

Projekttitel	Dnr
Möjliggörande och hindrande faktorer samt etiska aspekter vid samverkan med syfte att öka återgång i arbete bland personer med psykisk ohälsa	160183

Projektledare
Projektledare Elisabeth Björk Brämberg Projektgrupp Therese Hellman, Lisa Holmlund, Lydia Kwak, Lars Sandman

Innehåll:
1. Projektets syfte och bakgrund 2. Projektets genomförande 3. Uppnådda resultat 4. Genomförda insatser för att resultaten ska komma till praktisk användning 5. Publikationer, presentationer och annan spridning inom projektets ram

Projektets bakgrund och syfte

Psykisk ohälsa är sedan 2014 den främsta orsaken till sjukskrivning i Sverige, för både män och kvinnor och andelen långtidssjukskrivna varierar mellan Sveriges regioner (AFA Försäkring, 2019; Försäkringskassan, 2016). Enbart kostnaderna relaterade till depressionssjukdomar har uppskattats till 620 miljarder euro årligen i EU-länderna (Matrix Insight: Executive Agency for Health and Consumers, 2013). Vid jämförelse med andra diagnosgrupper innebär sjukskrivning pga psykisk ohälsa i genomsnitt längre sjukskrivningsperioder och det är även vanligt med återkommande sjukskrivningar. Återgång i arbete efter sjukskrivning pga psykisk ohälsa är ofta en komplex process. För att underlätta denna process är involvering av arbetsgivaren en mycket viktig komponent för att den anställde ska kunna komma tillbaka på ett ändamålsenligt och hållbart sätt. Flera systematiska översikter ger vetenskapligt stöd för att arbetsplatsnära insatser, genom samverkan mellan hälso- och sjukvården och den anställde, resulterar i minskat antal sjukskrivningsdagar för anställda sjukskrivna p g a lätt till medelsvår psykisk ohälsa (Nieuwenhuijsen et al., 2014; Vingård, 2015).

Som ett led i att öka återgång i arbete och förebygga längre tids sjukskrivning har svenska regioner infört rehabiliteringskoordinatorer inom såväl primär- som specialistvård. Enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) innebär uppdraget att ge stöd till individer som är eller kan bli sjukskrivna samt till hälso- och sjukvården för tidig bedömning av individers möjligheter att återgå i arbete. Uppdraget utgår från principen om case management (Gilbody, Whitty, Grimshaw, & Thomas, 2003) och inbegriper tre perspektiv; 1) individuellt stöd med avsikt att underlätta återgång i arbete efter sjukskrivning, alternativt att vara kvar i arbete, 2) intern samverkan, kunskapsförmedling och samordning av insatser på vårdnheten eller med andra enheter inom hälso- och sjukvården, 3) extern samverkan med arbetsgivare och andra aktörer t ex arbetsförmedling (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2012; Sveriges kommuner och landsting, 2016). De vanligast förekommande yrkesgrupperna inom rehabiliteringskoordinering är sjuksköterska, fysioterapeut eller

arbetsterapeut. Specifika krav avseende kompetens och/eller utbildning saknas för rehabiliteringskoordinatorer.

Funktionen rehabiliteringskoordinator har utvärderats i Sverige och resultaten har presenterats i svenska rapporter (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2018; Sveriges kommuner och regioner, 2018; Västerbottens läns landsting, 2013). En av utvärderingarna visade att organisation och omfattning av koordinatorsfunktionen varierar såväl mellan regioner som inom regioner. Rehabiliteringskoordinatorernas kunskaper inom försäkringsmedicin var av betydelse för att koordineringen skulle bli framgångsrik. Andra organisatoriska framgångsfaktorer var stöd och tydligt mandat från chef, tydlighet kring uppdrag och rutiner samt resurser för uppdraget i form av tid och kontinuitet i bemanning. Resultatet visade även att uppdragsbeskrivningar (arbetsuppgifter och arbetsförhållanden) behöver förbättras för att möjliggöra uppföljning och säkerställa kvalitet i arbetsprocessen. Koordinatorsfunktionen upplevdes som positiv av patienter och andra vårdprofessioners arbete med sjukskrivning och rehabilitering. Även samverkan med externa aktörer påverkades positivt i form av kunskapsöverföring från tex hälso- och sjukvården till arbetsgivare. Effekter på sjukskrivningslängd undersöktes inte (Västerbottens läns landsting, 2013). I en svensk randomiserad studie har effekter av en standardiserad modell för koordinering utvärderats. Resultatet visade en minskning av sjukskrivningslängd bland personer sjukskrivna pga muskuloskeletal smärta eller psykisk ohälsa och som fick koordinatorsinsats, jämfört med en kontrollgrupp som erhöll sedvanlig insats. Koordinatorsinsatsen var inte lika effektiv för personer med en kombination av diagnoser och inte heller för de som hade kortare tids sjukskrivning och få vårdkontakter. Inga statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna presenteras i rapporten (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2018).

Internationell forskning avseende koordinering av arbetsåtergång och dess effekter på sjukskrivning är inte enstämig. I en systematisk översikt fastslår Schandelmaier och kollegor att koordinerad arbetsåtergång resulterar i små men viktiga fördelar eftersom insatsen ökar sannolikheten för att sjukskrivna individer skall återgå i arbete (Schandelmaier et al., 2012). Vogel med flera konstaterade å andra sidan att koordinerad arbetsåtergång inte resulterade i en minskning av antalet sjukskrivningsdagar vid jämförelse med rutinbehandling bland anställda med muskuloskeletal smärta eller psykisk ohälsa (Vogel et al., 2017). I en nyligen publicerad observationsstudie konstaterades inte heller några resultat som pekade mot att en koordinatorsinsats kunde minska antalet sjukskrivningsdagar. Resultaten i den studien förklarades med att insatsen varken innehöll kontakt med eller involvering av arbetsplatsen utan enbart koordinering av vårdinsatser (Skarpaas, Haveraaen, Smastuen, Shaw, & Aas, 2019). I en svensk studie av vårdsamordnare, en funktion med närliggande uppdrag, framkom att interventionsgruppens depressionssymtom hade minskat signifikant mer än för kontrollgruppen vid sexmånadersuppföljningen. Studiedeltagare i interventionsgruppen hade i högre utsträckning övergått i deltidssjukskrivning än jämförelsegruppen vid tremånadersuppföljningen, men efter den tidpunkten kunde inga signifikanta skillnader rapporteras avseende insatsens effekter på sjukskrivningslängd (Bjorkelund et al., 2018). Även om det vetenskapliga underlaget inte är samstämmigt har samtliga svenska regioner infört rehabiliteringskoordinatorer i hälso- och sjukvården.

Samverkan mellan den anställde, arbetsgivaren och primärvården förutsätter viss informationsspridning om den anställde som kan gå utöver det som vanligtvis sker inom hälso- och sjukvården, exempelvis information om den anställdes sociala situation. Vidare innebär samverkan mellan vårdgivare och arbetsgivare en potentiell förändring av roller och uppdrag. Andra faktorer av betydelse för vad samverkan kommer att resultera i är relaterade till den anställdes hälsostatus och arbetsgivare (tex interaktion på arbetsplatsen, risk för stigmatisering). Samverkan mellan primärvård, den anställde och dennes arbetsgivare kan

därför ha etiska implikationer och vara integritetskänslig, uppfattas påverka autonomin men samtidigt vara viktigt ur ett rehabiliteringsperspektiv för den anställde.

Mot bakgrund av att det vetenskapliga underlaget inte är enstämigt finns det anledning att studera vilka faktorer som möjliggör respektive hindrar att samverkan tillämpas och vilka etiska aspekter som aktualiseras av samverkan mellan primärvård, den anställde och arbetsgivaren.

Syfte

Föreliggande projekt har följande syften: 1) att studera möjliggörande och hindrande faktorer för samverkan mellan primärvård och arbetsgivare som syftar till ökad arbetsåtergång, utifrån den anställdes, arbetsgivares, primärvårdens, företagshälsovårdens och Försäkringskassans perspektiv; 2) att utföra en etisk analys av införandet av samverkan och belysa etisk problematik i relation till den anställdes integritet, autonomi, jämlikhet och rättvisa, resurser och organisation samt professionella roller.

I studien har implementeringsramverket Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) använts för att undersöka möjliggörande och hindrande faktorer som teoretisk utgångspunkt (Damschroder et al., 2009). CFIR kan användas för att i ett första steg identifiera faktorer som hindrar respektive möjliggör implementering av exempelvis ett nytt sätt att arbeta eller införandet av en ny insats (Nilsen, 2014). Efter att faktorerna är identifierade kan dessa användas för att utveckla implementeringsstrategier, dvs strategier som på olika sätt har att hantera de hindrande respektive möjliggörande faktorerna.

Projektets genomförande

Studien har en kvalitativ ansats och har genomförts inom offentligt finansierad primärvård i region Uppsala, region Stockholm och Västra Götalandsregionen. Dessa tre regioner inkluderades i studien baserat på befolkningsstorlek, att regionerna har upparbetade nätverk med processledare för rehabiliteringskoordinatorer, och start (tid) för införandet av funktionen rehabiliteringskoordinator enligt regionernas rapportering.

Tabell 1. Regioner, vårdcentraler och rehabiliteringskoordinatorer

Region	Antal vårdcentraler/antal vårdcentraler med rehabiliteringskoordinator	Startår för införande av koordineringsfunktion
Stockholm	210/75	Pilotinförande 2012 Fullskaligt infört 2015
Uppsala	40/30	Pilotinförande 2006 Fullskaligt infört 2016
Västra Götaland	200/180	Pilotinförande 2008 Fullskaligt infört 2008
Totalt	450/285	

Urval och rekrytering

Strategiskt urval baserat på ålder, kön, yrke och utbildningsbakgrund har tillämpats för att få ett variationsrikt material avseende inställningar, attityder och erfarenheter av samverkan för återgång i arbete. Studien omfattar anställda som är eller har varit sjukskrivna pga psykisk ohälsa, rehabiliteringskoordinatorer, arbetsgivare, läkare, företrädare för företagshälsovård samt handläggare vid Försäkringskassa. Samtliga medverkande ska ha deltagit i samverkansmöte med minst anställd, chef/arbetsgivarföreträdare och rehabiliteringskoordinator närvarande. Samverkansmötet ska ha initierats av primärvården.

