

**Tidig rehabilitering
med inriktning mot arbete
12 månaders uppföljning av
samverkan**

mellan

Arbetsrehabcentrum i Primärvården Göteborg

Försäkringskassan i Västra Götaland

och

Arbetsförmedlingen i Göteborg

Sammanfattning	3
Bakgrund	4
Kriterier för inklusion, antal individer och demografiska data	4
Arbetsrehabcentrum – beskrivning och utvärdering av samverkansprocessen	6
ARC – samverkansansvar, upplägg och rutiner	6
Teamkompetens	6
Patientintroduktion	6
Utredning	6
Bedömning av patientens resurser och hinder i ett bio-psyko-socialt perspektiv	6
Rehabiliteringsupplägg	6
Rehabiliteringsprocessen	6
Avstämningsmöte - information om utfall och rekommendationer	7
Utlåtande	7
Aktivitet/delaktighet/omgivningsfaktorer	7
Utvärdering av planerade åtgärder	8
Utrednings- och rehabiliteringsprocessen på ARC	8
Bortfallsanalys	8
Metoder och åtgärder	8
Patienternas egenrapportering av besvär	8
Diagnos	9
Teamutredning	10
Arbetsplatsbesök, arbetsprovning/träning under rehabiliteringsprocessen	10
Kvalitativa/kvantitativa teaminsatser i rehabiliteringsprocessen	10
Resultat ARC:s rehabiliteringsteam	11
Utfall avseende egenrapporterade besvär	11
Utfall för provnings- och arbetsrekommendation	11
Deltagande i avslutnings/avstämningsmöten	12
ARC:s utvärdering av planerade åtgärder efter ARC.....	12
ARC:s rehabiliteringsteams bedömning av samverkansmodellen	13
Försäkringskassan – beskrivning och utvärdering av samverkansmodellen	14
Bakgrund	14
Syftet	14
Metod	14
Genomförande	14
Resultat	15
Individer bedömda som arbetsförmögna efter ARC	15
Individer bedömda osäkert arbetsförmögna efter ARC	17
Individer bedömda som helt arbetsoförmögna efter ARC	18
FK:s följsamhet till ARC:s rekommendationer	19
Försäkringskassans bedömning av samverkansmodellen	19
Arbetsförmedlingens – beskrivning och utvärdering av samverkansmodellen 20	
Bakgrund	20
Resultat	20
Individer bedömda som arbetsförmögna efter ARC	20
Individer bedömda osäkert arbetsförmögna efter ARC	21
Individer bedömda helt arbetsoförmögna efter ARC	21
Arbetsförmedlingens bedömning av samverkansmodellen	22
Rekommendationer - Samverkan vid rehabilitering med inriktning mot arbete 23	

Sammanfattning

Denna rapport är en utvärdering med 12 månaders uppföljning av en process för samverkan vid tidig rehabilitering med inriktning mot arbete. Processen för samverkan har genomförts i Göteborg och skett mellan Arbetsrehabcentrum (ARC), Primärvården Göteborg, Försäkringskassan (FK) och Arbetsförmedlingen (AF). Ett planeringsarbete genomfördes mellan de tre aktörerna och gemensamt beslöts hur samverkansprocessen skulle genomföras. I planeringsarbetet, som skedde under år 2003, deltog chefrepresentanter för de tre aktörerna.

Under 2004 och 2005 genomfördes samverkansprocessen. Målet för samverkan var att bedöma individen tidigt i sin sjukskrivning och att därefter omgående påbörja rehabilitering med inriktning mot arbete. Det var Försäkringskassans utredare som identifierade och remitterade de individer som hade behov av extra utredning och rehabilitering i en sammanhängande process.

Efter genomgången utredning och rehabilitering vid Arbetsrehabcentrum, Primärvården Göteborg hölls ett avslutande avstämningsmöte dit alla parter, som hade betydelse för individens fortsatta rehabilitering eller andra åtgärder, inbjöds. Vid avstämningsmötet gjordes individuella planer utifrån ARC:s rekommendationer och det bestämdes då även vem som skulle vara ansvarig i det fortsatta arbetet med individen. Försäkringskassans, Arbetsförmedlingens och arbetsgivarens åtgärder skulle starta omgående efter avstämningsmötet.

Under 2006 har uppföljningen genomförts. ARC har genom Malin Lindh, överläkare, specialist och docent i rehabiliteringsmedicin, beskrivit och utvärderat rehabiliteringsprocessen vid ARC. En uppföljning av individernas ersättningar från socialförsäkringen vid 6 och 12 månader efter FK:s remiss till ARC har Carina Persson, utredare på FK svarat för. Carina Persson har studerat FK:s följsamhet till planering från det avslutande avstämningsmötet på ARC. Vidare har FK:s utredare lämnat synpunkter på samverkansprocessen. AF har genom Gunvor Carlsson, arbetsvägledare, följt upp AF:s följsamhet till planering från det avslutande avstämningsmötet på ARC. Ingalill Lindström, Strategisk utvecklingsenhet, Västra Götalandsregionen har medverkat i utvärderingen.

Uppföljningen visar att FK identifierade och remitterade 52 individer, varav 48 har genomgått rehabiliteringsprocessen. Det är de 48 individerna som följts upp. Det var 30 individer som bedömdes som arbetsförmögna i någon omfattning, direkt eller efter rekommenderad tidsbegränsad arbetsprövning/träning, 15 osäkert arbetsförmögna men förmögna att delta i en arbetsinriktad process med arbetsprövning/träning i ett längre perspektiv med krav på fortsatt utvärdering och avstämning och 5 som helt arbetsoförmögna efter ARC.

Rehabiliteringen på ARC medförde att många individer förbättrades. Alla individer hade hel sjukpenning när de remitterades till ARC och 12 månader senare hade 10 individer ingen ersättning från FK, 14 hade rehabiliteringsersättning, 5 partiell sjukpenning, 13 hade hel sjukpenning, 6 hade sjuk- eller aktivitetsersättning. ARC:s rekommendationer till FK-åtgärder genomfördes av FK för 40 individer av 48 inom 12 månader från remitteringen. ARC:s rekommendationer till AF-åtgärder genomfördes av AF för 18 av 23 AF-aktuella individer inom 12 månader från remittering till ARC.

Uppföljningen visar på styrkor och svagheter i samverkansmodellen och lämnar några konkreta råd inför planering av samverkansprocesser.

Göteborg februari 2007

Bakgrund

Behovet av tidig samordnad rehabilitering har sedan länge framförts av olika intressenter i syfte att öka möjligheterna för den sjukskrivne att återgå i arbete. Att skapa förutsättningar för en dylik målsättning ligger i allas intresse. Det gagnar patient, sjukvård, rehabilitering, försäkringssystemet och samhället i stort. Samtidigt har begreppet "samordning" såväl som "tidig" inte definierats. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har också stött på hinder avseende finansieringsansvaret då begreppet i sig förutsätter samverkan mellan hälso- och sjukvården, Försäkringskassan (FK), Arbetsförmedlingen (AF) och arbetsgivare. Hur långt sträcker sig sjukvårdens ansvar? Försäkringskassan har sedan länge finansierat utredningstjänster, men vid utrett behov av rehabiliteringsinsatser har dessa blivit mer eller mindre tillgodosedda relaterat till rådande resurser, såväl avseende kompetens som finansieringsmöjligheter.

Teamarbete inom rehabilitering är en förutsättning, men kompetenskrav, sammansättning och metodik är inte alltid väldefinierade. Samverkan med FK, AF kräver också ett samverkansansvar. Successivt har arbetats på samverkansformer som t ex FINSAM, RESAM, Socsam/Deltaprojekt, Finansiella samordningsförbund.

Utifrån en tyngdpunkt på utredningar med rehabilitering i bakvattnet påbörjade 2003 i Göteborg FK, AF och Arbetsrehabcentrum, (ARC), då en verksamhet inom Primärvården Göteborg med rehabiliteringsmedicinsk kompetens, ett samarbete för en samverkansmodell.

