problematik i många fall. I analysen av dokumentationen från PR-teamutredningarna framkommer att mer än hälften av patienterna som genomgick rehabiliteringsutredning i team hade en samsjuklighet. I knappt 20 % av fallen handlade det om utmattning eller stress och i något färre fall om depression. Den psykiska ohälsan utgör därmed en viktig komponent när det gäller långtidssjukskrivning.

Ett annat resultat rör olikheter mellan kvinnor och män. Med tanke på att kvinnor i högre utsträckning än män är långtidssjukskrivna är det anmärkningsvärt att den inledande studien utifrån MOA-registret visade att PR-teamutredningar rapporterats för lika många män som kvinnor under den studerade tidsperioden. Detta skulle kunna leda till slutsatsen att män i högre utsträckning än kvinnor erbjuds en PR-teamutredning. Enligt dokumentanalysen, som tidsmässigt överlappar registerstudien med ett kvartal, handlar dock tre fjärdedelar av rehabiliteringsutredningarna om kvinnor vilket mer överensstämmer med den gängse bilden av mäns och kvinnors sjuklighet. Då dokumentstudien innefattar fler fall och sträcker sig över en något längre period utgör den en något säkrare grund och stödjer därmed antagandet att kvinnor och män i Jönköpings län i samma utsträckning erbjuds PR-teamutredning.

Förändringar av sjukskrivningsgraden visade sig svårt att studera med de metoder för datainsamling som projektet använde sig av. MOA-registret kunde inte ge svar på den frågan och dokumentanalysen visar endast retrospektivt att de två största grupperna som erbjuds PR-team är antingen patienter som varit sjukskrivna mindre än ett år eller de med en sjukskriv-

ningshistoria som är fem år eller mer. Att studera hur en tvärprofessionell bedömning av rehabiliteringsbehov kan kopplas till eventuella förändringar av rehabiliteringsprocessen och i förlängningen återgång till arbete är därmed något som kräver andra metoder.

Ytterligare indikationer på vikten av att undersöka i vilken grad den tvärprofessionella bedömningen påverkar rehabiliteringsprocessen, och för vilka grupper, fann vi vid av analysen dokumentation från PR-teamutredningar. Här angavs att en majoritet av patienterna hade en framtidsbild som innefattade återgång till arbete i någon grad. Det märktes dock en påtaglig skillnad mellan olika grupper. För de som varit sjukskrivna mindre än ett år och som hade gymnasieutbildning eller högre utbildning och där ingen migrationshistoria noterats tycktes tanken på arbete relativt konkret och näraliggande. För personer som varit sjukskrivna under lång tid och som hade en lägre utbildningsnivå var tanken på arbete mer avlägsen. Detta gällde särskilt i kombination med en migrationshistoria. Skillnaden mellan specifik och generell arbetsförmåga (Nordenfelt, 2008; Tengland, 2006) har sannolikt betydelse här. För personer som varit sjukskrivna i mindre än ett år kan fortfarande den specifika arbetsförmågan vara aktuell. Det vill säga den utgångspunkt som rehabiliteringskedjan anger för de första 90 dagarna, och eventuellt upp till 180:e dagen. Det är rimligt att anta att det är enklare att prognostisera återgång till ett ordinarie arbete enligt denna princip, än att uttala sig om ett hypotetiskt arbete i ett helt annat sammanhang.

Det tvärprofessionella teamets bedömning av patientens förutsättningar att kunna återgå till arbete överensstämde relativt väl med patients rapporterade framtidsbild. För drygt hälften av fallen bedömdes patienten ha mycket goda, goda eller måttliga förutsättningar för att återgå. I klartext tycktes endast de knappt 10 % som uppgavs ha mycket goda förutsättningar ha möjlighet att kunna återgå till arbete på heltid. Värt att notera är att dokumentationen från PR-teamutredningar ofta var sparsam när det handlade om att uttala sig om patientens framtida arbetsförmåga. Detta kan höra samman med svårigheter att sätta ett prognostiskt uttalande på pränt. En annan förklaring är att modellen som sådan innefattar att muntligt och skriftligt återföra prognosen till patienten. Att lansera en positiv prognos inför någon som själv har en annorlunda och mer begränsad syn på sina möjligheter kan uppfattas som svårt. Samtidigt kan presentationen av en alltför mörk bild av framtiden uppfattas som att leverera en självuppfattande profetia av negativt slag. Fyndet att patientens rapporterade självbild låg i samma linje som teamets bedömning tycks med ovanstående tolkning som ytterst rimlig och möjligen ändamålsenlig.