Följande inklusionskriterier har tillämpats för urval av anställda: kvinnor och män, 25 - 65 år, pågående, eller de senaste 6 månaderna ha haft max 12 veckors heltids sjukskrivning (inklusive 14-dagarsperioden som ersätts av arbetsgivare) pga mild till medelsvår psykisk ohälsa dvs mild till måttlig depression, ångest, stressreaktion, utmattning. Följande inklusionskriterier tillämpas för företrädare för arbetsgivare, rehabiliteringskoordinator, företrädare för företagshälsovård samt Försäkringskassa: ha deltagit i samverkan mellan arbetsgivare och hälso- och sjukvård som syftar till återgång i anställda sjukskrivna pga psykisk ohälsa. Rekrytering av studiedeltagare inleddes våren 2018. Intervjuer genomfördes från juni 2018 till och med november 2019.

Rekrytering av rehabiliteringskoordinatorer

Vid Västra Götalandsregionen informerades 27 chefer vid vårdcentraler (VC-chefer) om studien, sju rehabiliteringskoordinatorer från dessa vårdcentraler samtyckte till deltagande. I region Stockholm har samtliga processledare informerats om studien. Processledarna har förmedlat kontakt med rehabiliteringskoordinatorer intresserade av deltagande.

Rehabiliteringskoordinatorernas medverkan godkändes av respektive VC-chef. I region Uppsala godkände först förvaltningsdirektören deltagande i projektet. Därefter informerades rehabiliteringskoordinatorer om studien vid en nätverksträff. Förfrågan om studiedeltagande gick dessutom ut till 20 VC-chefer i regionen. Från region Stockholm och region Uppsala samtyckte sex respektive fem rehabiliteringskoordinatorer till deltagande.

Rekrytering av anställda och arbetsgivare

Anställda som är eller har varit sjukskrivna och företrädare för arbetsgivaren (chef eller HR-specialist) har rekryterats via medverkande rehabiliteringskoordinatorer och annonsering i Metro. Rehabiliteringskoordinatorer och VC-chefer fick muntlig och skriftlig information om rekrytering om rekrytering av anställda och chefer. Projektledaren och projektmedarbetare har under studietiden kontinuerligt kontaktat rehabiliteringskoordinatorerna för att stödja rekryteringen och vara behjälpliga med att svara på frågor, diskutera studiens urvalskriterier osv, för att underlätta rekrytering av anställda och arbetsgivare. Utöver de 18 rehabiliteringskoordinatorer som intervjuades i studien har dessutom omkring 15 rehabiliteringskoordinatorer i region Stockholm fått information om studien för att kunna rekrytera anställda och arbetsgivare. Dessa rehabiliteringskoordinatorer fick information vid nätverksmöten och förankrade sedan rekryteringsprocessen med respektive VC-chef.

Via rehabiliteringskoordinatorerna rekryterades totalt 13 anställda. Av dessa har sju intervjuats. Tre anställda avstod från att bli intervjuade pga psykiska symtom och att det upplevdes som känsligt att tala om kontakt med arbetsgivare. Resterande tre anställda anmälde intresse för studien via sin rehabiliteringskoordinator och ville bli kontaktade av projektledaren. Projektledaren kontaktade dessa personer via telefon och e-post men utan resultat.

För att öka inkluderingen av anställda publicerades en annons införd i Metros upplagor i Stockholm, Göteborg och Malmö vid två tillfällen månadsskiftet januari/februari 2019. Cirka 30 personer kontaktade projektledaren via e-post eller telefon. Av dessa inkluderades två anställda. Resterande personer var drabbade av annan psykisk ohälsa eller smärtproblematik, saknade arbetsgivare, eller var långtidssjukskrivna.

Via rehabiliteringskoordinatorerna rekryterades sju chefer varav fyra intervjuades. Tre chefer hade anmält intresse till rehabiliteringskoordinatorer att delta i studien och önskade bli kontaktade av projektledaren. Projektledaren kontaktade dessa chefer per telefon och e-post men utan resultat. Chefer har även rekryterats med hjälp av en projektspecifik hemsida publicerad på Karolinska Institutets web. Denna hemsida har spridits via inlägg och en film i sociala medier, via nyhetsbrev från organisationen Ledarna (maj 2019), ett blogginlägg samt

via nyhetsbrev från kompetenscentra för företagshälsa (september 2019). Vid projektets uppstart publicerades en artikel i *Sunt Arbetsliv*, där intresserade personer ombads att kontakta projektledaren. Genom spridningsaktiviteter har två chefer rekryterats till studien.

Rekrytering av läkare

Läkare har rekryterats via VC-chefer vid medverkande vårdcentraler. Dessutom skickades en förfrågan om deltagande till samtliga läkare under specialisttjänstgöring i Allmänmedicin (med minst två års erfarenhet som ST-läkare) inom en av regionerna (ca 120 ST-läkare). Såväl chefer som läkarna själva påtalade svårigheten att avsätta tid för en individuell intervju dagtid, med tanke på att det skulle ta tid från mottagningsarbete inom primärvården. Vidare framfördes önskemål om att få diskutera samverkan och sjukskrivningsuppdraget i grupp, varför läkarna intervjuades i en fokusgrupp. Totalt inkluderades fem läkare, som deltog i en fokusgrupp vid ett tillfälle.

Rekrytering av representanter från Försäkringskassa och Företagshälsa

Handläggare vid Försäkringskassan har rekryterats via kontakt med samverkansansvariga vid två regionala kontor. Dessa har fått information om studien och kriterier för inklusion. De har därefter förankrat medverkan i studien med respektive ledningsgrupp samt förmedlat kontakt med handläggare. Fyra handläggare från Försäkringskassan inkluderades. Representanter från företagshälsa har rekryterats via kontakt med sk inbyggda företagshälsor och externa företagshälsor. Branschföreningen Sveriges Företagshälsor har varit behjälpliga med att sprida information om studien. Fyra representanter från företagshälsa inkluderades.

Totalt antal inkluderade studiedeltagare:

18 rehabiliteringskoordinatorer
9 anställda
6 arbetsgivare
5 läkare
4 representanter från Försäkringskassan
4 representanter från Företagshälsa

Datainsamling

Data har insamlats genom individuella intervjuer och en fokusgruppsintervju. Eftersom det inom området saknas validerade intervjufrågor har forskargruppen utvecklat tre intervjuguides, inriktade mot 1) anställda, 2) arbetsgivare och 3) rehabiliteringskoordinatorer, läkare samt representanter från Försäkringskassan och Företagshälsa.

Intervjuguiderna är semistrukturerade. Guidernas första del innehåller frågor om hindrande och möjliggörande faktorer i relation till samverkan för återgång i arbete. Dessa frågor har utvecklats utifrån CFIRs kategorier:

- *Egenskaper i insatserna* som ska implementeras, till exempel att fördelarna med insatserna överväger arbetet med att införa dessa, att insatsen är lätt att tillämpa och använda.
- *Egenskaper hos användarna*, till exempel behandlarnas kunskap, attityder och uppfattningar om insatserna, behandlarnas tilltro till sin förmåga att arbeta med insatsen.
- *Egenskaper i den inre miljön*, till exempel implementeringsklimat i form av organisationens förändringsbenägenhet och om tillämpning av insatsen stöds och förväntas genomföras inom organisationen.
- *Egenskaper i den yttre miljön*, till exempel patienters preferenser och behov av insatserna, förekomst av nätverk för att arbeta med insatsen.

Den andra delen innehåller frågor om etiska värden och normer centrala i hälso- och sjukvård. Dessa frågor har utvecklats utifrån SBU:s metod för identifiering av etiska aspekter och

anpassats för att användas vid intervjuer (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2014).

Intervjuerna inleddes med en definition av samverkan:

Samverkan definieras här som stöd till en anställd och dennes arbetsgivare genom ett trepartsmöte, som syftar till arbetsåtergång, där den anställde, arbetsgivaren och rehabiliteringskoordinator och eventuellt även sjukskrivande läkare, representanter från Försäkringskassa eller Företagshälsa närvarar. Samverkan ska ha initierats av primärvården. Definitionen är baserad på SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2012). Under intervjuerna ställdes frågor om trepartsmötet samt andra former av samverkan mellan primärvård, anställda och arbetsgivare, som förberedelse inför och uppföljning efter trepartsmöten.

Intervjuerna har genomförts vid personliga möten eller via telefon, utifrån studiedeltagarens önskemål och vad som har varit geografiskt möjligt. Fokusgruppen genomfördes i en av primärvårdens mötesrum. Samtliga intervjuer har ljudinspelats, förutom en telefonintervju som inte gick att spela in pga tekniska problem. Istället fördes noggranna anteckningar av intervjuaren. Efter avslutad intervju läste forskaren som gjorde intervjun anteckningarna för studiedeltagaren för att försäkra sig om att innehållet i intervjun fanns med i anteckningarna.

Intervjuerna har gjorts av projektledaren och en projektmedarbetare, båda med omfattande erfarenhet av kvalitativa studier och att genomföra intervjuer. Fokusgruppen modererades av en läkare under specialisttjänstgöring i allmänmedicin med projektledaren som bisittare.

Dataanalys

Samtliga inspelade intervjuer har transkriberats till text. Överensstämmelse mellan ljudupptagning och transkriberad text har kontrollerats av projektledaren. Utskrifterna har därefter avidentifierats, dvs personnamn, namn på orter, företag, vårdinrättningar osv har tagits bort och importerats till NVivo 11. NVivo har använts för att organisera och strukturera data.

För att besvara studiens första syfte har texten analyserats med tematisk analys enligt Braun och Clark (Braun & Clarke, 2006). Analysen har genomförts i följande steg: 1) samtliga utskrifter lästes igenom av projektledaren och två projektmedarbetare för att få en övergripande kunskap om innehållet, 2) därefter lästes varje intervju med syftet att identifiera meningsenheter, dvs ord, meningar eller stycken som svarade an mot syftet med studien, samtliga meningsenheter markerades och kodades med en kort beskrivning, 3) koderna jämfördes med varandra och de koder som speglade liknande innehåll sammanfördes 4) sammanförda koder bildade ett tema och en beskrivande text formulerades som visade på innehållet i respektive tema.

För att besvara studiens andra syfte har SBUs metod för identifiering av etiska aspekter tillämpats (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2014). Analysen har genomförts i följande steg: 1) samtliga intervjuutskrifter lästes igenom av projektledaren och en projektmedarbetare, 2) därefter lästes varje intervju med syftet att identifiera om det fanns en etisk problematik med koppling till jämlikhet och rättvisa, autonomi, integritet, resurser och organisation samt professionella värderingar (för definitioner, se Sandman & Kjellström, 2018), 3) samtliga delar där etisk problematik identifierades markerades och kodades till en av kategorierna autonomi, integritet osv, 4) meningsenheter inom en och samma kod jämfördes och text formulerades som visade på innehåll och identifierad etisk problematik.