Syftet var att möjliggöra utredning och rehabilitering under en sammanhängande tidsperiod. Arbetslivsinriktade åtgärder via FK och/eller AF skulle vidtas vid behov och utan dröjsmål och i en sammanhängande process mot målet arbete om det bedömts som realistiskt.

Genomförandet planerades gemensamt av ARC, FK och AF i återkommande möten under 2003 för att uppnå konsensus om processen och processansvar. Tre av Försäkringskassans lokalkontor deltog och lokalkontoren utsåg kontaktpersoner för den fortsatta dialogen i samverkansmodellen. Utredare på FK identifierade och remitterade individer till ARC under 2004 och 2005. En långtidsuppföljning var planerad till 2006.

Kriterier för inklusion, antal individer och demografiska data

Initialt avsåg samverkansmodellen att fokusera på individer med utrednings- och rehabiliteringsbehov tidigt i sjukskrivningsförloppet, dvs inom två månader för att svara upp mot "tidig och samordnad rehabilitering" som begrepp. Därutöver skulle individen inte ha någon sjukskrivning registrerad hos Försäkringskassan (FK) de två föregående åren.

Det var Försäkringskassans utredare som identifierade de individer som hade behov av extra utredning och rehabilitering i en sammanhängande process.

Aktuell sjukskrivningsperiod fick förlängas från två till högst sex månaders sjukskrivning bland annat på grund av att FK skulle göra SASSAM-kartläggning och inhämta samtycke från behandlande läkare.

Kriterierna för inklusion i samverkansmodellen:

- Högst 6 månaders aktuell sjukskrivningsperiod
- Högst 90 dagar registrerad sjukfrånvaro under de två föregående åren
- SASSAM-kartläggning genomförd av FK
- Samtycke från individen – inhämtat av FK
- Samtycke från behandlande läkare – inhämtat av FK

Femtio två individer remitterades av FK till ARC varav fyra inte fullföljde (se bortfallsanalys). Demografiska data för de fyrtio åtta deltagande individerna ses i tabell 1.

Tabell 1		N=48
Demografiska data för individer i samverkansmodellen		
		Antal
Kön		
	Kvinna	34
	Man	14
Ålder år		
	20-30	19
	31-40	16
	41-60	13
Skolutbildning		
	< 9 år	1
	9 år	10
	Folkskola/gymnasium	20
	Högskola/universitet	17
Sysselsättning		
	Anställda	19
	Arbetslösa	29
ICD 10 kod från behandlande läkare före ARC		
	Psykisk ohälsa	24
	Muskuloskeletal ohälsa	16
	Övrig ohälsa	8
Antal sjukskrivningsdagar två år före aktuellt sjukfall		
	Ingen sjukhistorik	28
	1 - 90 dagars sjukhistorik	14
	Fler än 90 dagars sjukhistorik	6
Antal sjukskrivningsdagar i samband med aktuellt sjukfall		
	< 6 månader	37
	> 6 månader	11

Arbetsrehabcentrum – beskrivning och utvärdering av samverkansprocessen

ARC – samverkansansvar, upplägg och rutiner

Teamkompetens

Teamet leddes av läkare, specialist i rehabiliteringsmedicin. I teamet involverades över tid två psykologer, två sjukgymnaster, tre arbetsterapeuter och en socionom men med för varje patient en fast teamkonstellation.

Samtliga teammedlemmar hade, förutom vidareutbildning i respektive profession, lång erfarenhet av utredning och rehabilitering. Specifikt för teamet var kunskap i teammetodik i ett interdisciplinärt arbete.

Det övergripande förhållningssättet relaterade till den kognitiv-beteendearbetande metodik, som genomsyrt hela verksamheten vid Arbetsrehabcentrum. I teamet ingick också sekreterare, vilket hade betydelse för extern information, kallelser och rutiner för samverkan med övriga intressenter i samverkansmodellen.

Patientintroduktion

Efter remiss till ARC kallades patienten inom två veckor. I den skriftliga kallelsen fick patienten tider till första besök hos samtliga namngivna teammedlemmar samt tid för första interna planeringsmötet på ARC. Förutom en kort information bifogades den informationsbroschyr om samverkansmodellen som patienten även fått ta del av hos försäkringskassans utredare i samband med remitteringen till samverkansmodellen. I patientens första kontakt med en teammedlem på ARC gavs åter information om upplägg, syfte och tidsåtgång för projektdeltagandet.

Utredning

I ARC:s utredningsdel, inom två veckor, träffade patienten samtliga professioner för utredande samtal, problem- och resursinventering, egenrapportering av symtom och besvär i standardiserade frågeformulär och funktionstester.

Med fullmakt från patienten eftersändes tidigare journaldokumentation för genomgång av läkare inför läkarens rehabiliteringsmedicinska utredning och bedömning av patientens resurser och hinder i ett bio-psyko-socialt perspektiv.

Efter utredningssamtalen förde teamet internt, utan patientens närvaro, en interprofessionell dialog. Då gjordes en preliminärbedömning avseende individens resurser och hinder samt teamets möjligheter att förstärka respektive reducera desamma i en rehabiliteringsprocess.

Rehabiliteringsupplägg

I samband med utredningssamtalen uppmanades patienten att själv reflektera över hinder och resurser inför det påföljande interna planeringsmötet med teamet. Vid detta möte framförde teamet sin preliminära bedömning och patienten sina reflektioner i syfte att gemensamt komma överens om behov och möjliga åtgärder i den kommande processen.

Vid detta första interna planeringsmöte fick patienten också tid för "halvtidsmöte" enligt nedan samt datum för det avslutande mötet med FK:s inremitterande utredare och övriga externa intressenter i det aktuella ärendet.

Rehabiliteringsprocessen

Det individuellt utformade rehabiliteringsprogrammet fokuserade på patientens aktiva deltagande och eget ansvar i processen, alltefter bedömd förmåga på individnivå. Respektive teamprofessioners insats styrdes av patientens behov och målsättning. För alla patienter hölls ett internt avstämningsmöte "halvtid" under rehabiliteringens gång. Utöver detta styrdes mötesfrekvensen av det individuella behovet av avstämning och målplanering.

Avstämningsmöte - information om utfall och rekommendationer

Utfall och rekommendationer förankrades hos patienten inför avslutande avstämningsmöte. Kallelse till berörda intressenter om tid och syfte med avslutningsmötet utgick senast fem veckor före utsatt tid. Vid mötet redogjorde teamläkaren för historik, aktuell bedömning och utfall. Därefter rapporterade patienten sina erfarenheter av rehabiliteringsprocessen varefter samtliga involverade teamprofessioner gav sina bedömningar.

Efter denna redogörelse framförde FK:s utredare, utredare från AF eller arbetsgivare samt behandlande läkare sina frågor och synpunkter inför en gemensam diskussion om, och förankring av, vidare handläggning i enlighet med rekommendation.

Utlåtande

Ett sammanfattande utlåtande utfärdades av teamläkaren med anpassning till ICF-rekommendationer och SASSAM-kartäggningsmodellen, se tabell 2. Utlåtandet fick läsas av patienten innan det skickades till FK:s utredare och behandlande läkare. Till utlåtandet bifogades dokumentationen från gemensamt avslutningsmöte för detaljinformation för den vidare handläggningen med FK/AF som processansvariga vid behov av en fortsatt arbetsinriktad planering.