Att multimodal rehabilitering (MMR) var den åtgärd som förekom mest frekvent kan förstås i ljuset av att denna behandlingsform dels är evidensbaserad Norlund, et al. 2010) och kostnadseffektiv (Jensen et al., 2010) dels för att den i sig renderar en högre ersättning för vårdcentralen och då kräver att en PR-teamutredning har genomförts.

Det tvärprofessionella arbetssättet kändes ovant på vissa vårdcentraler medan andra upplevde sig mer bekväma i situationen. Att studien genomfördes när modellen relativt nyligen hade implementerats har sannolikt stor betydelse för den skillnad som märktes mellan olika team avseende såväl tid som användes för att diskutera modellen och blanketten som för hur samtrimmade man var inom teamet. Rehabiliteringssamordnarens roll framstod i PR-teamutredningens gemensamma möte såsom betydelsefull även om den funktionen inte alltid var tydlig i utredningens första fas. Vilken typ av interprofessionellt arbete som ett PR-team utgör i praktiken är dels en empirisk fråga, som föreliggande undersökning vare sig förelagt sig eller kan besvara, dels något som sannolikt både kan ändras beroende av vana att genomföra PR-teamutredningar och hur medlemmarna i det individuella teamet ser på teamarbete över professionsgränserna. I de teammöten som observerades för den här studien varierade graden av interaktion mellan olika teammedlemmar ganska kraftigt. Detta kan dock till viss del vara ett utslag av såväl ovana vid arbetsmetoden som ett utslag av att känna sig kontrollerad som en filminspelning och närvaron av en observatör kan innebära.

Den positiva inställningen till tvärprofessionellt arbete som framkom i studien kan ha påverkats av att endast de som kände sig välvilligt inställda till modellen valde att medverka. En mer generell undersökning bland all personal behövs för att fånga upp såväl motstånd som drivkrafter för ett tvärprofessionellt arbete i team. Av särskilt intresse är den oro teammedlemmar uttryckte för att ett bra samarbete inom teamet skulle kunna innebära negativa konsekvenser för patienten genom att teamet gemensamt kan skapa och vidmakthålla en bild av individen som kanske inte är vare sig ”sann” eller av godo.

Det är likaså av intresse att fundera över blankettens betydelse och dess styrning av teamets bedömning. Detta kan både handla om den tid det tar att inledningsvis träna sig att använda ett visst instrument för dokumentation som hur dokumentet påverkar den enskilde yrkesföreträdaren i arbetet framöver. Studier har visat hur en formaliserad dokumentationsmall återspeglas i patientmöten genom de frågor som tas upp och i vilken ordning dessa lyfts (Bülow & Ekberg, 2009). I vår studie märktes detta genom hur de vårdcentraler som hade genomfört flera teambedömningar tycktes ha skapat en rutin för ifyllandet av blanketten.

Teamet behövde därmed inte lägga tid på att diskutera hur ifyllandet skulle ske under det gemensamma teammötet. Dokumentationen sköttes istället under sittande möte eller av någon i teamet som hade detta till uppgift. I linje med andra studier skulle denna anpassning till ett specifikt dokument kunna innebära att teammedlemmar, som är väl förtrogna med modellen för PR-team, anpassat sig till de uppgifter som efterfrågas i dokumentations-blanketten och därmed hoppar över att ta upp andra möjliga aspekter vid sitt möte med patienten.

Sammanfattningsvis utgör studien av PR-team en viktig startpunkt för fördjupade undersökningar av huruvida teamarbete över professionsgränserna kan leda till kortare sjukskrivnings-perioder, lägre sjukvårdskostnader och högre grad av arbetsåtergång.

REFERENSER

Abbott, A. (1988). *The System of Professions*. Chicago: The Universtity of Chicago Press.