Under båda analysprocesserna har projektledaren haft huvudansvar för analysen och i syfte att validera det framväxande resultatet har analysen kontinuerligt stämts av med projektmedarbetare och deras tolkningar av intervjuerna.

Överensstämmelse mellan data och tema jämförts i båda analysprocesserna. Projektledaren har kontinuerligt stämt av analysarbetet genom att bjuda in till genomläsning av preliminära analyser och utdrag från intervjuer, med samtliga projektmedarbetare för att säkra resultatets tillförlitlighet. I de fall där projektgruppen hade tolkat ett analysavsnitt på olika sätt löstes detta genom att projektgruppen diskuterade sig fram till en rimlig tolkning.

Etiska överväganden

Samtliga deltagare har fått muntlig och skriftlig information om studien och har lämnat skriftligt samtycke till studiedeltagande. Studien är godkänd av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (D-nr 2018/677-31/2; 2018/2119-32).

Resultat

I studien definieras samverkan som *stöd till en anställd och dennes arbetsgivare genom ett trepartsmöte, som syftar till arbetsåtergång, där den anställde, arbetsgivaren och rehabiliteringskoordinator och eventuellt även sjukskrivande läkare, representanter från Försäkringskassa eller Företagshälsa närvarar*. Även om syftet inte har varit att kartlägga antalet genomförda samverkansinsatser i form av trepartssamtal vill vi uppmärksamma läsaren på att samverkan – utifrån rehabiliteringskoordinatorernas beskrivning - erbjöds ett fåtal av alla sjukskrivna. Bland de anställda som erhöll kontakt med rehabiliteringskoordinator genomfördes trepartssamtal med arbetsgivare i låg utsträckning.

Omkring hälften av rehabiliteringskoordinatorerna hade utbildning i koordineringsfunktionen. Samtliga hade lång yrkeserfarenhet inom respektive grundprofession (de vanligaste professionerna var sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut); från 5 upp till 30 år. För beskrivning av studiedeltagarna, se tabell 2.

Tabell 2. Beskrivning av studiedeltagarna.

Rehabiliteringskoordinatorer, antal	Kön K/M	Rehabkoordinator, antal års erfarenhet	Del-/heltid som rehabiliteringskoordinator		
18	18 K	≤1 – 8	14/4		
Anställda, antal	Kön	Ålder	Nuvarande arbetsplats, antal år	Privat/ kommun	Deltids- /heltidssjukskrivning vid intervjutillfälle
9	8 K 1 M	25 - 61	≥4 år	5/4	7/2
Läkare, antal	Kön	Specialist/ ST-tjänstgöring	Yrkeserfarenhet, antal år		
5	2 K 3 M	3/2	2 - 30		
Företrädare för arbetsgivare, antal	Kön	Chef/HR-specialist	Yrkeserfarenhet, antal år	Privat/kommun	
6	4 K 2 M	2/4	2 – 30	2/4	
Företagshälsa, antal	Kön	Rehabsamordnare/ Företagssköterska	Yrkeserfarenhet, antal år		
4	4 K	2/2	4 - 18		

Försäkringskassa, antal	Kön	Erfarenhet som handläggare, antal år
4	2 K 2 M	2 – 5 (uppgift saknas för en handläggare)

Egenskaper i insatsen

Enligt rehabiliteringskoordinatorerna var samverkansinsatsen vagt formulerad och planen för implementering av insatsen inom primärvården var oklar, vilket upplevdes hindra att insatsen tillämpades. Rehabiliteringskoordinatorerna uppfattade dessutom uppdragsbeskrivningen som oklar samt saknade möjlighet att påverka arbetsgivare som efter samverkan och trepartsmöten inte följde den gemensamma planeringen, vilket ansågs hindra samverkan. Utifrån de anställdas perspektiv lyftes oro inför att ha en medverkande tredje part (i detta fall rehabiliteringskoordinator) närvarande i mötet med arbetsgivaren som en hindrande faktor. Samverkan innebar att aktörerna fick kunskap om varandras perspektiv, bland annat betonades att aktörerna bidrog med ett salutogent perspektiv med fokus på att identifiera såväl problem som resurser kopplat till arbetsåtergång. Dessa faktorer ansågs möjliggöra samverkan (se tabell 3).

Tabell 3. Möjliggörande och hindrande faktorer kopplade till egenskaper i insatsen.

Möjliggörande faktorer	Hindrande faktorer
Rehabiliteringskoordinatorernas utveckling av komponenter för samverkan ^a	Vagt formulerad policy för samverkansinsats ^a
Den anställda görs delaktig i sin rehabiliteringsprocess ^{a,b,c,d,e,f}	Bristande beskrivning av hur samverkan och koordineringsinsats ska implementeras i primärvården ^a
Trepartsmötet möjliggörande för att skapa gemensam planering för återgång i arbete ^{a,c,d,e}	Oklart urval av vilka sjukskrivna som ska erbjudas samverkan ^a
Medverkande aktörer bidrar med salutogent perspektiv ^{a,c,d,e}	Oro för att ha en tredje part närvarande vid möte med arbetsgivaren ^b
Medverkande aktörer får kunskap om varandras uppdrag och förutsättningar för att skapa hållbar återgång i arbete ^{a,b,c,d,e}	Arbetsgivares brist på kunskap om sitt rehabiliteringsansvar ^{a,d,e}

^aRehabiliteringskoordinator, ^banställd, ^carbetsgivare, ^dFörsäkringskassa, ^eFöretagshälsa, ^fläkare

Rehabiliteringskoordinatorer, läkare, arbetsgivare och representanter från Företagshälsa och Försäkringskassan lyfte fram att *hur* samverkan bedrevs vid vårdcentralerna var beroende på vilken person som hade uppdraget. I avsaknad av tydliga riktlinjer om vad insatsen skulle innehålla utformades samverkan mot bakgrund av rehabiliteringskoordinatorernas yrkesbakgrund, kliniska erfarenhet och motivation för uppdraget.

Rehabiliteringskoordinatorerna har utvecklat innehåll i samverkan

Rehabiliteringskoordinatorerna arbetade aktivt med att utveckla mer konkret innehåll i insatsen och rutiner för hur samverkan skulle utföras på ett ändamålsenligt sätt. Målsättningen var att ha en tydlig beskrivning av samverkansuppdraget för att öka förutsättningarna för en tydlig och ändamålsenlig samverkan med arbetsgivare. En tydlig beskrivning var även ett sätt att kommunicera funktionen rehabiliteringskoordinator, vilket var väsentligt i kontakt med andra professioner inom vårdcentralen och externa aktörer.

Vi har identifierat att rehabiliteringskoordinatorerna hade arbetat fram följande komponenter för samverkan:

- Urval

- Vilka sjukskrivna ska erbjudas kontakt med rehabiliteringskoordinator
- När i sjukskrivningsperioden ska kontakten erbjudas
- Insats
 - Kartläggning av den anställdes behov och resurser
 - Utformning avseende innehåll och struktur för trepartsmöte med den sjukskrivne, rehabiliteringskoordinator och arbetsgivare.
 - Rutiner för kontakt med arbetsgivare

I vilket utsträckning rehabiliteringskoordinatorerna hade utvecklat och tillämpat komponenterna varierade mellan rehabiliteringskoordinatorerna.

Urval

Rehabiliteringskoordinatorerna upplevde att de hade fått skapa rutiner för urval av vilka sjukskrivna som skulle kontaktas och erbjudas samverkan. Olika exempel framkom under intervjuerna: urvalet skedde via vårdcentralernas statistiksystem över sjukskrivningar och alla sjukskrivna inom en viss tidsram (tex inom 30 dagars sjukskrivning) kontaktades, rehabiliteringskoordinatorer kontaktade anställda med vissa sjukskrivningsdiagnoser, eller rehabiliteringskoordinatorer fick i uppdrag att kontakta sjukskrivna personer från vårdcentralens läkare och/eller psykosociala team.

Rehabiliteringskoordinatorerna lyfte fram vikten av att få kontakt med den anställde tidigt i sjukskrivningsperioden. Vad som betraktades som tidig kontakt varierade men vanligtvis inom ramen för två till tre månaders sjukskrivning. Kontakten innebar ett telefonsamtal eller ett möte på vårdcentralen där den anställde informerades om rehabiliteringskoordinatorers uppdrag samt erbjudande om samverkan med arbetsgivare.

Insats

Samtliga regioner hade rutiner för inhämtande av den anställdes samtycke till att kontakta externa aktörer, exempelvis arbetsgivare. I vilken utsträckning samverkan med arbetsgivare faktiskt initierades varierade dock mellan rehabiliteringskoordinatorerna. Några rehabiliteringskoordinatorer kontaktade rutinmässigt (efter samtycke) den anställdes arbetsgivare. Andra samverkade med arbetsgivare endast undantagsvis, vilket motiverades av att en del anställda kunde självständigt sköta sin återgång i arbete och därför inte behövde ha stöd från en rehabiliteringskoordinator.

Den senare inställningen sågs som en hindrande faktor av representanter från Företagshälsa. De menade att ett strikt medicinskt perspektiv på sjukdom och återgång i arbete, dvs att symtomen skall behandlas och när den anställde är symptomfri så kommer denne att återgå i arbete, inte gagnar den enskilde. Företagshälsa betonade att deras uppdrag vid arbetsåtergång var att i dialog med arbetsgivaren ta tillvara de möjligheter som kan finnas på arbetsplatsen tex att anpassa för att den anställde skulle kunna arbeta, trots att symtom kan kvarstå en tid. Utifrån Företagshälsans perspektiv innebar rehabilitering och återgång i arbete – som samverkan syftar till – att arbetsgivaren har en betydande roll i att erbjuda möjligheter för arbetsåtergång, delta i utformning av arbetsuppgifter och anpassningar. En av Företagshälsans representanter berättade:

Ja men det är väl dialogen med arbetsgivaren som jag anser för oss är så självklar men inte lika självklar för Primärvården. Alltså vi är ju beroende av arbetsgivaren ser jag det som. Det är de som ser vilka möjligheter som kan finnas. Det är de som vi kan stötta och planera, jag stöttar lika mycket chefen som jag stöttar individen och det är inte min bedömning att Primärvården tänker så. Utan där är det medicinska mer och bara inte, faktiskt vilka möjligheter som kan finnas.