Tabell 2

UTLÅTANDE SAMVERKANSMODELLEN (utlåtandet 3 sidor)

SAMMANFATTNING AV UTREDNING/REHABÅTGÄRDER OCH REKOMMENDATION I SAMVERKANSMODELLEN för NN under tiden 00/00 – 00/00, -00

SOCIALT

Aktuellt socialt status
Utbildning/arbete

HISTORIK

AKTUELL UTREDNING I TEAM (teamdeltagare namngivna)

Kroppsfunktioner

Psykiska/Psykologiska funktioner
Substansintag

Aktivitet/delaktighet/omgivningsfaktorer

BEDÖMNING

Diagnos

REHABILITERINGSPLANERING/ÅTGÄRD

REHABUTFALL

REKOMMENDATION

Uppföljning

.....
Läkarunderskrift

De olika professionernas utredningar som ligger till grund för sammanfattningen kan vid behov efterfrågas. (utifrån specifikt behov bifogas separat utredning)

Sammanfattningen går även till behandlande läkare

Utvärdering av planerade åtgärder

Inom samverkansmodellens ramar hade ARC - teamet kontakt med patienten fyra veckor efter avslut för utvärdering av förankring av den planering som överenskommits om i avslutningsmötet. Vid avvikelse kontaktades FK:s utredare för information.

Utrednings- och rehabiliteringsprocessen på ARC

Bortfallsanalys

Av de 52 remitterade individerna var det fyra som inte fullföljde utrednings- och rehabiliteringsprocessen vid ARC avslutades tre redan i utredningsfasen. Två av dem rekommenderades ej fortsatt kontakt, en på grund av aktiv psykos, en på grund av redan befintlig rehabiliteringsplan. Den tredje förklarade sig påtvingad ARC-kontakten av försäkringskassan och framförde i kontakt med ARC sig icke vara i behov av någon bedömning. Den fjärde patienten avbröt under rehabiliteringsprocessen då denna inte upplevdes förenlig med egen målsättning.

Metoder och åtgärder

Enligt förutbestämt upplägg omfattade utrednings- och rehabiliteringsprocessen sammanlagt åtta veckor. Initialt i utredningsprocessen fick patienterna egenrapportera symtom och problem i standardiserade frågeformulär.

Patienternas egenrapportering av besvär

De standardiserade frågeformulären omfattade:

- **MSPQ** (Modified Somatic Perception Questionnaire), mätning av somatiska stressymtom med gradering 0-39 med brytpunkt 12 för klinisk signifikans.
- **HAD** (Hospital Anxiety and Depression Scale), mätning av ångest och depression med gradering 0-21 för respektive domän med klinisk brytpunkt 11.
- **VAS** (Visuell Analogskala) för trötthet med gradering 0-100 på millimeterskala.
- **Framtidssyn** med gradering 3-15 rörande egenuppfattning om bl a framtida hälsa, arbetsförmåga.
- **Livstillfredsställelse** (enligt Fugl-Meyer) med gradering 1-6 för vardera dimensionerna: i allmänhet, yrke, ekonomi, fritid, sociala kontakter, sex, klara sig själv, familj, parförhållande, kroppslig hälsa, psykisk hälsa. 1=mycket otillfredsställande, 2=otillfredsställande, 3=ganska otillfredsställande, 4=ganska tillfredsställande, 5=tillfredsställande och 6=mycket tillfredsställande
 - Vid rapportering av smärtproblematik inkluderades MPI (The Multidimensional Pain Inventory) med gradering 0-6 för smärtintensitet, livskontroll, affektiv påverkan, omgivningsstöd, anhörigas reaktioner på patientens smärta avseende straffande, socialiserande och distraherande attityder, allmän fysisk aktivitet.

Med undantag för Livstillfredsställelse innebär högre gradering sämre tillstånd. Svartsresultaten ses i tabell 3, för hela patientgruppen samt relaterade till diagnos.

Tabell 3

Symptomrapportering i frågeformulär vid utredningsstart för hela gruppen, per diagnosgrupp och förbättring efter avslutad rehabilitering på ARC

	Hela gruppen n=48		Somatisk diagnos n=15		Psykiatrisk diagnos n=25		Somatisk + psykiatrisk diagnos n=8		Förbättring efter rehabilitering på ARC n=30
	median	min- max	median	min- max	median	min- max	median	min- max	missing (n)
Symtom									
Ångest - HAD	10	1-20	8	1-17	12.5	3-19	13.5	6-20	ns
Depression – HAD	9	2-19	8.0	2-16	9.0	4-19	10.5	4-19	p<0.01
Stress – MSPQ	12	1-31	10	2-23	12	1-31	21.5	4-26	ns
Trötthet – VAS	68	9-100	43.5	9-85	74	11- 100	86.5	22- 100	p<0.05, (1)
Framtidssyn	8	4-15	8	5-12	8.5	4-12	10	5-15	p<0.01, (5)
Livstillfredsstäl- else									
I allmänhet	3	1-6	4.0	1-6	3	1-5	1.5	1-5	p<0.01, (2)
Yrke	1	1-6	2	1-6	1	1-5	2.5	1-6	p<0.01, (1)
Ekonomi	3	1-6	3	1-5	3	1-5	2.5	1-6	ns
Fritid	3	1-6	3	1-4	3	2-6	2.5	1-6	p<0.01, (1)
Vänkontakter	4	1-6	4	2-6	4	1-6	2	1-5	p<0.05,(1)
Sex	5	1-6	4	1-6	4	1-6	1.5	1-6	ns, (3)
Klara sig själv	5	1-6	4	1-6	6	3-6	3.5	3-6	ns
Familj	4	1-6	4	2-6	4	1-6	3.5	1-5	p<0.05, 5)
Parrelation	4	1-6	5	1-6	4	2-6	5	2-6	ns, (9)
Kroppslig hälsa	2	1-6	2	1-6	3.5	1-6	2	1-2	p<0.01
Psykisk hälsa	2	1-6	4	1-6	2	1-4	1.5	1-4	p<0.01

Diagnos

Vid diagnostisering efter utredning användes ICD10 kodning. Utifrån kodning delades patienterna in i tre grupper; de med enbart psykiatrisk diagnos (n=25), de med smärtproblematik relaterad till enbart somatisk diagnos (n=15), samt en tredje grupp med såväl psykiatrisk som somatisk diagnos (n=8).

Hälften av de psykiatriska diagnoserna relaterade till uttalade stressreaktioner och utmattningsdepression följt av ångest och depression. Därutöver några fall med posttraumatiskt stressyndrom som också hade somatisk smärtproblematik. De somatiska diagnoserna rörde framför allt smärta/värk i rygg, nacke, nacke/skuldra/arm av olika genes och utbredning. Vid generaliserad värkproblematik förelåg också psykiatrisk diagnos.

I aktuell resultatredovisning har ej beaktats tilläggsdiagnoser relaterade till Z i ICD10 även om dessa varit av betydelse för rehabiliteringsupplägg. Z diagnoserna innebar framför allt svårigheter i livssituation med familj, barn, arbete, ekonomi av betydelse för egen rehabiliteringskapacitet och förelåg i ca 30 % av fallen, väsentligen jämnt fördelat relaterat till diagnosgrupp.

Teamutredning

- *Psykologens utredning:* Genomgång och bedömning av patientifyllda frågeformulär med återkoppling till patienten. Utredande samtal, observation och vid behov komplettering med psykometriska test.
- *Sjukgymnastens utredning:* Utredande samtal om bl a rörelseförutsättningar, fysisk aktivitet, rörelserädsla. Testning i standardiserat funktionstest för generell uppvisad fysisk förmåga, egenuppfattning om förmåga, egenskattning av fysisk tyngd, observation av smärtbeteende.
- *Arbetsterapeutens utredning:* Semistrukturerad intervju om bl a roller, aktiviteter, arbetsvärdering. Genomgång av dygnsaktiviteter, mängd och fördelning.
- *Socionomens utredning:* Utredande intervju avseende socioekonomiska förhållanden. Vid behov informationssökning för kompletterande uppgifter om t ex barn, hem och skola i samverkan med patient.
- *Läkarens utredning:* Genomgång av tidigare medicinsk dokumentation. Aktuell medicinsk anamnes, status och medicinering i ett rehabiliteringsmedicinskt perspektiv. Diagnostisering med återkoppling till patient för bl a förklaringsmodeller i syfte att reducera farhågor om tillstånd och prognos.