Berlin, J., Carlström, E., & Sandberg, H. (2009). Team i vård, behandling och omsorg - erfarenheter och reflektioner. In J. Berlin, E. Carlström & H. Sandberg (Eds.), *Team i vård, behandling och omsorg* (pp. 15-24). Lund: Studentlitteratur.

Bülow, P. (2012). Delaktighet i tvärprofessionella flerpartssamtal. In P. Bülow, D. P. Thunqvist & I. Sandén (Eds.), *Delaktighetens praktik. Det professionella samtalets villkor och möjligheter* (pp. 91-113). Lund: Gleerups.

Bülow, P., & Ekberg, K. (2009). *Avstämningsmötet som mötesplats och metod för återgång i arbete*. Linköpings universitet: Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering, IHS Rapport 2009:1.

Bülow, P., & Sjökvist, M. (2010). Rehabsamordnaren som länk i den samordnade rehabiliteringen. Arbetsrapport. Jönköping: Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping.

Carlsson, L., Englund, L., Hallqvist, J., & Wallman, T. (2013). Early multidisciplinary assessment was associated with longer periods of sick leave: A randomized controlled trial in a primary health care centre. *Scandianvian Journal of Primary Health Care, 31*, 141-146.

Crepeau, E. B. (2000). Reconstructing Gloria: A Narrative Analysis of Team Meetings. *Qualitative Health Research, 10*(6), 766-787.

Hall, P., & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education, 35*(9), 867-875.

Jensen, I., Busch, H., Mättennen, H., Bergström, G., Bodin, L., & Hansson, E. (2010). I rehabiliteringens kölvatten. Är rehabilitering för ryggbesvär långsiktigt lönsam? Stockholm: Karolinska institutet.

Jönsson, L., & Linell, P. (1991). Story generations: From dialogical interviews to written reports in police interrogations. *Text, 11*(3), 419-440.

Kangashurju, H. (1996). Aligning as a team in multiparty conversation. *Journal of Pragmatics, 26*, 291-319.

Kvarnström, S. (2011). *Collaboration in Health and Social Care. Service User Participation and Teamwork in Interprofessional Clinical Microsystems* (Vol. Dissertaion Series No. 15). Jönköping: School of Health Sciences, Jönköping University.

Kvarnström, S., & Cedersund, E. (2009). Självpresentationer i tvärprofessionella vårdteam. In J. Berlin, E. Carlström & H. Sandberg (Eds.), *Team i vård, behandling och omsorg* (pp. 125-148). Lund: Studentlitteratur.

Landstinget i Jönköpings län (2010) Aktiv sjukskrivning – för ett bra liv. www.lj.se 2010-10-28

Landstinget i Jönköpings län. (2013). Primärvårdens rehabiliteringsutredning i team, PR-team®. Retrieved 3 mars, 2013, from http://plus.lj.se/infopage.jsf?nodeId=38555

Lindskog, M. (2009). Att lära med, av och om varandra. In J. Berlin, E. Carlström & H. Sandberg (Eds.), *Team i vård, behandling och omsorg* (pp. 101-124). Lund: Studentlitteratur.

Linell, P. (1990). De institutionaliserade samtalens elementära former: om möten mellan professionella och lekmän. *Forskning om utbildning, 17*(4), 18-35.

Lundgren, C. (2009). *Samarbete genom samtal. En samtalsanalytisk studie av multiprofessionella teamkonferenser inom smärtrehabilitering*. Linköping: Linköpings universitet.

Nikander, P. (2003). The Absent Client: Case Description and Decision Making in Interprofessional Meetings. In C. Hall, K. Juhila, N. Parton & T. Pösö (Eds.), *Constructing clienthood in social work and human services: interaction, identities and pracitices* (pp. 112-128). London: Jessica Kingsley.

Nordenfelt, L. (2008). *The Concept of Work Ability*. Bruxelles: P.I.E. Peter Lang.

Norlund, A., Ropponen, A., & Alexanderson, K. (2009). Multidisciplinary interventions: Review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *Journal of Rehabilitation Medicine, 41*, 115-121.

Norrefalk, J.-R., Littwold-Pöljö, A., Ryhle, L., & Brodda Jansen, G. (2010). Effect on work ability after team evaluation of functioning regarding pain, self-rated disability, and work ability assessment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 3*, 155159.