Samverkan möjliggjorde kunskapsöverföring mellan aktörerna

Intervjuade aktörer var eniga i att samverkan mellan den anställde, arbetsgivare och primärvård främjade den enskildes återgång i arbete genom att aktörerna fick kunskap om varandras perspektiv. Företagshälsa och Försäkringskassa bidrog med kunskaper om arbetsplatsanpassningar, regelverk kring sjukförsäkringen, rehabiliteringsprocessen och var kunskapsstöd för arbetsgivare. Arbetsgivarrepresentanter framhöll möjligheten att få stöd av medicinska professioner i att skapa en planering som matchade den anställdes behov, att avgöra vad som var lämplig arbetsbelastning, rimlig ökning av arbetsuppgifterna samt få kunskap om alternativa lösningar.

Jag tycker också att chefen får höra utifrån och, chefen är ju oftast så inne i sitt eget, hur det fungerar på arbetsplatsen och så och kan inte heller alltid se lösningar. Då är det ganska skönt med någon utifrån som kommer och talar om att det här har vi sett. Det här har din medarbetare upptäckt att den skulle behöva hjälp med, vad säger du om det? Då är det så här, ja just det så här skulle man kunna göra ja. Ja lite tankeväckare (Arbetsgivare).

Trepartsmötena bidrog även till att de olika aktörerna fick en klar bild av vad som förväntades av dem och vad som låg inom respektive aktörs ansvarsområde.

Ja jag kan väl tycka att i många fall efter de här mötena så vet arbetsgivaren också vad det är som ligger på deras bord, vad de har för åtaganden och vården vet också lite grann vad som krävs alltså från vår sida i läkarintygen så vi slipper att komplettera dem så ofta som vi behöver göra. Så där är det informationen om vad det är för bedömningsgrunder som gäller och att det kanske ska finnas en plan för upptrappning och att den finns med och vi kanske kommer överens om det. Jag får information om vad arbetsgivaren kan göra för att anpassa, om det går att anpassa och underlätta tillbakagången (Försäkringskassa).

Samverkan möjliggjorde dialog om resurser och problem kopplat till arbetsåtergång. Genom samverkan och trepartssamtal blev det möjligt för arbetsgivare, Företagshälsa och Försäkringskassan att få inblick i sjukskrivningsprocessen och orsaker till sjukskrivningen. Medan primärvården har fått den anställdes bild, kunde arbetsgivare och Företagshälsa bidra med ytterligare information om tex anpassningar på arbetsplatsen som hade gjorts eller hur den anställde fungerade på arbetsplatsen. Att dela information gav arbetsgivare möjlighet att ta del av den medicinska bedömningen och primärvården fick ta del av hur arbetsgivaren bedömde arbetssituationen, samt möjligheter till anpassningar utifrån arbetsgivarens perspektiv. Arbetsgivaren kunde även tydliggöra krav som ställdes i den anställdes yrkesroll och arbetsuppgifter.

Jag ser att det gynnar individen. Att vi vet vad som görs och sägs på båda ställena. Inga detaljer men i det stora hela. Det händer ju att individen går till sjukskrivande doktor på Primärvården och får ett sjukintyg som ja, ja som, och det är konflikter hit och det är värdelös på arbetet och gud vet vad det är och så har man gjort jättemycket på arbetet men man, alltså ja, att man har inte pratat med varandra, ja (Företagshälsa).

Möjliggörande och hindrande faktorer kopplade till anställda, arbetsgivare, Försäkringskassa och Företagshälsa

I följande kategori rapporteras möjliggörande och hindrande faktorer som har identifierats i relation till den anställdes behov och resurser samt faktorer i relation till medverkande aktörer utanför primärvården. Bland de möjliggörande faktorerna betonades dialogen mellan aktörerna som kunde bidra till att skapa en gemensam planering och tidigt identifiera eventuella meningsskiljaktigheter mellan anställd och arbetsgivare. Hindrande faktorer var

brist på tid för att samordna mötestid, brist på kontaktytor mellan aktörerna, samt knutna till den anställdes psykiska ohälsa och skilda förväntningar på anpassningar, arbetsåtergång och konflikter på arbetsplatsen (tabell 4).

Tabell 4. Möjliggörande och hindrande faktorer kopplade till anställda, arbetsgivare, Försäkringskassa och Företagshälsa.

Möjliggörande faktorer	Hindrande faktorer
Aktörerna utformar gemensam planering och målsättning för återgång i arbete ^{a,b,c,d,e}	Brist på tid för att samordna mötestid för involverade aktörer ^{a,c}
Öppen dialog mellan anställd och arbetsgivare ^{a,b,c,d,e,f}	Fördröjning från första kontakt till genomfört trepartssamtal pga brist på kontaktytor mellan aktörerna ^{a,b,c}
Kunskapsöverföring om medicinskt tillstånd, försäkringsmedicin och lagstöd för återgång i arbete ^{a,b,c,d,e,f}	<ul style="list-style-type: none"> • Vårdcentralens system för inkommande samtal • Rehabiliteringskoordinatorn arbetar specifika dagar med uppdraget
Gränsdragning genom rehabiliteringskoordinatorernas kunskap om aktörernas uppdrag och ansvarsområden ^a	Samverkansinsatsen placerad inom primärvården – koppling saknas till arbetsplatsen ^{c,e}
Att medverkande chef har mandat att ta beslut om anpassningar ^{a,c,d,e}	Aktörernas skilda förväntningar på hur återgång i arbete ska planeras och genomföras ^{a,b,c,d,e,f}
Nätverk för kunskapsutbyte mellan primärvård och Företagshälsa ^{a,e}	Konflikt mellan den anställda och arbetsgivaren ^{a,c,d,e,f}

^aRehabiliteringskoordinator, ^banställd, ^carbetsgivare, ^dFörsäkringskassa, ^eFöretagshälsa, ^fläkare

Aktörerna upplevde att samverkan var en ändamålsenlig insats som kunde användas för att lyfta fram de anställdas behov och resurser. För att samverkan skulle fungera behövde de anställda kunna uttrycka sina behov och resurser och här uppstod ibland svårigheter som kunde relateras till den psykiska ohälsan, tex koncentrationssvårigheter, trötthet. I de flesta fall erbjöds ett eller flera möten med rehabiliteringskoordinatorn inför ett trepartssamtal med arbetsgivaren. En anställd berättade:

Hon (rehabiliteringskoordinatorn, förf ann) har verkligen hjälpt till att tänka klart för det blir ju oftast bara kaos i huvudet när man är så här stressad som jag är så då har hon hjälpt mig att bena ut problemen verkligen (Anställd).

Vid inledande möten med enbart den anställda använde rehabiliteringskoordinatorer olika kartläggningssinstrument, samlade information med några förutbestämda frågeområden eller använde sig av ett öppet samtal utan strukturerade frågor. För de anställda innebar samverkan och trepartsmötet att få en tydlighet kring återgång i arbete och vilken aktör som ansvarade för vad. De anställda lyfte även fram att de fick insyn i regelverket kring sjukskrivning samt arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Förberedande möte med rehabiliteringskoordinatorn innebar en möjlighet att kommunicera behov och förslag på hur arbetsåtergången skulle kunna utformas. De anställda upplevde att det var viktigt att inför trepartsmötet med arbetsgivaren få bilda sig en uppfattning om koordinatorns kompetens för uppdraget. De anställda uppfattade även att rehabiliteringskoordinatorerna avlastade dem och på så sätt bidrog till rehabilitering och återgång i arbete. Genom att samordna kontakter och initiera möten med arbetsgivaren fick den anställdes rehabiliteringsprocess en tydlig målsättning.

Innan jag fick kontakt med rehabiliteringskoordinatorn så var det ju bara jag som hade koll gentemot min arbetsplats med hur sjukskrivningen skulle, alltså när jag väl skulle gå tillbaka sedan och då kände jag att det fann ingen plan för mig över huvud taget. Jag visste knappt vilka arbetstider jag skulle ha. Varje gång jag kom dit så var det olika saker jag skulle göra

och det förväntades att jag skulle göra mina vanliga arbetsuppgifter fast på kortare tid (Anställd).

Stöd i samordning av kontakter och att ha en dialog med arbetsgivaren innebar att den anställda aktiverades under sjukskrivningen. Arbetsgivarna var angelägna om att skapa tid för trepartsmöten. De var samstämmiga i sina önskemål om tidig kontakt med den anställda och sjukskrivande läkare eller rehabiliteringskoordinator vid sjukskrivning. Med tidig kontakt avsågs personlig kontakt tex per telefon första sjukskrivningsdagen eller åtminstone första veckan. Arbetsgivarna betonade att samverkan och trepartsmöten bidrog till en process där ett tempo upprätthölls, vilket i sin tur var betydelsefullt för att undvika att den anställda blev passiv och isolerad från arbetsplatsen.

I intervjuerna framkom att trepartsmötena delvis handlade om vad som hade orsakat sjukskrivningen och hur den anställda upplevde sin psykiska ohälsa. Aktörerna menade samstämmigt att vilken information som lämnades ut vid trepartsmötet bestämdes av den anställda. Trepartssamtalen var ett forum för att lyfta fram den anställdes resurser och undvika ett ensidigt fokus på sjukdom och symtom. Arbetsgivare poängterade att de önskade vara ett stöd i arbetsåtergången och skapa förutsättningar för att få tillbaka den anställda till arbetsplatsen. Trepartsmötet gav även möjlighet att diskutera vad den anställda ville att arbetsgivaren skulle informera om på arbetsplatsen, för att dels måna om den anställdes integritet, dels minska oro och spekulationer bland arbetskamrater.

Samverkansinstasen innebar även att den anställda fick individuellt stöd vid planering av återgång i arbete. I vissa fall krockade samverkansuppdraget och uppdraget att ge individuellt stöd, exempelvis när den anställdes behov och önskemål inte kunde matchas mot arbetsgivarens förutsättningar för att anpassa arbetsuppgifter. Vid dessa trepartsmöten arbetade rehabiliteringskoordinatorerna med att försöka skapa en så öppen dialog som möjligt för att försöka nå en gemensam planering.

Rehabiliteringskoordinatorerna strävade efter att medla mellan aktörerna genom att visa på lösningar och lyfta fram möjligheter för arbetsåtergång. De anställda fick exempelvis möjlighet vid trepartsmötet att vid ett och samma tillfälle berätta om sin situation. Rehabiliteringskoordinatorerna påtalade dock att de saknade mandat att påverka arbetsgivare i att följa tex en överenskommen planering eller att påverka anställda till att pröva återgång i arbete även i de lägen när den anställda inte upplevde sig kunna gå tillbaka.