Arbetsplatsbesök, arbetsprövning/träning under rehabiliteringsprocessen

För de patienter som hade anställning genomförde sjukgymnast och/eller arbetsterapeut tillsammans med patient arbetsplatsbesök för genomgång av arbetskrav relaterat till patientförmåga i diskussion med arbetsledare och eventuell rehabiliteringsansvarig på arbetsplatsen.

Kvalitativa/kvantitativa teaminsatser i rehabiliteringsprocessen

Aktiviteter i rehabiliteringsprocessen samplanerades med team och patient relaterat till utgångssituation och målsättning. Individuella och teambedömda behov av smärt-, stress- och ångesthantering, fysisk träning, avspänning, sociala tillrättalägganden, medicineringsfrågor, statusutvärdering, grad av doserad aktivitet styrde innehåll och kontakter med respektive teamprofession.

I syfte att bedöma och ge möjlighet att träna arbetsförmåga var patienterna i olika omfattning aktiva i tillgänglig Träningsenhet inför prövning/träning på befintlig arbetsplats eller för förmåga att gå ut i arbetsprövning som arbetslös. I Träningsenhetens arbetsliknande miljö fick patienten, ledd av arbetsterapeut och med instruktion av arbetsinstruktör, träna bl a närvaro, fysisk och psykisk uthållighet, ergonomi, kognitiv och social förmåga i arbetssimulerade uppgifter om 2 - 4 timmar per dag, alltifrån 1 till 5 dagar i veckan. Under dessa träningstillfällen fick patienten i samtal med arbetsterapeuten stöd och konstruktiv återkoppling i sin rehabiliteringsprocess.

Patienternas sammanlagda behov av de olika teamprofessionerna inklusive utredning och interna planeringsmöten ses i tabell 4, totalt samt relaterat till diagnos och status som anställd eller arbetslös.

Tabell 4
Medianvärden för professionernas antal kontakter med patienterna på ARC

Profession motsvarande	Hela gruppen n=48		Somatisk diagnos n=15	Psykiatrisk diagnos n=25	Somatisk + psykiatrisk diagnos n=8	Arbetslösa n=29	Anställda n=19
	median	min-max	median	median	median	median	median
Läkare	4	3-9	5	4	5	5	4
Sjukgymnast	11	1-22	11	10	12.5	11	11
Psykolog	6	1-18	3	9	4.5	5	.9
Socionom	3	0-9	2	3	5	3	2
Arbetssterapeut	4	1-4	4	3	4	3	4
Träningsenhet	10	0-35	6	10	11.5	16	5

Resultat ARC:s rehabiliteringsteam

Utfall avseende egenrapporterade besvär

Under samverkansmodellens gång kompletterades ingångsformulär med avslutningsformulär i syfte att få patientens egenskattnings av rehabiliteringsprocessens inverkan på besvär och symtom. Denna jämförelse gjordes för 30 konsekutiva patienter. Dessa patienter rapporterade reducerad symtombild, på signifikant nivå avseende depressiva symtom och trötthet men utan signifikans för ångest och stress. En mer optimistisk framtidstro och större livstillfredsställelse i flera av dimensionerna kunde ses, se tabell 3.

Utfall för prövnings- och arbetsrekommendation

För bedömnings- och rekommendationsutfall användes tre kategorier:

- A: Patienten bedömdes arbetsförmögen i någon omfattning, direkt eller efter rekommenderad tidsbegränsad prövning/träning (n=30).
- B: Patienten bedömdes osäkert arbetsförmögen men förmögen att delta i en arbetsinriktad process med arbetsprövning/träning i ett längre perspektiv med krav på fortsatt utvärdering och avstämning (n=13).
- C: Patienten bedömdes helt icke arbetsförmögen, långvarigt eller varaktigt, ingen arbetsinriktad rekommendation (n=5), se tabell 5.

Tabell 5
Utfall av rehabiliteringen på ARC

Utfallsgrupp	Somatisk diagnos n=15		Psykiatrisk diagnos n=25		Somatisk + psykiatrisk diagnos n=8	
	N	%	N	%	N	%
A	10	67	17	68	3	38
B	4	27	6	24	3	38
C	1	1	2	2	2	25

Utfallet för respektive kategori visade demografisk variabelövertikt i kategori A för yngre åldrar, skandinavisk härkomst, högre utbildning, innehav av anställning.

Inför en logistisk regressionsanalys av ingångsvariablers betydelse för utfall slogs kategori B + C samman till en kategori för två utfallsgrupperingar 1=A (n=30) och 2=B + C (n=18).

De demografiska variablerna ålder, kön, skandinav/icke skandinav, utbildning, arbetslös/anställd samt diagnosgrupp, sjukskrivningslängd tidigare och aktuellt analyserades i regression med signifikant utfall för arbetslöshetsvariabelns betydelse, $p < 0.01$.

Samtliga dessa variabler kompletterat med symtomnivå enligt standardiserade frågeformulär i regressionen visade signifikant utfall för tillfredsställelse avseende kroppslig hälsa och yrke, $p < 0.01$.

Enbart initial symtomrapportering i regressionsanalysen visade även betydelsen av livstillfredsställelse avseende kroppslig hälsa och yrke, $p < 0.01$ samt tendens för ångest, livstillfredsställelse i allmänhet och framtidssyn.

Frågeformulärsrapporteringen av symtom efter rehabiliteringsprocessen omfattade 30 individer. Denna symtomrapportering testades per se i en regressionsanalys med samma utfall.

Deltagande i avslutnings/avstämningmöten

Före skriftligt utlåtande framfördes Teamets rekommendationer i avslutningsmöte till vilket kallats utredare från FK, utredare från AF, i eller utan samverkansprojekt med FK, arbetsgivare, behandlande läkare samt annan extern intressent efter önskemål (t ex facklig representant, anhörig). Som inremittent deltog FK-utredare i alla avslutningsmöten.

Initialt förelåg vissa svårigheter avseende AF-representant pga av ickeförankring av samverkansmodellen i hela organisationen. Efter att istället koppla in befintliga FK/AF samverkanspartner ökade AF-representationen i ärenden med detta behov.

Samtliga behandlande läkare inbjöds till avslutnings/avstämningmöte. Tjugosex procent av berörda läkare närvarade, 38 procent meddelade förhinder. Övriga 36 procent av behandlande läkare responderade inte på inbjudan.

I de ärenden där befintlig arbetsgivarrepresentant inbjudits att medverka deltog samtliga.

ARC:s utvärdering av planerade åtgärder efter ARC

Samtliga patienter följdes upp minst den stipulerade tiden om fyra veckor efter avslut vid ARC. I de ärenden där de överenskomna åtgärderna inte startat enligt planeringen vidarebefordrades informationen till FK:s utredare för åtgärd.

ARC:s rehabiliteringsteams bedömning av samverkansmodellen

Styrkor i samverkansmodellen

- Att patienten förbereddes av utredare på FK med insikt om samverkansmodellen för relevant information, att patienten genom SASSAM-kartläggningen sannolikt upplevde större grad av samverkan än om endast remiss skickats
- Att i teamet på ARC kunna bedriva såväl utredning som rehabilitering i en sammanhängande period med möjlighet
 - att direkt kunna omsätta utredningsresultat i rehabilitering
 - att erbjuda patienten kontinuitet i denna del av processen
 - att patienten fick möta samma individer i teamet såväl i utredning som i rehabilitering
 - att, relaterat till ovan, skapa trygghet för patienten i processen genom kontinuitet
 - att erbjuda en välfungerande struktur
 - att med definierad tidpunkt för start och avslut sätta ramar för såväl patient som team avseende såväl innehåll som målsättning
 - att med definierade ramar direkt kunna relatera rehabiliteringsutfall till ingångsstatus
- Att vid avslut ha en direktkommunikation med berörda inom FK, AF alt arbetsgivare, behandlande läkare för
 - att förankra rekommendation för den vidare planeringen
 - att nå konsensus för fortsatta åtgärder och det framtida processansvaret
 - att möjliggöra de planerade åtgärderna utan tidsfördröjning