Nylén, U. (2009). Familjecentralen som gränsöverskridande team. In J. Berlin, E. Carlström & H. Sandberg (Eds.), *Team i vård, behandling och omsorg* (pp. 75-100). Lund: Studentlitteratur.

Payne, M. (2000). *Teamwork in multiprofessional care*. Basingstoke, Hamshire: Palgrave Macmillan.

Pearson, P. H. (1983). The interdisciplinary team process or the professionals' tower of Babel. *Developmental Medicine & Child Neurology, 25*(3), 390-395.

Ravotas, D., & Berkenkotter, C. (1998). Voices in the text: The uses of reported speech in a psychotherapist's Notes and Initial Assessments. *Text, 18*(2), 211-239.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Riessman, C. K., & Quinney, L. (2005). Narrative in Social Work: A Critical Review. *Qualitative Social Work, 4*(4), 391-412.

Sandberg, H. (2006). *Det goda teamet*. Lund: Studentlitteratur.

Silverman, D. (1993). *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: Sage.

Socialdepartementet. (2013). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgarantin 2014*. Stockholm.

Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G., & Ekberg, K. (2009). The Work Ability Divide: Holistic and Reductionistic Approaches in Swedish Interdisciplinary Rehabilitation Teams. *Journal of occupational rehabilitation, 19*(3), 264-273.

Sundqvist, E.-M., & Håmås, J. (2010). *Användarhandbok MOA sjukskrivningsprocessen*. Landstinget i Jönköpings län.

Tengland, A. (2006). Begreppet arbetsförmåga. Linköping: Institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings universitet, Hälsa och samhälle, Malmö högskola. IHS Rapport 2006:1.

Thylefors, I. (2013). *Babels torn. Om tvärprofessionellt teamsamarbete*. Stockholm: Natur & kultur.

Thylefors, I., Persson, O., & Hellström, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care, 19*(2), 102-114.

Öberg, T. (1989). Den farliga sjukskrivningen. *Socialmedicinsk tidskrift*(7), 344-348.

BILAGOR

Bilaga 1	Information om studien till verksamhetschefer
Bilaga 2	Information om studien till medverkande i studerade PR-team
Bilaga 3	Information om studien till patienter som omtalas vid studerade möten.
Bilaga 4	Landstingets informationsbrev till patienter som ska träffa ett PR-team
Bilaga 5a	Frågeguide intervjuer PR-teammedlemmar efter genomfört filmat möte
Bilaga 5b	Frågeguide intervjuer PR-teammedlemmar efter genomfört ej filmat möte
Bilaga 6	Dokumentationsprotokoll för PR-team

LANDSTINGET i Jönköpings län

2011-09-08

Hälso- och sjukvårdsavdelning

Till: Verksamhetschefer i Landstinget i Jönköpings län

Om: Utvärdering av PR-team® inom sjukskrivningsmiljarden

Med stöd av extra tilldelning av budgetmedel från regeringen har Landstinget i Jönköpings län träffat en överenskommelse med Försäkringskassan (FK) om ett antal olika projekt för att minska sjukskrivningarna i länet.

Som ett led i Landstingets uppföljning av satsningen på ett av dessa projekt, PR-team (Primärvårdens Rehabutredning i Team) genomförs en kvalitativ studie. Studien har fokus på PR-team som modell för rehabiliterings-utredningar och på PR-teamet som tvärprofessionell mötesplats. Syftet med projektet är att undersöka och följa upp modellen med PR-team samt att värdera utfallet av detta arbetssätt. Dessutom är avsikten att undersöka hur PR-team-mötet har utformats och hur modellen används på vårdcentralerna i Jönköpings län.

Studien genomförs i samarbete med Hälsohögskolan i Jönköping, avdelningen för beteendevetenskap och socialt arbete (ABS) med start hösten 2011. För datainsamling, analys och rapport ansvarar projektledaren från Hälsohögskolan. Forskningsassistent Camilla Seitl, från samma institution, kommer att medverka. Mycket av datainsamlingen kommer att skötas av forskningsassistenten.