Förutom att träffas i samband med trepartsmöten framkom att rehabiliteringskoordinatorer, representanter från Försäkringskassan och Företagshälsa träffades och utbytte erfarenheter och kunskaper. Syftet var att sprida information om den enskilde aktörens uppdrag och att få veta mer om hur de andra aktörer uppfattade och genomförde sitt samverkansuppdrag men även att få veta mer om respektive aktörs sätt att bedriva rehabilitering och stödja återgång i arbete. Vid en Företagshälsa hade man tagit initiativ till att regelbundet bjuda in primärvårdens rehabiliteringskoordinatorer för att utbyta erfarenheter.

Vi har börjat med att vi bjuder in rehabiliteringskoordinatorerna på vårdcentralerna en gång i kvartalet till oss. Och det har vi väl haft två-tre, två, för vi kände att det fanns ett behov av det för att vi skulle förstå, vi är inte konkurrenter med varandra. Vi kan hjälpa varandra. Utifrån ett samhällsperspektiv och individen och arbetsgivaren och alltihop (Företagshälsa).

Möjliggörande och hindrande faktorer kopplade till vårdcentralerna

För att samverkan skulle bli ändamålsenlig behövdes samsyn kring det försäkringsmedicinska uppdraget, sjukskrivningsprocessen och en struktur för att genomföra samverkansinsatser på vårdcentrals- och primärvårdsnivå. Sådan samsyn var en central aspekt utifrån de intervjuade

aktörernas perspektiv. Aktörerna betonade betydelsen av att ha en tydlig riktning mot rehabilitering i samband med att en anställd var sjukskriven, exempelvis att den anställda deltog i rehabiliterande insatser och att involverade aktörer fullföljde planerade insatser. En möjliggörande faktor för att nå samsyn var en chef som arbetade för en strukturerad sjukskrivningsprocess där samverkan med arbetsgivare var en del, samt att chefen stöttade att funktionen rehabiliteringskoordinator integrerades i vårdcentralens arbete. Hindrande faktorer var bristande kontinuitet bland sjukskrivande läkare, att rehabiliteringskoordinatorerna hade begränsad tid för sitt uppdrag och att arbete inom grundprofessionen ibland fick prioriteras före samverkansinsatser pga rådande personalsituation på vårdcentralerna. Arbetsgivare, Företagshälsa och Försäkringskassa lyfte fram att samverkan hindrades av att primärvården i vissa fall ”skyddade” den anställda från kontakt med arbetsgivaren (tabell 5).

Där vården går in och säger att, ja, det kan vara läkare och det kan också vara behandlare tex kurator eller psykolog, som ibland går in och skyddar deras patient. Och jag tänker att de har en bild. De har patientens bild av vad det är som har hänt och skett och hur förhållandena på arbetsplatserna är. De har inte hela bilden (Företagshälsa).

Tabell 5. Möjliggörande och hindrande faktorer kopplade till vårdcentralerna.

Möjliggörande faktorer	Hindrande faktorer
Samsyn och struktur kring försäkringsmedicinskt uppdrag och sjukskrivningsprocess på vårdcentralen ^{a,f}	Bristande kontinuitet bland läkare ^{a,b,c,d,e,f} Brist på tid för samverkan ^{a,b,c,d,e,f}
Stöd från chef att integrera koordinatorfunktion ^a	Brist på handledning och stöd i yrkesrollen som rehabiliteringskoordinator ^a
Tydlig riktning mot återgång i arbete ^{a,b,c,d,e,f}	Brist på tid för reflektion och utveckling av koordineringsinsats och samverkan ^a
Nätverk för rehabiliteringskoordinatorer ^a	Brist på samarbete mellan professioner på vårdcentralen ^{a,f}
Konsultation med processledare ^a	Att skydda den anställda från kontakt med arbetsgivaren ^{c,d,e}
Teambaserat arbetssätt på vårdcentralen ^{a,f}	Personalomsättning vid vårdcentralerna ^{a,c,f}

^aRehabiliteringskoordinator, ^banställd, ^carbetsgivare, ^dFörsäkringskassa, ^eFöretagshälsa, ^fläkare

Rehabiliteringskoordinatorer och läkare menade att det inom primärvården fanns olika synsätt på det försäkringsmedicinska uppdraget och hur ”sjukskrivningsverktyget” skulle användas, dvs vilken person skall sjukskrivas, för vad, hur länge samt hur återgång i arbete skulle utformas. De läkare som intervjuades arbetade aktivt med frågor om försäkringsmedicin och sjukskrivning, med syfte att lyfta upp sjukskrivning som en behandling där man vet relativt lite om behandlingens effekter, men desto mer om dess bieffekter. De reflekterade även över att en sjukskrivning skulle kunna leda till passivitet och isolering och vara en väg in i en sjukroll.

Fokusgrupp (läkare): Respondent 1: Jag kan slås av vilken makt man har och då tänker jag inte på positivt sätt, utan om jag faktiskt skriver en sjukskrivning på den här ganska unga patienten, har jag då egentligen påverkat dennes liv på ett negativt sätt. Om jag inte gör det, då kanske ja, det rullar på // Så sitter man med det. Ganska stor uppgift att sitta med själv på en akuttid på en eftermiddag. (Respondent 3): Ja och trött är jag. (Respondent 1): Alltså det är ett enormt beslut. Och så var det kanske till och med en AT-läkare då, och sitta själv med. (Respondent 3): Ja även en vanlig distriktsläkare som jag kan ibland känna när jag får en snabb patient, det är lätt att haka på ”två veckor får du väl då” och sedan är det igång. Istället för att hitta andra möjligheter. (Respondent 2): Det är svåra frågor. (Respondent 3):

Det är som du säger. Samsynen då. Sköterskan, rehabiliteringskoordinatorn, läkargruppen, samtliga behöver ju ha en samsyn. Har vi inte det så haltar det här. Det är en jätteuppgift.

Läkarnas erfarenhet var att innan sjukskrivning aktualiserades behövdes ställningstagande till vilken insats som bäst gagnade den anställdes medicinska tillstånd, dvs att överväga och pröva andra behandlingsalternativ än sjukskrivning samt värdera eventuell nytta respektive risk med sjukskrivning. Läkarna menade att samverka med arbetsgivare var en väsentlig del i att återgå i arbete men att deras begränsade besökstider försvårade för dem att delta i trepartsmöten. Rehabiliteringskoordinatorernas arbete innebar att läkarna avlastades och att den sjukskrivne fick höra samma budskap från ytterligare en person.

Vid de vårdcentraler där rehabiliteringskoordinatorerna uppgav att det fanns en uttalad struktur för sjukskrivningsprocessen, hade koordinatorn en framträdande roll genom att delta vid läkarmöten, bidra med sin kunskap inom försäkringsmedicin och bli konsulterad för frågeställningar rörande återgång i arbete. Dessa rehabiliteringskoordinatorer upplevde stöd av sina chefer i att arbeta strukturerat med sjukskrivningsprocessen och samverka med arbetsgivare.

Ska man ha rehabiliteringskoordinatorer och det ska vara hållbart och det ska gynna det här med återgång i arbete, då måste det finnas en bakomliggande sjukskrivningsprocess och en policy på vårdcentralerna (Rehabiliteringskoordinator).

En del rehabiliteringskoordinatorer hade begränsat samarbete med andra professioner. De upplevde sig ensamma i sina uppdrag och endast hänvisade till att söka stöd och råd från andra rehabiliteringskoordinatorer och regionens processledare. En av rehabiliteringskoordinatorerna jämförde uppdraget – hon arbetade ensam med sparsamt stöd från chef och andra vårdprofessioner på vårdcentralen – med sitt arbete som samtalsterapeut på en annan vårdcentral, med teamarbete och regelbunden handledning i yrkesrollen. Denna rehabiliteringskoordinator ställde sig frågande till hur en så komplex uppgift som att samverka med externa aktörer för att möjliggöra återgång i arbete förväntades utföras av en enskild person.

Det är väldigt svårt att samarbeta kring patienten, att man inte är ett team utan då blir en ofta helt själv i det ärendet på något sätt (Rehabiliteringskoordinator).

Rehabiliteringskoordinatorernas begränsade resurser för koordinering och samverka sågs som en hindrande faktor av anställda, arbetsgivare, Försäkringskassan och Företagshälsa. Rehabiliteringskoordinatorerna arbetade i begränsad omfattning med sina uppdrag, vanligtvis specifika dagar, vilket försvårade planeringen för gemensamma möten. Ytterligare en försvårande faktor var att det fanns få kontaktvägar in till vårdcentralen. Arbetsgivare och anställda uppgav att de önskade möjlighet till direktkontakt med rehabiliteringskoordinatorn. En annan aspekt gällde de korta tiderna för läkarbesök inom primärvården. Besökstiden som angavs var vanligen omkring 20 minuter och de intervjuade lyfte fram svårigheterna som läkare hade att hantera: att genomföra konsultationen, skriva underlag för sjukintyg och dessutom initiera rehabilitering och samtal om återgång i arbete. En representant från Försäkringskassan lyfte fram det positiva i att en rehabiliteringskoordinator hade kontakt med den anställda och initierade samverka, vilket även avlastade läkarna.

Jag tänker att det är en avlastning för läkarna. De har vi tänkt skulle kunna göra de här sakerna tidigare, men de har ju inte tid med det, så är det ju. De har ju sina 20 min med patienten och det som jag får höra utifrån vården är ju det att den största delen av den tiden spenderas åt att skriva ner ett läkarintyg, för att det är så pass svårt. Så att ta hand om någon rehabilitering är ju inte tal om, så att då är det ju bra om läkaren kan signalera till en

rehabiliteringskoordinator att det här skulle vi kunna göra en insats för att den antingen inte kommer bli sjukskriven eller att den får gå tillbaka tidigare. Det är det absolut bästa om man kan arbeta så tror jag (Försäkringskassa).

Aktörernas inställning till samverkan

De intervjuade i studien hade överlag en positiv inställning och var motiverade, vilket var möjliggörande faktorer. Valfungerande samarbete mellan aktörerna och rehabiliteringskoordinatorernas inställning till uppdraget möjliggjorde samverkan. Hindrande faktorer var anställda med en komplex livssituation, att olika vårdprofessioner hade skilda inställningar till och kunskap om samverkan samt brist på förutsättningar eller villighet hos arbetsgivare att genomföra anpassningar på arbetsplatsen. Ytterligare en hindrande faktor var bristande kompetenskrav för koordineringsfunktionen vilket innebar att rehabiliteringskoordinatorerna arbetade utifrån sin grundprofession och kliniska erfarenhet (tabell 6).