Svagheter i samverkansmodellen

- Att inte för utfallsgrupp B kunna förlänga rehabiliteringstiden inom samverkansmodellens ramar eftersom en längre period hade skapat större säkerhet för såväl patient som för arbetsprognos
- Att planerade åtgärder efter gemensamt avslutningsmöte fördröjdes i några fall med tidsglapp som negativt påverkade arbetsmålet
- Att behandlande läkare ofta ej hade möjlighet att delta i avslutningsmöte
- Att det i planerade långa processer efter avslutningsmöte förekom bristande informationsöverföring i samband med byte av utredare inom FK och AF medförande annan handläggning än vad som planerats
- Att i långa ärenden ej ha en namngiven samordnare genom hela processen som vid avsteg från plan kunde agera för återkoppling till olika intressenter i processen för att
 - initiera en bio-psyko-social re-evaluering för bedömning av orsak till avsteg från plan
 - utifrån re-evaluering på individnivå och översyn av åtgärdsinnehåll hänvisa till ursprungsplan, alternativt justera mål

Försäkringskassan – beskrivning och utvärdering av samverkansmodellen

Bakgrund

En långtidsuppföljning av samverkansmodellen utifrån Försäkringskassans, FK perspektiv har genomförts. Uppföljningen har gjorts vid 6 och 12 månader efter remittering till Arbetsrehabcenter, ARC.

Syftet

Syftet med Försäkringskassans utvärdering av samverkansmodellen var att få en uppfattning

- om demografisk data avseende de deltagande individerna, se tabell 1, 6, och 8
- antal ersättningsdagar för individerna före insats vid ARC, se tabell 1
- ersättningsdagar, ersättningsform och åtgärder från Försäkringskassan utifrån Arbetsrehabcenter rekommendationer 4 och 10 månader efter avslutad insats på ARC, se figur 2 och 3
- remittenternas reflektioner kring samverkansmodellen

Metod

Utvärderingen baserades på de 48 individer som genomgått hela rehabiliteringsprocessen på ARC. Nedanstående källor har använts.

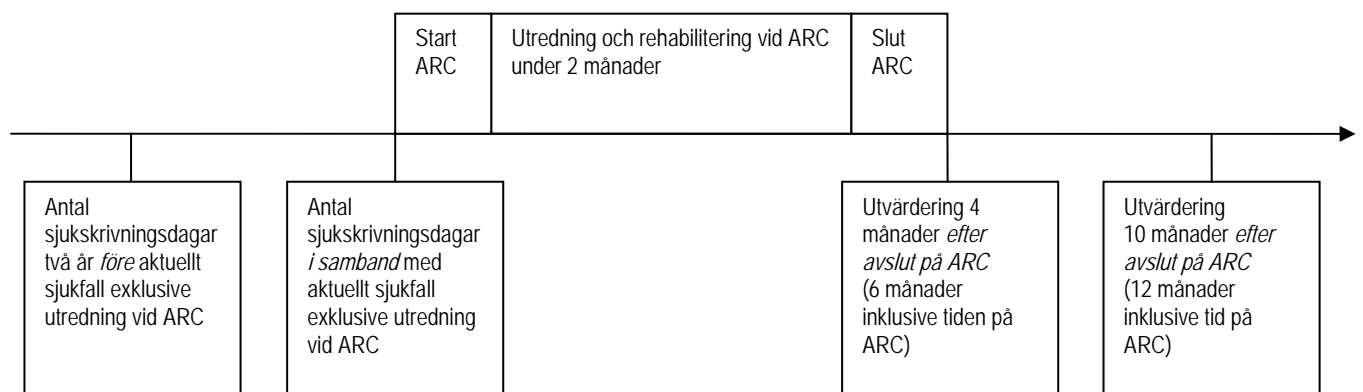
- uppgifter i individernas akter i Försäkringskassans ärendehanteringssystem
- uppgifter om individerna i Försäkringskassans dataregister i Sundsvall TP
- intervjuer med ett urval av remittenterna/handläggarna på Försäkringskassan

Genomförande

Genom kartläggning av de 48 individerna med hjälp av Försäkringskassans uppgifter i ärendehanteringssystem och dataregister, framgick det hur Försäkringskassan hade använt sig av Arbetsrehabcentrums utredningar och rekommendationer.

Utvärderingen utformades genom att beskriva Försäkringskassans åtgärder, ersättningsform samt individernas sjukskrivningsgrad 6 och 12 månader efter remiss till ARC. Utredning och rehabilitering på ARC varade i två månader. FK:s långtidsuppföljning 6 och 12 månader efter remittering till ARC är det samma som 4 och 10 månader efter avslut på ARC. Se figur 1

Redovisningen bygger på Arbetsrehabcentrums slutbedömning av individerna som säkert arbetsförmögna, osäkert arbetsförmögna samt helt arbetsoförmögna. Se tabell 5.



Figur 1 Tidsaxel för genomförande och uppföljning

Det var även av vikt att åskådliggöra om utredare vid Försäkringskassan ansett sig ha haft stöd i sitt arbete genom att begagna sig av samverkansmodellen. Utredare vid berörda kontor har intervjuats utifrån aspekter gällande modellens innehåll och upplägg, teambedömningens resultat och förmedling av resultat, förslagna åtgärder samt efterföljande åtgärder.

Av de 26 utredare som remitterade individer till Arbetsrehabcentrum har fyra utredare intervjuats. Då samtliga utredare inte intervjuades blev inte resultatet heltäckande, men gav dock en viss inblick i utredarnas åsikter om styrkor och svagheter i samverkansmodellen.

Samtalens upplägg har vilat på SWOT- metodens grund (Strength, Weakness, Options, Threats, dvs styrkor, svagheter, möjligheter och hinder), då genom belysning av frågeställningarna med bakgrund av reflektioner kring styrkor och svagheter i samverkansmodellen. En sammanfattning av intervjuerna har gjorts, och resultatet presenteras utifrån de aktuella utredarnas svar.

Rekommendationerna från ARC som följdes upp i utvärderingen är de rekommendationer där Försäkringskassan hade möjlighet att påverka utgången. Det vill säga åtgärder som syftade till återgång i arbete eller arbetsmarknaden. Arbetsrehabcentrums planläggning rörande medicinska åtgärder är inte Försäkringskassans ansvarsområde och har därför av naturliga skäl inte utvärderats av FK.

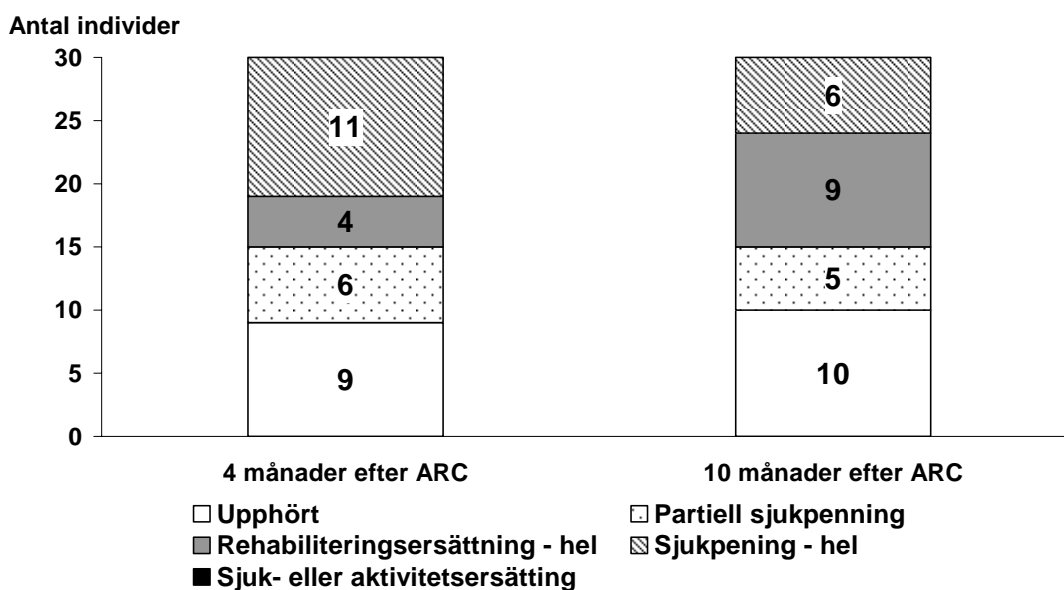
Resultat

Individer bedömda som arbetsförmögna efter ARC

Arbetsrehabcentrums bedömning var att det fanns 30 individer av 48 som var arbetsförmögna i någon omfattning, direkt eller efter rekommenderad tidsbegränsad arbetsprövning/träning. Tabell 6 och figur 2 beskriver dessa 30 individer. Av 23 kvinnor hade 13 psykisk ohälsa. Av de 15 individer som var arbetslösa hade 9 individer psykisk ohälsa. De 6 individerna i åldersgruppen 41 – 60 år hade psykisk ohälsa