Projektet består av tre delstudier där olika metoder och material används; datainsamling och analys men också observationer, inspelningar av möten och intervjuer med personal, då studien har en etnografisk ansats.

I den första delstudien studeras vad som händer efter att ett PR-team-möte har genomförts för enskild patient avseende sjukskrivningsgrad och återgång till arbete. Delstudien är en registerstudie av Landstingets data och omfattar samtliga inrapporterade PR-team genomförda under perioden 1 oktober 2010 – 31 mars 2011.

Den andra delstudien fokuserar på PR-team-möten och dess utformning. Informationen till delstudien samlas via observationer och intervjuer med

Landstingets kansli
Hälso- och sjukvårdsavdelning
Husargatan 4
Box 1024
551 11 Jönköping

Telefon: 036-32 40 01
Fax: 036-32 41 90
E-post: halso.sjukvardsavdelningen@lj.se

Postgiro: 10 50 00 - 4
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

LANDSTINGET i Jönköpings län

2011-09-08

mötesdeltagare. Delstudien planeras omfatta sju av länets vårdcentraler. Urvalet är strategiskt utifrån antal utförda PR-teambedömningar, där vårdcentraler med relativt många genomförda PR-team ingår (under hela året 2010 och 1:a kvartalet 2011). I studien ingår vårdcentraler från samtliga tre länsdelar samt vårdcentraler av varierande storlek. De vårdcentraler som valts ut i norra sjukvårdsdistriktet är vårdcentralerna Rosenhälsan och Öxnehaga samt Wetterhälsan. Från östra sjukvårdsdistriktet ingår Nässjö vårdcentral samt Nässjö läkarhus och från södra sjukvårdsdistriktet har vårdcentralerna i Vråen och Gislaved valts. Verksamhetscheferna och rehabiliteringssamordnarna för samtliga vårdcentraler som planeras ingå i studien har kontaktats via e-post. Datainsamlingen påbörjas september 2011 och planeras vara genomförd före december månads utgång. Inledningsvis genomförs observationer av cirka sju PR-team-möten vid lika många vårdcentraler samt intervjuer med mötesdeltagare efter genomfört möte. Ytterligare intervjuer genomförs vid samma vårdcentraler med ett antal teammedlemmar som medverkat i de två PR-team-möten som genomförts närmast efter det observerade PR-team-mötet.

I den sista och tredje delstudien studeras teamets egen bild av specifika PR-team-möten. Här studeras dokumentation från PR-team som genomförts under perioden 1 januari 2011 – 30 september 2011 från samtliga inrapporterade vårdcentraler. Dokumentationen ger en mer formell bild av hur teamet sammanfattat och beskrivit resultatet av ett specifikt PR-team-möte.

Etikprövningsnämnden har granskat och godkänt studien. Under studiens gång kommer en delrapportering att avlämnas. Studien kommer också att rapporteras genom en skriftligt slutrapport.

Processledare
Ann-Britt Ekvall
Hälso och sjukvårdsavdelningen

Landstinget i Jönköpings län
Tel. 036-324137
Mobil 0706 124137
E-post: ann-britt.ekvall@lj.se

Projektledare
Pia Bülow, Fil Dr
Avd för beteendevetenskap och socialt arbete
Hälsohögskolan, Jönköping
Tel. 036-101227
E-post: pia.bulow@hhj.hj.se

Studien ”PR-team som modell för samordnad rehabiliteringsutredning på vårdcentraler i Jönköpings län”

Som ett led i uppföljningen av arbetsmodellen med tvärprofessionella team för rehabiliteringsutredning inom primärvården (PR-team) genomför Landstinget i Jönköpings län tillsammans med Hälsohögskolan i Jönköping en studie av dessa team-möten. Syftet med projektet är att undersöka och följa upp modellen med PR-team och värdera utfallet av detta arbetssätt. Dessutom är avsikten att undersöka hur PR-team-mötet har utformats och hur modellen används på vårdcentralerna i Jönköpings län.

Projektet är inriktat mot PR-team som ett led i den samordnade rehabiliteringen. Du tillhör en grupp personer som genom detta brev tillfrågas om medverkan i den aktuella studien i din egenskap som medlem och mötesdeltagare i ett eller flera PR-team-möten på din arbetsplats.