Tabell 6. Möjliggörande och hindrande faktorer kopplade till aktörernas inställning till samverkan.

Möjliggörande faktorer	Hindrande faktorer
Aktörernas positiva inställning och motivation till samverkan ^{a,b,c,d,e,f}	Anställda med komplex livssituation ^{a,b,d}
Valfungerande samarbete mellan aktörerna i den anställdes process att återgå i arbete ^{a,b,c,d,e,f}	Olika vårdprofessioners inställning till och kunskap om samverkan och koordineringsfunktionen ^{a,c,e}
Rehabiliteringskoordinatorernas positiva inställning och motivation till samverkan ^{a,b,c,f}	Brist på förutsättningar för eller villighet att anpassa arbetsplatsen bland arbetsgivare ^{a,b,e}
Att rehabiliteringskoordinatorn kan använda sin befintliga yrkeskompetens för att bedriva samverkan ^a	Brist på kompetenskrav för koordinatorsfunktionen ^{a,f}

^aRehabiliteringskoordinator, ^banställd, ^carbetsgivare, ^dFörsäkringskassa, ^eFöretagshälsa, ^fläkare

Aktörerna var samstämmiga i sin inställning till att samverkan var nyckeln för att stödja den anställdes återgång i arbete. Flera arbetsgivare och anställda var positivt överraskade över att koordinatorfunktionen fanns inom primärvården och att vårdcentralerna hade initierat samverkan med arbetsgivare. Vidare betonades både den anställdes som arbetsgivarens motivation till att delta i samverkan och fullfölja insatser som planerades.

Jag har haft en arbetsgivare som har varit väldigt förståndig och det var liksom inga problem utan de ville liksom lösa det på bästa möjliga vis så att jag har verkligen haft en enorm tur för att jag har ju förstått att det är inte riktigt så på alla ställen (Anställd).

Rehabiliteringskoordinatorerna hade dock erfarenhet av anställda som av olika skäl inte var motiverade till att gå tillbaka till samma arbetsplats eller att en besvärlig hemsituation komplicerade återgången i arbete. Komplexa livssituationer lyftes fram som försvårande av samverkan eftersom det vanligtvis handlade om att det saknades adekvat stöd för dessa anställda, tex stöd till barn med särskilda behov.

Jag tycker att det är också tråkigt att längden på sjukskrivningar ofta handlar om andra personer än den som faktiskt är sjuk. Det är ju ett systemfel, i och med att den här tidsförskjutningen som blir kostar pengar och också räknas av dagar för den som är sjuk så när man väl får till de här mötena då är det nära att man blir utförsäkrad, i värsta fall då (Arbetsgivare).

Varken arbetsgivare eller primärvården menade att de kunde utreda stödbehov eller fatta

beslut om stödsatser för andra personer än den sjukskrivne. Även de anställda bekräftade denna bild.

Rehabiliteringskoordinatorerna betonade att information om sjukskrivningens negativa effekter var viktig för att påverka den anställdes inställning till samverkan och återgång i arbete. Genom att de involverade aktörerna hade tilltro till att samverkan var positivt och kommunicerade ett enhetligt budskap om återgång i arbete skapades optimism för den anställda inför återgång i arbete. Budskapet kunde förstärkas genom trepartssamtalet.

Att patienten hör samma saker, att alla vi säger att det här är viktigt, att man liksom kan stå upp för att gå tillbaka till jobbet när vi då bedömer att det är görligt så mår du bättre att sjukskrivning inte är något bra i längden, att man hör det från alla så blir man ju så trygg och vågar. Alltså det är så mycket med vad vi förmedlar. Intervjuare: Just det att det blir ett enhetligt budskap? Respondent: Det är jätteviktigt och också att man kan förbereda och att man har en plan tillsammans, att var och en kan göra sin del i att det här ska lyckas (Rehabiliteringskoordinator).

Jag personligen har den uppfattningen och den starka övertygelsen att när vi gör saker och ting tillsammans och gemensamt, alla hör samma sak, vi jobbar mot ett gemensamt mål, då når vi dit också. Och man minimerar de här pucklarna på vägen. Det är min uppfattning (Företagshälsa).

Rehabiliteringskoordinatorernas inställning till sin funktion

Rehabiliteringskoordinatorernas inställning till samverkan med arbetsgivare var att uppgiften var förenlig med deras uppdrag och skulle prioriteras. Deras inställning motiverades av kunskapsläget kring att tidig kontakt med arbetsgivare kan resultera i kortare sjukskrivning och erfarenhetsmässigt av samverkan med arbetsgivare. Här bör nämnas att några av de intervjuade koordinatorerna hade haft funktionen under flera års tid, deltagit i utvecklingsarbete och därmed utvecklat trygghet och vana i rollen medan andra rehabiliteringskoordinatorer var relativt nya i rollen. I vår analys framkom att rehabiliteringskoordinatorns uppdrag i samverkan med arbetsgivare strukturerades utifrån deras yrkesbakgrund och kliniska erfarenhet, som en konsekvens av brist på kompetenskrav på koordinatorsfunktionen och riktlinjer för hur samverkansuppdraget skulle utföras. Läkarna poängterade att bristande utformning av rollen innebar att uppdraget blev personbundet och knutet till den enskilda koordinators kompetens för att utforma uppdraget.

Etisk analys av samverkan mellan primärvård, anställd och arbetsgivare

Jämlikhet och rättvisa

Inom svensk hälso- och sjukvård är en viktig norm att människor ges vård på lika villkor. Detta uttrycks bland annat genom den s k människovärdesprincipen som återfinns i den etiska plattformen för prioriteringar reglerad i Hälso- och sjukvårdslagen. Den ger uttryck för att sådant som social situation och ställning, ekonomisk situation, tidigare livsstil och kronologisk ålder inte ska spela roll för fördelning av vårdens resurser. Mer generellt kan den ses som en likabehandlingsprincip där inte heller de övriga diskrimineringsgrunder som återfinns i diskrimineringslagen är grund för prioriteringar inom vården.

I resultatet framkom skillnader i urvalsprocessen, dvs vilka sjukskrivna som skulle erbjudas samverkan, samt en vag beskrivning av vad samverkansinsatsen skulle innehålla. Dessa aspekter vi har identifierat som centrala etiska frågeställningar med koppling till jämlikhet och rättvisa: På vilka grunder inkluderas/exkluderas sjukskrivna; samt hur tillämpas insatsen för att få avsedd effekt? Som en följd av att samverkansinsatsen och trepartssamtal med arbetsgivare var relativt vagt beskrivet och inte heller följde en strukturerad modell för

implementering inom primärvården, tillämpades olika kriterier för urval av vilka sjukskrivna som skulle erbjudas insatsen, hur insatsen skulle utformas och om, och i så fall, hur arbetsgivarkontakten skulle tas. I den här processen identifierades risk för att samverkansinsatsen ges på olika villkor till den berörda patientpopulationen och dessutom i ojämlig tillgång. Utifrån intervjuerna med rehabiliteringskoordinatorer framkom att inom en och samma vårdcentral kunde det förekomma olika principer för urval av vilka sjukskrivna som skulle erbjudas samverkansinsatsen. På sikt kan detta leda till ojämlikhet i tillgång till vård för befolkningen. I några fall framkom även urvalsprinciper gällande avgränsningar kopplat till åldersgrupper vilket står i strid med gällande diskrimineringslagstiftning och människovärdesprincipen förbud mot att väga in kronologisk ålder. Andra urvalsprinciper riktade insatsen mot sjukskrivna som hade en arbetsgivare, vilket aktualiserar frågan om vad de personer som stod långt från arbetsmarknaden erbjöds för samverkansinsatser. Detta förefaller strida mot människovärdesprincipens skrivningar kring social situation. Samtidigt ger den etiska plattformen för prioriteringar utrymme för att väga in både behovet av insatsen och möjligheten att göra nytta för patienten. Här kan det vara så att insatsen kan göra nytta i större utsträckning för de personer som står närmare arbetsmarknaden och därmed skulle det kunna vara rimligt att göra en sådan prioritering. Det gäller dock vara försiktig när en sådan avvägning görs, om det innebär att patienter med större behov därmed blir utan insatser och man prioriterar patienter som trots allt har en relativt lindrig ohälsa.

Vår analys visar att vårdbehovet inte förefaller vara det som är vägledande när urvalet görs, utan att det finns risk för godtycklighet eller att patientgrupper som kan orientera sig i systemet ges större möjlighet till insatser.

Den etiska plattformen för prioriteringar uttrycker även att hälso- och sjukvården bör eftersträva ett så lika utfall som möjligt när det gäller befolkningens hälsa och livskvalitet. Som framgick av rapportens bakgrund är kunskapsläget för koordinerande insatser och dess effekter på sjukskrivning oklart (se tex Schandelmaier et al., 2012; Vogel et al., 2017). Däremot finns vetenskapligt underlag för att en tidig involvering av arbetsgivaren är betydelsefull för att minska sjukskrivningslängd (Dewa, Trojanowski, Joosen, & Bonato, 2016; Nieuwenhuijsen et al., 2014). Anställda som har blivit sjukskrivna och fått insats i form av samverkan och trepartssamtal med sina arbetsgivare och som återgår i arbete, ges därmed möjlighet till ett liv med god livskvalitet som befolkningen i stort, vilket är en viktig ambition och talar för att insatsen behöver erbjudas på rättvisa grunder och med jämlik tillgång till insatsen. Om samverkan dessutom ger bättre möjligheter för att klara av andra aspekter som är viktiga för livskvalitet som exempelvis återgång i arbete, utifrån att insatsen skapar förutsättningar för förbättrad arbetsförmåga eller tilltro till egen förmågan, talar det för att insatsen bör erbjudas med ökad systematik. Samtidigt måste den resursanvändning det förutsätter vägas gentemot andra möjliga insatser, för denna och andra patientgrupper som står längre ifrån ett sådant ideal om lika utfall.

Autonomi

Grundläggande inom hälso- och sjukvården och inom våra välfärdssystem i stort är att patienten generellt ska ge sitt informerade samtycke till de vårdinsatser som ges. Detta förutsätter dels beslutsförmåga, dels att de får relevant information som kan ligga till grund för ett sådant samtycke. Samtidigt är inte patientens (eller klientens) autonomi obegränsad eller handlar om en efterfrågestyrd valfrihet. Snarare handlar det om möjlighet att vara delaktigt i beslut, att inte utsättas för insatser de inte samtyckt till, samt en begränsad möjlighet att välja mellan olika alternativ om detta försvarbart med tanke på evidens och kostnader för alternativen. Det finns också stöd för att vård och omsorg bör stärka människors möjlighet att vara självständiga ("Patientlag," 2014).