Tabell 6
Uppgifter för individer bedömda ha arbetsförmåga efter ARC, N=30

	Antal
Kön	
Kvinnor	23
Män	7
Sysselsättning	
Anställda	15
Arbetslösa	15
Ålder	
20 - 30 år	12
31 - 40 år	12
41 - 60 år	6
ICD 10 kod efter ARC	
Psykisk Ohälsa	10
Somatisk Ohälsa	17
Somatisk och Psykisk Ohälsa	3



Figur 2 Ersättningsformer från FK efter rehabilitering på ARC - arbetsförmögna n=30

Det framgår av figur 2 att efter 4 månader var det 17 individer som uppbar sjukpenning, varav 11 hade hel sjukpenning och 6 hade partiell sjukpenning. Ingen hade sjuk- eller aktivitetsersättning efter 4 månader.

Efter 10 månader hade förutsättningarna ändrats, då uppbar 11 individer sjukpenning, varav 6 hade hel sjukpenning och 5 hade partiell sjukpenning. Efter 10 månader hade 10 individer upphört att erhålla ersättning från Försäkringskassan och 9 individer hade rehabiliteringsersättning. Ingen hade sjuk- eller aktivitetsersättning efter 10 månader.

ARC:s rekommendationer har FK genomförts för 23 av 30 individer, då med tillägget att åtgärderna har tagit längre tid än vad som rekommenderades från ARC.

**Tabell 7
Försäkringskassans åtgärder efter ARC, N=30**

	Antal
Ytterligare avstämningsmöte med arbetsgivare eller arbetsförmedling	15
Kontakt mellan Försäkringskassan och behandlande läkare per brev eller telefon	4
Medbedömning av försäkringsläkare	6

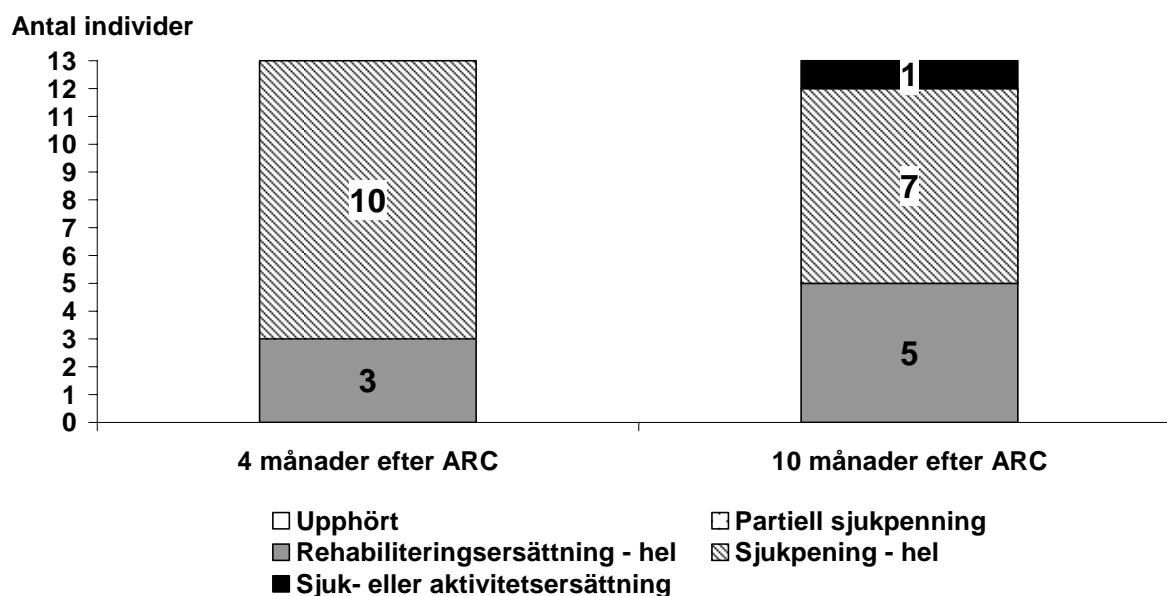
Tabell 7 visar att utredare vid FK använde sig av ytterligare avstämningsmöten som åtgärdsform för hälften av individerna. Andra åtgärder var att kontakta behandlande läkare via brev eller telefon eller medbedömning av försäkringsläkare. Utredare vid Försäkringskassan utförde någon form av aktiv åtgärd för 23 av 30 individer.

Individer bedömda osäkert arbetsförmögna efter ARC

Efter avslut på ARC fanns 13 individer av 48 som ansågs osäkert arbetsförmögna, men de ansågs ha förmåga att delta i en arbetslivsinriktad process med arbetsprövning i ett längre tidsperspektiv. Då med krav på utvärdering och avstämning för arbetsmål. Tabell 8 och figur 3 visar uppgifter om de 13 individerna.

Tabell 8
Uppgifter om individer bedömd osäkert arbetsförmögen efter ARC, N=13

	Antal
Kön	
Kvinnor	8
Män	5
Sysselsättning	
Anställda	4
Arbetslösa	9
Ålder	
20 - 30 år	6
31 - 40 år	4
41 - 60 år	3
ICD 10 kod efter ARC	
Psykisk ohälsa	4
Somatisk ohälsa	6
Psykisk och somatisk ohälsa	3



Figur 3 Ersättningsformer från FK efter ARC - osäkert arbetsförmögna N=13

Av figur 3 framgår att det 4 månader efter ARC fanns 3 individer med rehabiliteringsersättning. Efter 10 månader hade antalet individer som uppbar sjukpenning minskat 7, och antalet individer som uppbar rehabiliteringsersättning hade ökat till 5. En individ hade fått sjuk- eller aktivitetsersättning.

Varken vid 4 eller 10 månader efter ARC hade någon av de 13 individernas ersättning från FK upphört.