Under studien följs PR-teamet på ett sju vårdcentraler i länet. På varje vårdcentral kommer ett PR-team-möte att videoinspelas i närvaro av en tyst observatör från Hälsohögskolan i Jönköping. Efter avslutat möte tillfrågas två till tre mötesdeltagare om deltagande i en kort intervju om det specifika mötet och om PR-team som en del av en individuell rehabiliteringsprocess. Intervjun spelas in med ljudbandspelare. De två närmast följande PR-team-mötena på respektive vårdcentral kommer att följas upp genom enbart intervjuer med två till tre mötesdeltagare. Också dessa intervjuer spelas in.

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

Deltagande i projektet är givetvis frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att ange något skäl för detta. Din arbetsgivare får endast ta del av den slutgiltiga rapporten där deltagarnas identitet inte framgår. Ditt beslut att delta eller avstå från att medverka kommer inte att påverka dina arbetsvillkor. Det är emellertid vår förhoppning att projektet ska bidra till att utveckla arbetsformen för rehabiliteringsutredning.

Om du har några frågor är du välkommen att ringa projektledare Pia Bülow telefon 036-10 12 27.

Jönköping september 2011

Pia Bülow
Fil. Dr., Lektor i socialt arbete
Avd. för beteendevetenskap och socialt arbete
Hälsohögskolan i Jönköping

Studien ”PR-team som modell för samordnad rehabiliteringsutredning på vårdcentraler i Jönköpings län”

Som ett led i uppföljningen av arbetsmodellen med tvärprofessionella team för rehabiliteringsutredning inom primärvården (PR-team) genomför Landstinget i Jönköpings län tillsammans med Hälsohögskolan i Jönköping en studie av dessa team-möten. Syftet med projektet är att undersöka och följa upp modellen med PR-team och värdera utfallet av detta arbetssätt. Dessutom är avsikten att undersöka hur PR-team-mötet har utformats och hur modellen används på vårdcentralerna i Jönköpings län.

Du tillhör en grupp personer som genom detta brev tillfrågas om ditt samtycke att ett PR-team-möte där ditt ärende behandlas får ingå i den aktuella studien.

Under studien följs möten i PR-teamet på sju vårdcentraler i länet genom observation och videoinspelning samt efterintervjuer. Sju möten i olika PR-team videoinspelas i närvaro av en tyst observatör från Hälsohögskolan i Jönköping. Efter avslutat möte intervjuas två eller tre mötesdeltagare om det specifika mötet och om PR-team som en del av en individuell rehabiliteringsprocess. Intervjun spelas in med ljudbandspelare. Vid ett möte med PR-team som planeras äga rum kommer Din situation omtalas och vi vill därför fråga Dig om tillstånd att observera och dokumentera detta möte.

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

Deltagande i projektet är givetvis frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att ange något skäl för detta. Ditt beslut att låta forskare delta i möte då ditt ärende behandlas kommer inte påverka de insatser som görs i din rehabilitering.

Om du har några frågor är du välkommen att ringa projektledare Pia Bülow telefon 036-10 12 27.

Jönköping september 2011

Pia Bülow
Fil. Dr., Lektor i socialt arbete
Avd. för beteendevetenskap och socialt arbete
Hälsohögskolan i Jönköping

Aktiv sjukskrivning
- för ett bra liv

Till dig som ska träffa ett PR-team®

När vi gör utredningar sätter vi alltid dig i centrum. Tillsammans med dig gör vi en helhetsbedömning av de faktorer som påverkar din hälsa. Utredningen görs av primärvårdens rehabiliteringsteam; PR-team. Teamet består av läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator och/eller psykolog och rehabiliteringssamordnare.

Hur går det till?
Rehabiliteringssamordnaren kontaktar dig och bokar in tider där du träffar teamets medlemmar. De gör var sin del av utredningen.
Därefter gör teamet en gemensam bedömning.

Efter bedömningen får du träffa två av teamets medlemmar. De presenterar vad teamet kommit fram till och diskuterar det med dig. Tillsammans kommer ni överens om en plan för din rehabilitering.