I vår analys framgick att de anställda har givits information om samverkansinsats och fått möjlighet att lämna sitt samtycke till att rehabiliteringskoordinator kontaktar t ex arbetsgivaren. Samtliga inkluderade regioner hade rutiner för inhämtande av samtycke till kontakt med arbetsgivare och andra aktörer tex Försäkringskassa och Arbetsförmedling. En möjlig etisk problematik som kan kopplas till de anställdas autonomi och möjligheter att fatta informerade beslut, handlade om att autonomin var begränsad och situationsbunden. De intervjuade aktörerna och anställda framhöll att den anställde som sjukskriven förväntades vara aktiv och delta i sin egen rehabilitering, medverka till att ta fram en gemensam planering för återgång i arbete och följa planen alternativt säga om planen behövde revideras. Här finns således kopplingar till arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och sjukförsäkringen som sätter ramarna för, och avgränsar, den enskildes möjlighet att utöva sin autonomi.

Vi har bedömt att de avgränsningar i autonomin som samverkan innebär mycket väl kan accepteras av skälet att avgränsningarna är en följd av de krav som kan ställas på den anställde i samband med sjukskrivning. Det är möjligt att förväntningar behöver tydliggöras i den information som lämnas till de anställda inför att samtycke inhämtas. Å andra sidan bör den anställdes eget ansvar för sin hälsa och rehabilitering innebära att denne kan förväntas agera i linje med de beslut som fattas kring rehabilitering och återgång i arbete alternativt signalera om hen inte kan fullfölja planeringen. Att medverka i sin rehabiliteringsprocess – oavsett om man deltar i en samverkansinsats eller ej - bör gagna den enskildes fortsatta möjligheter till återgång i arbete, och i förlängningen inverka positivt på hälsa och livskvalitet och därmed uppvägs eventuella risker. Att patienter endast erbjuds insatser under villkor att de följer ett visst program eller protokoll är inget ovanligt inom hälso- och sjukvården, och respekt för patientens autonomi tolkas normalt inte som att patienten har en rätt att välja vad hen vill (och framförallt inte att kunna välja bort delar av en insats och endast behålla andra delar) som vi såg inledningsvis. Likaså är det inte ovanligt att våra välfärdssystem, i detta fall sjukförsäkringssystemet, är förknippat med motkrav på prestation från medborgaren (se tex Malmqvist, Furberg, & Sandman, 2018; "Socialtjänstlag," 2001).

Integritet

Inom vård och omsorg finns det krav på att respektera patienters och klienters fysiska och personliga integritet, dvs den del som rör känslig information om personerna. Krav på respekt innebär inte något absolut skydd för integriteten och patienten kan förväntas dela med sig av eller godkänna spridning av information för att kunna få ta del av en viss insats.

När det gäller den anställdes personliga integritet och utlämnande av känslig information vid trepartsmöten tycks inte de risker som potentiellt skulle kunna uppstå i samverkansinsatsen och trepartsmöten ha realiserats i särskilt stor utsträckning utifrån det som framkommer i intervjuerna. Det kan dock vara så att de anställda som deltog i studien generellt är mer positiva till samverkan och därmed att mer kritiska synpunkter inte framkommit.

Samtliga aktörer betonade att den anställde var den som beslutade om hur mycket information som skulle lämnas och att trepartsmötet vanligtvis förbereddes genom ett individuellt möte mellan rehabiliteringskoordinator och anställd. Rehabiliteringskoordinatorerna hanterade känslig information genom att motivera den anställde till att själv föra sin talan på mötet och att den anställde fick information om att hen fick avgöra vad som skulle framföras till arbetsgivaren. Genom individuellt stöd från rehabiliteringskoordinatorn fick den anställde möjlighet att kartlägga problem kopplade till arbetsåtergång och formulera frågor och önskemål om anpassningar till arbetsgivaren. Att den anställde utelämnade integritetskänslig information vid trepartsmötet, tex en besvärlig privat situation ansågs av arbetsgivare, Företagshälsa och Försäkringskassan snarare försvåra rehabiliteringen och planering för återgång i arbete. De anställda, däremot, förmedlade att känslig information kopplad till

livssituationen inte var grund för sjukpenning. Osäkerhet kring hur informationen skulle hanteras och för att skydda sin ekonomiska situation gjorde att man valde att inte berätta.

De eventuella integritetsrisker kopplade till informationsöverföring gällande den privata situationen har bedömts hanteras på ett korrekt sätt, dvs aktörerna överläter åt den anställde att själv ta beslut över hur mycket information som skall lämnas.

Resurser och organisation

Även om själva insatsen som bedöms inte har några inneboende etiska problem utifrån hur den är strukturerad eller läggs upp, så kan det finnas aspekter vid en implementering som hindrar en jämlik tillgång eller innebär undanträngning av andra personers vård och omsorg.

Brist på tid och svårighet att få kontakt med arbetsgivare och andra aktörer lyftes fram som en försvårande faktor bland de medverkande rehabiliteringskoordinatorerna. Även arbetsgivare betonade att tidsbrist och brist på kontaktvägar in till sjukvården försvårade samverkan och planering av tex trepartsmöten. Rehabiliteringskoordinatorerna arbetade i de flesta fall deltid med uppdraget, vissa dagar. Vanligtvis fick arbetsgivarna ringa till rehabiliteringskoordinatorerna via vårdcentralernas system för telefonkö. Följaktligen kunde det dra ut på tiden innan de involverade aktörerna fick möjlighet att bestämma en tid för trepartssamtal.

Här kan vi konstatera att tidsbrist både inom primärvården och bland arbetsgivare samt brist på kontaktmöjligheter kunde bidra till att tillgången till samverkan och trepartssamtal begränsades och att själva planeringen för att få ihop en mötestid drog ut på tiden. Tids- och resursbrist kopplade till samverkansinsatsen är en risk som bör beaktas. En sjukskrivning som saknar en rehabiliteringsplan och omotiverat drar ut på tiden riskerar att passivisera den anställde, vilket på sikt kan utgöra ytterligare svårigheter i att återgå till arbetet. Givet den nyttan som den anställde kan ha av insatsen i form av stöd från rehabiliteringskoordinator och arbetsgivare i att lägga en plan för arbetsåtergång och eventuell tillgång till rehabiliteringsinsatser och hålla uppe ”tempot” i sjukskrivningsprocessen, bör tidsbrist och brist på kontaktytor hanteras för att förbättra en mer jämlik tillgänglighet. Samtidigt måste naturligtvis denna form av rehabiliteringsinsatser vägas mot annan resursanvändning inom primärvården och den undanträngning som kan ske av andra former av insatser.

Professionella värderingar

En insats som bedöms vara etiskt acceptabel kan trots det påverkas av professionella värderingar och handlingsmönster som påverkar hur den genomförs.

Vi har tidigare resonerat kring otydlighet i vilka anställda som skall erbjudas samverkansinsatsen. Utifrån intervjuerna har det framkommit att urvalskriterierna varierar mellan vårdcentralerna, men även inom enskilda vårdcentraler. Några rehabiliteringskoordinatorer arbetade vid vårdcentraler där några läkare med intresse för sjukskrivningsfrågor och samverkan kopplade in rehabiliteringskoordinatorns kompetens och samverkansinsats medan andra läkare behandlade den anställde utan att rehabiliteringskoordinator involverades. Även läkarna i fokusgruppen betonade att man vid vårdcentralen behövde ha en samsyn kring värdet av samverkan, det försäkringsmedicinska uppdraget och en aktiv sjukskrivningsprocess bland samtliga vårdprofessioner på vårdcentralen. Vilka anställda som erbjöds samverkansinsats tycks alltså avgöras av personliga värderingar kring samverkan med arbetsgivare och hur man såg på sjukskrivning som åtgärd. När det rör sig om att personliga värderingar snarare än konsensus sätter ramarna för vem som får tillgång till insatsen finns risk att vården inte ges på lika villkor.

Under intervjuerna framkom även att olika vårdprofessioner ibland försökte "skydda" den anställda från att ha kontakt med arbetsgivaren. Detta perspektiv handlade om hur man som företrädare för vården såg på sin roll och/eller sitt uppdrag; som den anställdes företrädare/advokat eller som en neutral part såväl när den anställda träffade företrädare för vården innan trepartsmötet som under trepartsmötet med arbetsgivaren. Perspektivet försvårade för arbetsgivare att utöva sitt rehabiliteringsansvar och för Försäkringskassan som arbetade för att lyfta fram den anställdes resurser och betona vilka insatser Försäkringskassan kunde guida vidare till. Detta kan uppfattas som en paternalistisk hållning, som kan riskera motverka uppdraget att stärka den anställdes egna resurser och strider mot den generella hållningen att patienter ska ges möjlighet att göras delaktiga i sin vård och behandling som kommer till uttryck i patientlagen ("Patientlag," 2014).

Samtidigt är den etiska hållningen att vara patientens advokat stark inom vissa vårdprofessioner och de senaste årens fokus på person- eller patientcentrerad vård kan tolkas som att det framförallt är patientens perspektiv som ska vara vägledande (Ekman et al., 2011; Mead & Bower, 2000). Därmed kan det vara ovant eller upplevas strida mot ens etiska hållning att vara en neutral part mellan olika aktörer.

Ytterligare en etisk problematik kunde identifieras i relation till brist på kompetenskrav för koordineringsfunktionen och innehållet i samverkan. Som ett resultat arbetade rehabiliteringskoordinatorerna ibland med samtalsstöd, motiverande samtal samt olika former av coaching tex att följa med den anställda vid besök på arbetsplatsen. En del insatser som beskrevs tangerar behandlade insatser och inte enbart koordinering så som uppdraget är utformat. Även i beskrivningen från SKR framkom att koordineringen kan innehålla individuellt stöd men ska inte vara behandling (Sveriges kommuner och landsting, 2016).

Den etiska problematiken innebär att professionella värderingar och den professionella yrkesrollen tex i form av att kunna erbjuda samtalsstöd, kan betyda att koordineringsinsatsen går utöver uppdraget att koordinera samverkan. Detta kan bli ett potentiellt problem; när insatsen blir behandling kan rehabiliteringskoordinatören ha svårare att inta rollen som en neutral i relation till de olika aktörerna vid samverkan. Generellt uppfattar vi det som att vårdpersonal har ett specifikt ansvar för patienter som man har under behandling och detta skulle därmed kunna innebära en ansvars- och lojalitetskonflikt.