Tabell 9
Försäkringskassans åtgärder för individer bedömd osäkert arbetsförmögen efter ARC, N=13

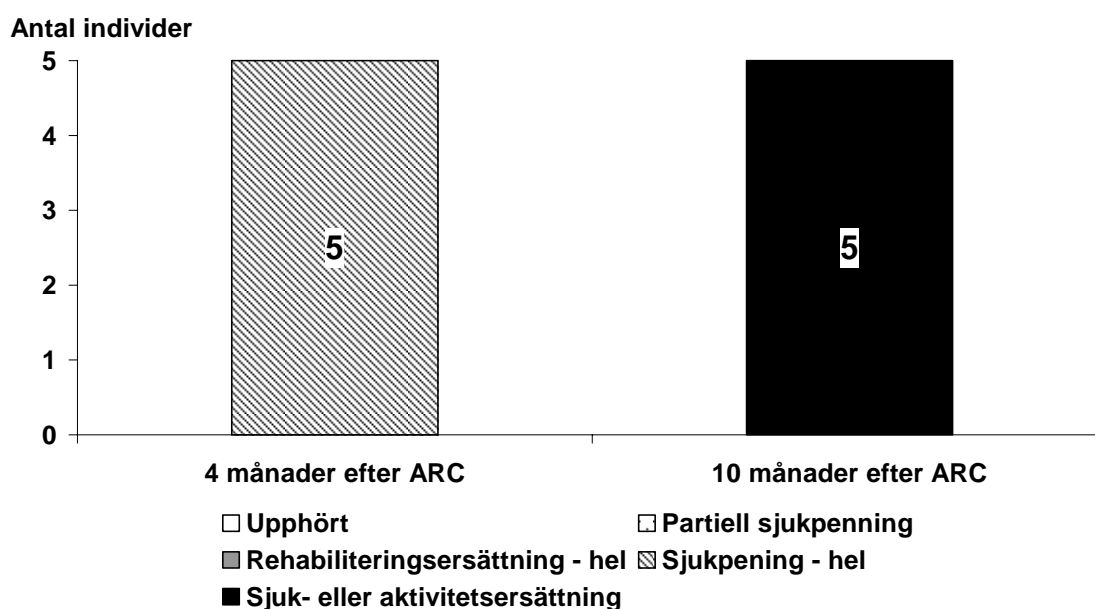
	Antal
Avstämningsmöte med arbetsgivare eller arbetsförmedlingen	9
Kontakt mellan Försäkringskassan och behandlande läkare, då brev eller telefonledes	6
Medbedömning av försäkringsläkare	2

Tabell 9 visar att FK använt olika åtgärder efter bedömning och rehabilitering på ARC. För 12 av 13 individer förekom det aktiva åtgärder i form av avstämningsmöte, kontakt med behandlande läkare eller medbedömning av försäkringsläkare.

Utredare vid Försäkringskassan genomförde Arbetsrehabcentrums rekommendationer för 12 av 13 individer, såtillvida att det har förekommit avstämningsmöte för de flesta individer, kontakt med behandlande läkare eller medbedömning av försäkringsläkare.

Individer bedömda som helt arbetsförmögna efter ARC

Arbetsrehabcentrum hade bedömt att 5 individer av 48 inte var arbetsförmögna, då för avsevärd tid eller varaktigt. Av dem var alla individer arbetslösa och fyra var över 40 år. Efter 10 månader uppbar samtliga individer sjuk- eller aktivitetsersättning vilket framgår av figur 4.



Figur 4 Ersättningsformer från FK efter ARC -inte arbetsförmögna N=5

FK:s följsamhet till ARC:s rekommendationer

- Utredare vid FK genomförde ARC:s rekommendationer för 23 av 30 individer som bedömts som arbetsförmögna.
- Utredare vid FK genomförde ARC:s rekommendationer för 12 av 13 individer som bedömdes osäkert arbetsförmögna.
- Utredare vid FK genomförde ARC:s rekommendationer för 5 av 5 individer som bedömdes helt arbetsoförmögna.

Rekommendationerna från ARC genomfördes inte av FK:s utredare för 8 individer av 48 inom 10 månader efter avslut på ARC. Följande orsaker var då av betydelse.

- Individen försämrades i sin grundsjukdom.
- Vid handläggbyte togs inte Arbetsrehabcentrums rekommendation tillvara.

Försäkringskassans bedömning av samverkansmodellen

Styrkor i samverkansmodellen

- Samtliga medicinska professioner vid Arbetsrehabcentrum deltog i den arbetslivsinriktade utredningen, vilket medförde väl avvägda bedömningar.
- Utredningen vid Arbetsrehabcentrum innefattade både en praktisk och teoretisk del, vilket gav en heltäckande bild av individens situation.
- Vid de avslutande avstämningsmötena vid Arbetsrehabcentrum gavs möjlighet till direktkommunikation mellan berörda parter.

Svagheter i samverkansmodellen

- Kriterierna för deltagande i åtgärden var begränsade, vilket orsakade svårigheter att finna lämpliga individer.
- Prognos gällande konkret tidsperspektiv fanns inte tillgängliga i alla bedömningar från Arbetsrehabcentrum.
- Processen i individhanteringen fördröjdes på grund av hinder i samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.
- Byten av utredare vid Försäkringskassan orsakade att Arbetsrehabcentrums rekommendationer inte följdes.
- Individens behandlande läkare deltog inte alltid på avstämningsmötena vid Arbetsrehabcentrum.

Arbetsförmedlingens – beskrivning och utvärdering av samverkansmodellen

Bakgrund

För de individer som hade behov av Arbetsförmedlingens service utlovades direktkontakt med Arbetsförmedlingen i samband med individens avslut vid ARC.

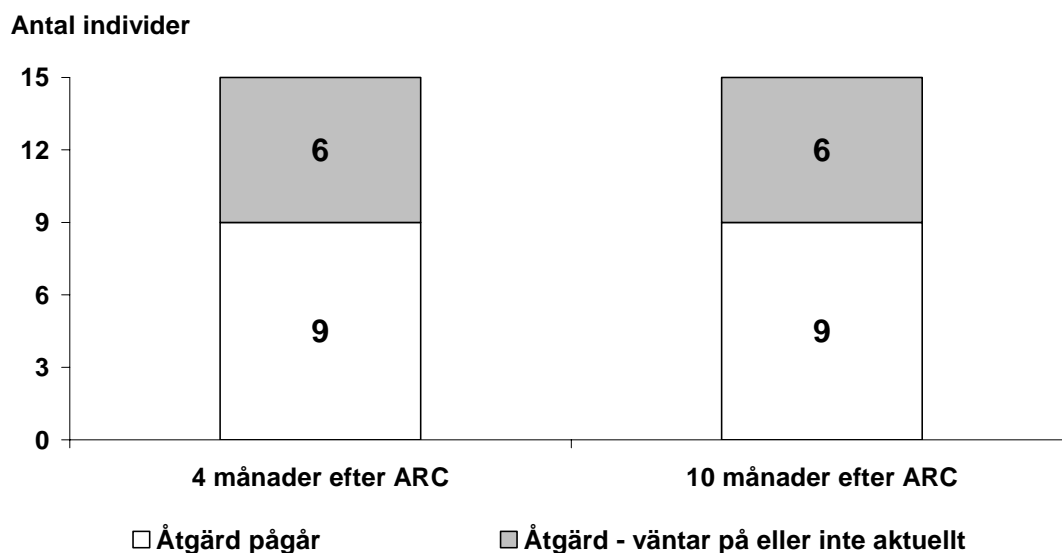
Från början utsågs kontaktpersoner på respektive Arbetsförmedling, men det var svårt att upprätthålla en kontinuitet, eftersom dessa individer förekom förhållandevis sällan. Kontaktpersonen var inte alltid aktuell när det var dags för ett avstämningsmöte. Ett flertal individer aktualiserades dock till de samverkansteam som finns på respektive Arbetsförmedling. Här finns gemensamma beredningsgrupper som underlättar för olika samverkansuppdrag.

Arbetsförmedlingens uppföljning avser de individer som av ARC rekommenderades AF-kontakt vilket var 23 av 48 individer. Arbetsförmedlingen eller Arbetstjänster (ALT) deltog i 11 avstämningsmöten hos ARC.

Resultat

Individer bedömda som arbetsföra efter ARC

Det var 30 individer som bedömdes arbetsföra i någon omfattning, direkt eller efter rekommendation tidsbegränsad prövning/träning. Av dessa var 15 arbetslösa och 15 anställda. Det var de 15 arbetslösa individerna där ARC:s rekommendation var fortsatta åtgärder via arbetsförmedlingen.



Figur 5 Åtgärder från AF efter ARC - arbetsföra och arbetslösa n=15

Det framgår av figur 5 att det efter 4 månader var 9 individer i arbete, studier eller deltog i arbetslivsinriktad rehabilitering. Övriga 6 individer väntade på någon åtgärd eller var inte aktuella hos Arbetsförmedlingen.