Syftet med utredningen är att
- få en samlad bedömning av dina resurser och begränsningar
- göra en individuell rehabiliteringsplan
- få underlag till läkarintyg och läkarutlåtande

Har du frågor?
Kontakta rehabiliteringssamordnaren på din vårdcentral.

Namn:

Telefonnummer:

LANDSTINGET i Jönköpings län

Intervju av mötesdeltagare efter genomförd PR-teambedömning

Upplevelse av det genomförda PR-team-mötet – gemensam bedömning

Övergripande

1. Vad tycker du om mötet idag?
2. Vad tycker du att ni kom fram till?

Förberedande

3. Vad gjorde att ni bestämde att ni skulle ha ett PR-team-möte? Idén till att ni skulle träffas kring just denna pat.? Vem beslutade? – Varför just ni?
4. Hade du förberett dig på något särskilt sätt inför dagens möte?

Den professionella kunskapen - funktionen

5. Funktionen: På vilket blev dina förberedelser viktiga i mötet? Vad hände med dess (frågor) i mötet. Fick de utrymme i diskussionen?
6. Hur upplever du att just din bedömning har kommit till nytta för teamet? Beskriv betydelsen av din bedömning.

Processen

7. Den *gemensamma bedömningen* från de olika professionerna i teamet: hur kan *processen* i teamets arbete beskrivas? Hur skulle du beskriva att ni kom fram till det ni gjorde? (samarbete, gemensamt ansvar, olika intressen, hur leddes diskussionen/arbetet fram till ett resultat?)
8. På vilket sätt kunde du bidra till teamets diskussioner och beslut?
9. Hur upplevde du din roll i mötet?

Effekten

10. Vilka konsekvenser fick PR-teambedömningen för patienten? (Vad tror du hade hänt om ni inte hade gjort en gemensam PR-teambedömning, vilka hade alternativen varit?)
11. Vilka blev effekterna av PR-team-mötet?
12. Fattades det några gemensamma beslut? Vilka?
13. Blev resultatet av PR-team mötet som förväntat?

Reflektion (över egen roll och arbetet)

14. Betydelsen av detta PR-team-möte för dig (-i din roll)?
15. Har din bild av patientens situation/problem ändrats efter teambedömningen?

Avslutande fråga

16. Om du jämför med andra teambedömningar som du har deltagit i .. hur var detta?

Intervju av mötesdeltagare efter genomförd PR-teambedömning: ej observerat/ filmat möte

Upplevelse av det genomförda PR-team-mötet – gemensam bedömning

Övergripande

1. Tänk på ett specifikt PR-team möte (ej observerat) som ni nyligen har haft.
2. Vad tycker du om mötet?
3. Om du jämför med andra teambedömningar som du har deltagit i .. hur var detta?
4. Vad tycker du att ni kom fram till?

Förberedande

5. Vad gjorde att ni bestämde att ni skulle ha ett PR-team-möte? Idén till att ni skulle träffas kring just denna pat.? Vem beslutade? – Varför just ni?
6. Hade du förberett dig på något särskilt sätt inför det mötet?

Den professionella kunskapen - funktionen

7. Funktionen: På vilket blev dina förberedelser viktiga i mötet? Vad hände med dess (frågor) i mötet. Fick de utrymme i diskussionen?
8. Hur upplever du att just din bedömning har kommit till nytta för teamet? Beskriv betydelsen av din bedömning.

Processen

9. Den *gemensamma bedömningen* från de olika professionerna i teamet: hur kan *processen* i teamets arbete beskrivas? Hur skulle du beskriva att ni kom fram till det ni gjorde? (samarbete, gemensamt ansvar, olika intressen, hur leddes diskussionen/arbetet fram till ett resultat?)
10. På vilket sätt kunde du bidra till teamets diskussioner och beslut?
11. Hur upplevde du din roll i mötet?

Effekten

12. Vilka konsekvenser fick PR-teambedömningen för patienten? (Vad tror du hade hänt om ni inte hade gjort en gemensam PR-teambedömning, vilka hade alternativen varit?)
13. Vilka blev effekterna av PR-team-mötet?
14. Fattades det några gemensamma beslut? Vilka?
15. Blev resultatet av PR-team mötet som förväntat?

Reflektion (över egen roll och arbetet) och avslutande frågor

16. Betydelsen av detta PR-team-möte för dig (-i din roll)?
17. Har din bild av patientens situation/problem ändrats efter teambedömningen?

Landstinget i Jönköpings län

PR-TEAM ®
Primärvårdens Rehabiliteringsutredning i team

Datum	Personnummer
Teamdeltagare	Namn
	Adress
	Telefonnummer

Dokumentet består av fyra delar:

Sid 1 Medicinsk bakgrund och sjukskrivningshistorik
Sid 2 Patientens upplevelse
Sid 3-4 Utredning
Sid 5-6 Teamets bedömning och förslag till åtgärder

MEDICINSK BAKGRUND OCH SJUKSKRIVNINGSHISTORIA

Medicinsk sammanfattning

Sjukskrivningshistoria

Aktiv sjukskrivning - för ett bra liv

© Landstinget i Jönköpings län LiJ1132 Utgåva 05 2013.11 www.signon.se

Landstinget i Jönköpings län

PR-TEAM ®
Primärvårdens Rehabiliteringsutredning i team

Namn

Personnummer

PATIENTENS upplevelse

Patientens framtidsbild, mål/delmål

Patientens upplevelse av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning

Största nedsättning/begränsning

Andra nedsättningar/begränsningar av betydelse

Patientens upplevelse av sina resurser/styrkor

Aktiv sjukskrivning - för ett bra liv

© Landstinget i Jönköpings län **LiJ1132** Utgåva 05 2013.11 www.signon.se

Landstinget i Jönköpings län

PR-TEAM ®
Primärvårdens Rehabiliteringsutredning i team

Namn

Personnummer

UTREDNING

SÅRBARHETSFAKTORER

Ärftlighet

Sårbarhetsfaktorer

Medfödda skador och/eller sjukdomar, fysiskt och psykiskt

Sårbarhetsfaktorer

Tidigare levnadsförhållanden

Resurs	Sårbarhetsfaktorer

Personlighet

Resurs	Sårbarhetsfaktorer

STRESSFAKTORER

Utbildning, kompetens och färdighet

Resurs	Stressfaktorer

Arbete - Arbetsförhållanden

Resurs	Stressfaktorer

© Landstinget i Jönköpings län LiJ1132 Utgåva 05 2013.11 www.signon.se

Aktiv sjukskrivning - för ett bra liv

Landstinget i Jönköpings län

PR-TEAM ®
Primärvårdens Rehabiliteringsutredning i team

Namn

Personnummer

Nuvarande levnadsförhållanden

Resurs	Stressfaktorer

Fritid

Resurs	Stressfaktorer

Ekonomi

Resurs	Stressfaktorer

Livsstil

Resurs	Stressfaktorer

Skattningsinstrument	Datum	Värde	Referensvärde Var god se manual

LAB-screening och läkemedel

Aktiv sjukskrivning - för ett bra liv

© Landstinget i Jönköpings län **LiJ1132** Utgåva 05 2013.11 www.signon.se

Landstinget i Jönköpings län

PR-TEAM ®
Primärvårdens Rehabiliteringsutredning i team

Namn

Personnummer

TEAMETS BEDÖMNING OCH FÖRSLAG PÅ ÅTGÄRDER

Funktionsnedsättning, fysiskt och psykiskt (ICF b-kod med gradering)

Aktivitetsbegränsning (ICF d-kod med gradering)

Diagnos (ICD 10)

Huvuddiagnos

Samsjuklighet

Resurser/Styrkor fysiskt, psykiskt och socialt

Förutsättningar för arbete

Nuläge

Prognos

Aktiv sjukskrivning - för ett bra liv

© Landstinget i Jönköpings län **LiJ1132** Utgåva 05 2013.11 www.signon.se

Landstinget i Jönköpings län

PR-TEAM ®
Primärvårdens Rehabiliteringsutredning i team

Namn

Personnummer

Förslag till åtgärder/behandling

Närmaste tiden
Längre fram

Återföring och samråd med patienten

Kontaktperson på vårdcentralen

Kompletterande information

© Landstinget i Jönköpings län **LiJ1132** Utgåva 05 2013.11 www.signon.se

Aktiv sjukskrivning
- för ett bra liv