Efter 10 månader var lika många (9 individer) i arbete eller åtgärd, men det var *inte samma individer* som var i arbete/åtgärd efter 4 månader. 3 individer hade avbrutit på grund av sjukskrivning och några

hade påbörjat en åtgärd efter de första 4 månaderna. Det var 4 individer som hade samma arbete/åtgärd under hela tidsperioden (10 månader)

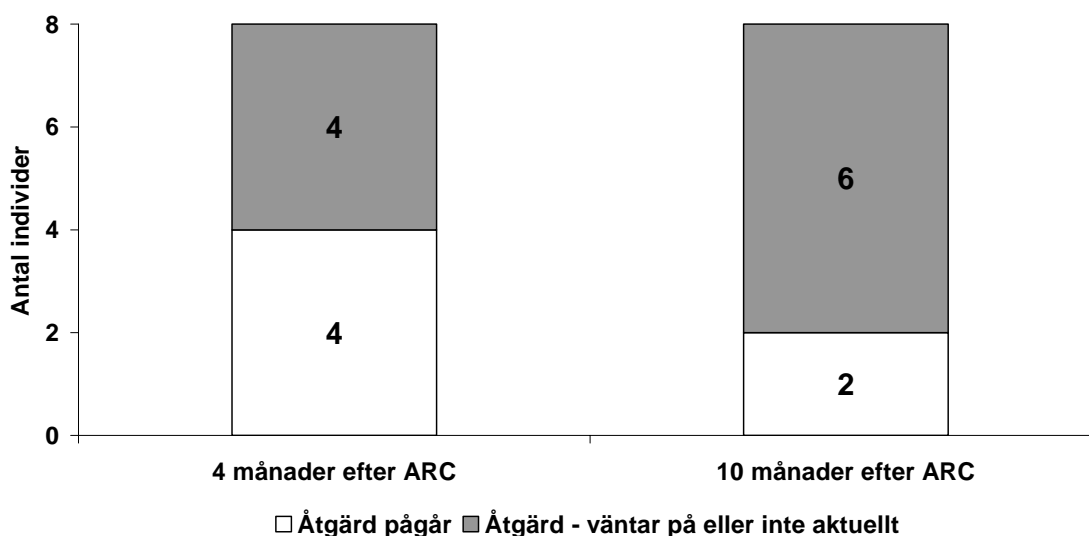
Det var 5 individer som inte hade någon kontakt alls med Arbetsförmedlingen under uppföljningsperioden 10 månader efter avslut på ARC.

Under uppföljningsperioden, 10 månader efter avslut på ARC, har 5 av de 15 individer som hade anställning vid avslutningen på ARC blivit aktuella hos Arbetsförmedlingen. Det är 3 individer som står inskrivna som öppet arbetslösa eftersom anställningen har upphört eller individen har sagt upp sig och 2 individer står inskrivna som deltidsarbetslösa eller timanställda.

Individer bedömda osäkert arbetsförmögna efter ARC

Det var 13 individer av 48 som tillhörde denna grupp. Av dessa var 9 arbetslösa och 4 anställda. Av de 9 arbetslösa individerna rekommenderade ARC att 8 individer skulle ha AF-kontakt.

Rekommendationen från ARC var arbetsprövning på låg nivå, arbetsträning, studieträning samt kontakt med samverkansuppdrag FK-AF.



Figur 6 Åtgärder från AF efter ARC - osäkert arbetsförmögna och arbetslösa n=8

Utav de 8 individer som Arbetsförmedlingen har arbetat med inom 10 månader efter avslut på ARC, deltog 4 individer efter 4 månader i arbetsträning eller motsvarande. Efter 10 månader deltog endast 2 individer i arbetsträning eller motsvarande. Pågående sjukskrivning/sjukersättning var den orsak som noterades som skäl till varför någon åtgärd inte var aktuell. För en individ hade ARC:s rekommendation om arbetsträning eller motsvarande kommit till stånd först efter 18 månader efter avslut på ARC.

Individer bedömda helt arbetsoförmögna efter ARC

5 individer av 48 tillhörde denna grupp. Ingen av de 5 blev aktuell för Arbetsförmedlingen inom 10 månader efter avslut vid ARC. En individ blev, senare än 10 månader efter avslut på ARC, inskriven som arbetssökande på heltid efter överlämningssamtal mellan FK-AF.

Arbetsförmedlingens bedömning av samverkansmodellen

Arbetsförmedlingen har varit involverad i knappt hälften av det totala antalet deltagare i samverkansmodellen. En del individer som rekommenderades kontakt med Arbetsförmedlingen antingen direkt eller i ett längre perspektiv har inte kommit att bli aktuella. Orsaker till detta går inte att utläsa i Arbetsförmedlingens system.

Det framgår att Arbetsförmedlingen har haft en mer aktiv roll när samverkansuppdragen initierats antingen direkt vid avstämningsmöte på ARC eller genom senare kontakt från FK.

Rekommendationen från Arbetsrehabcentrum har följts i betydligt högre grad för den grupp som bedömdes ha arbetsförmåga direkt eller efter tidsbegränsad arbetsprövning/träning i jämförelse med den grupp som bedömdes ha en osäker arbetsförmåga.

I vissa fall går det att konstatera att rekommendationen har följts men det har tagit längre tid än planerat. I vissa fall har också den anställning, som var individen hade vid avslut hos ARC, upphört och individen blev efter en tid registrerad som arbetssökande vid Arbetsförmedlingen.

Rekommendationer - Samverkan vid rehabilitering med inriktning mot arbete

Gemensam planering

- Inför start av all samverkan för arbetslivsinriktade processer och åtgärder bör man planera gemensamt för konsensus av såväl processen i sig som processansvaret.

Gemensamma rutiner

- Dokumentera och förankra hela processen för varje individ.
- Fastställ rutiner för processens olika delar.
- Förankra gemensamma rutiner för dialog mellan de olika samverkansaktörerna (remittering, remissbekräftelser, kallelser, avstämningsmöten, kontaktpersoner osv)

Kompetens/metodik

För samverkanspartners i hälso- och sjukvårdens rehabiliteringsprocess

- Krav på multi- och interdisciplinärt team med rehabiliteringsmedicinsk eller likvärdig kompetens för läkare.
- Specialintresse, vidareutbildning och erfarenhet hos samtliga teammedlemmar för kvalitet i en bio-psyko-social bedömning och rehabilitering.
- Krav på kunskap i och intresse för teammetodik

För samverkanspartner på Försäkringskassan och på Arbetsförmedlingen

- En kontaktperson vid myndigheten som har det övergripande ansvaret. Kontaktpersonen skall ha lång erfarenhet inom ohälsområdet, organisatorisk förmåga, lyhörd och flexibelt förhållningssätt då samverkansprojekt till sin natur är föränderliga.
- Kontinuerlig information angående samverkansmodellens framskridande, mål och resultat till berörda medarbetare vid myndigheten för att skapa delaktighet och förståelse för samverkansmodellen.
- Extern information om samverkan till berörda instanser - exempelvis primärvården, för att skapa intresse och medverkan.

Processansvar

- Processansvaret bör vara tydligt och namngivet inom respektive samverkanspartners del av processen.
- I alla samverkanskonstellationer för långvariga processer bör utses en samordnare/coach som följer hela processen från start till mål

Avvikelseåtgärder

- Samordnaren/coachen, enligt ovan, med ansvar för att följa processen skall vid avsteg från planerade åtgärder eller andra avvikelser agera för avstämningsmöte med patient och berörda professioner för åtgärds- och måljusteringar utifrån re-evaluerat behov.

Behandlande läkares roll

- Det faller ofta på primärvårdsläkare att följa patienten i en arbetslivsinriktad process. Det är av största vikt att denna/e har möjlighet att ta aktiv del i patientärendet utöver rent medicinska åtgärder.
- Det bedöms angeläget att resurser ställs till Primärvårdens förfogande för läkardeltagande i beskrivna processer.
- Den föreslagna/e coachen kan då också direkt knyta an till läkaren för denna/es medverkan vid processavvikelser.