Diskussion

Resultatdiskussion

I studien undersöktes möjliggörande och hindrande faktorer för samverkan mellan primärvård och arbetsgivare som syftar till ökad arbetsåtergång, utifrån den anställdes, arbetsgivares, primärvårdens, företagshälsovårdens och Försäkringskassans perspektiv. Samsyn bland vårdprofessioner på vårdcentralerna kring försäkringsmedicinskt uppdrag, sjukskrivningsprocess och att den anställdes arbetsgivare är en del i rehabiliteringsprocessen var den huvudsakliga möjliggörande faktorn. Samsynen möjliggjordes av ledarskap vid vårdcentralerna, utbildningar och rehabiliteringskoordinatorernas uppdrag som kunskapsförmedlare. Avsaknad av tydlig beskrivning av hur samverkan skulle utformas, brist på tid och kontaktvägar in till primärvården var huvudsakliga hindrande faktorerna för samverkan.

Ett fåtal forskningsstudier har undersökt möjliggörande och hindrande faktorer för samverkan mellan primärvård, anställd och arbetsgivare. Definitionen av samverkan i dessa studier skiljer sig från den som tillämpas i föreliggande rapport, men även om definitionen varierar finns intressanta resultat som är viktiga att beakta i den fortsatta utvecklingen av samverkan. Studierna visade att anställda som deltog i samverkan upplevde generellt att tilltro till sin förmåga förbättrades och att de fick möjlighet att uttrycka brister i arbetsförmågan men även

sina resurser (Mussener, Stahl, & Soderberg, 2015), vilket är i linje med våra resultat. I likhet med tidigare forskning visade våra resultat att psykiska symtom kan resultera i svårighet att orka med att ta tag i sin rehabiliteringsprocess (Andersen, Stahl, Anderzen, Kristiansson, & Larsson, 2017). Aktörernas olika perspektiv – och att man inte kan överbrygga dessa (Liukko & Kuuva, 2017; Mussener et al., 2015), att aktörerna saknar en gemensam definition av arbetsförmåga och bristande anpassning mellan den anställdes faktiska arbetsförmåga och produktivitetskrav hindrar samverkan och återgång i arbete (Seing, Stahl, Nordenfelt, Bulow, & Ekberg, 2012).

I den etiska analysen identifierades otydlighet i urval (vilka anställda erbjöds samverkan) samt hur insatsen tillämpades som centrala etiska aspekter. Även tidsbrist och brist på kontaktytor mellan primärvård och tex arbetsgivare innebar att rehabiliteringsprocessen kunde dra ut på tiden med anledning av att det helt enkelt var svårt att få till en gemensam mötestid. Vidare påverkade professionella värderingar om, och i så fall hur, samverkansinsatsen skulle utformas och arbetsgivarkontakten initieras. Intervjuade arbetsgivare, Försäkringskassa och Företagshälsa lyfte fram att värderingar - eller okunskap - kopplade till professioner inom vården, i den mening att vårdprofessioner såg sig som den anställdes företrädare och skyddade den anställda från arbetsgivarkontakt, behövde styras mot att vården istället intar en neutral ställning mot såväl anställd som arbetsgivare. Utifrån den etiska analysens resultat finns risk för att samverkansinsatsen ges på olika villkor till den berörda patientpopulationen och dessutom i ojämlig tillgång. Dessa risker behöver beaktas eftersom vård skall ges på lika villkor.

Samverkan mellan primärvård och arbetsgivare – en intention att skapa en lärande organisation

Enligt en nyligen publicerad litteraturoversikt framkom att det saknades samband mellan minskning av psykiska symtom och tid till återgång i arbete (Bergström, Björk Brämberg E, Axén I, & Strömberg, 2019). Resultatet talar för att arbetsgivaren behöver involveras tidigt i rehabiliteringsprocessen och att reduktion av psykiska symtom inte behöver innebära att den anställda återgår i arbete. Detta är ett starkt argument för att tidigt under sjukskrivningen börja tala om och planera för återgången till arbetet och att erbjuda metoder för samtidig symtomhantering och arbetsåtergång.

Med syftet att stimulera hälso- och sjukvårdens kunskapsutveckling i försäkringsmedicin har SKR betonat att kunskapsförmedling och rådgivning ingår i rehabiliteringskoordinatorers uppdrag (Sveriges kommuner och landsting, 2016). Genom att vara rådgivare åt vårdprofessioner på vårdcentralen i sjukskrivningsfrågor, ta fram statistik över sjukskrivna patienter och lyfta upp vikten av samverkan med externa aktörer kan rehabiliteringskoordinatorer agera i enlighet med uppdragsbeskrivningen. Beskrivningen kan även tolkas som en intention att skapa en lärande organisation. Detta innebär att kunskaper kopplade till arbetsplatsen finns etablerade i arbetsrutiner, regler och normer och tillgänglig för medarbetarna inom organisationen (Nilsen, 2014).

Resultaten indikerar att en lyckad långsiktig implementering av samverkan – och som inte enbart är upp till enstaka rehabiliteringskoordinatorer att genomföra – behöver understödjas av organisatoriskt lärande, där arbetsmetoder och rutiner ”byggs in” i organisationen. Dessa behöver vara i linje med medarbetarnas värderingar om den professionella rollen. Som vi tidigare har påtalat behövs att vårdprofessioner har konsensus kring hur återgång i arbete bör planeras och att involvering av arbetsplatsen behöver ingå som en del i en rehabiliteringsprocess. För att driva utvecklingen på vårdcentralnivå behövs en engagerad chef, rutiner för samverkan och att medarbetare har en inställning till att återgång i arbete är en del av rehabiliteringen. Som framgick av den tidigare presenterade forskningen; om syftet är att minska sjukskrivningslängd är det otillräckligt att enbart lindra symtom.

Brist på tid och kontaktvägar in till primärvården riskerar att bli den anställdes problem. I likhet med tidigare utvärderingar av koordinatorsfunktionen och samverkan med arbetsgivare, visade vårt resultat att brist på tid försvårade samverkan. Brist på tid avsåg såväl rehabiliteringskoordinatorernas resurser för att bedriva samverkan men även att uppdraget pga organisatoriska förutsättningar och rehabiliteringskoordinatorernas arbetsmiljö skulle kunna förläggas som sammanhängande arbetstid. Även brist på kontaktvägar in till primärvården försvårade samverkan mellan vård och arbetsgivare. Kombinationen av brist på tid och kontaktvägar innebar att det tog lång tid för att få tid till trepartssamtal och samverkan mellan aktörerna.

Det är oroväckande att tidsbrist och svårigheter att komma i kontakt med varandra inte har hanterats i högre utsträckning. Tidsbrist är en av de mest välkända hindrande faktorerna vid implementering av nya arbetssätt. Det är dessutom välkänt att sjukskrivning medför ökad risk för skam- och skuld känslor, passivisering och isolering (Corbiere et al., 2016). På grund av svårighet att få till en gemensam planering och trepartsmöte kan den anställde riskera gå miste om samverkans positiva aspekter och riskera längre sjukskrivning än motiverat. Således blir en organisatorisk brist den anställdes problem.

Primärvårdens samverkan uppskattas men primärvården saknar möjlighet att kontakta arbetsplatser

Primärvården har i uppdrag att lindra och behandla symtom och sjukdom. För samverkan mellan primärvård och arbetsgivaren behövs den anställdes samtycke. Enligt våra resultat var anställda, arbetsgivare, Försäkringskassa och Företagshälsa positivt inställda till samverkan initierad av primärvården, och att den samverkan de hade deltagit i hade fungerat mycket väl. Rehabiliteringskoordinatorerna lyftes fram som mycket engagerade och kompetenta av anställda och arbetsgivare.

Omkring 70% av anställda personer som är sjukskrivna pga psykisk ohälsa har sin vård och behandling inom primärvården. Med tanke på att primärvården enbart har möjlighet till samverkan mellan enskilda medarbetare och deras arbetsgivare och då endast om medarbetaren givit sitt samtycke, är detta bekymmersamt. Anta som ett exempel att en eller flera anställda vid en arbetsplats mår psykiskt dåligt pga brister i den sociala och/eller organisatoriska arbetsmiljön. De anställda kan ha drabbats av symtom som sömn- och koncentrationssvårigheter, nedstämdhet och irritabilitet – vilket kan vara helt i enlighet vad som kan förväntas vid exponering inför brister i arbetsmiljön. De anställda söker sin vårdcentral för vård och behandling. På grund av rådande sekretessbestämmelser kan inte primärvården identifiera om anställda söker från en och samma arbetsplats. Brister i arbetsmiljön, som åligger arbetsgivaren, riskerar därmed att varken uppmärksammas eller ens komma till arbetsgivarens kännedom om inte företagshälsan är inkopplad.

Primärvården har i uppdrag via koordinatorsfunktionen att samverka med arbetsgivare eller andra externa aktörer, i syfte att minska risk för långtidssjukskrivning eller förebygga sjukskrivning. Dock saknas befogenheter hos primärvården att strukturerat identifiera vilka anställda/sjukskrivna som hör till vilka arbetsplatser. Här ser vi en allvarlig brist i samverkan mellan primärvård och arbetsgivare. Företagshälsan har den möjligheten till samordning och överblick. Men eftersom den stora majoriteten av personer med psykisk ohälsa går via primärvården så har även företagshälsan begränsade möjligheter.

Metoddiskussion

I studien har anställda och arbetsgivare rekryterats av rehabiliteringskoordinatorer inom primärvården. Att ge rehabiliteringskoordinatorerna i uppdrag att rekrytera kan ha inneburit

att de har tillfrågat en selekterad grupp, ex vis de anställda som varit positivt inställda till att samverka med sin arbetsgivare eller arbetsgivare som är engagerade och aktiva när det kommer till rehabilitering. För att försöka minska risken för att få en selektion bland studiedeltagarna informerades rehabiliteringskoordinatorerna om att tillfråga alla anställda och arbetsgivare – oavsett utgången av samverkan och trepartssamtalet - som de bedömde vara aktuella utifrån studiens inklusions- och exklusionskriterier.

Vår avsikt var att tillämpa ett strategiskt urval. Detta var dock svårt att realisera eftersom det tog lång tid att rekrytera studiedeltagare. Innan skriftligt samtycke inhämtades kontrollerades att den presumtiva studiedeltagaren kunde inkluderas utifrån studiens kriterier för deltagande.

I syfte att bredda rekryteringsbasen har vi även rekryterat anställda via en annons i Metro, införd vid två tillfällen i Metro Stockholm, Göteborg och Malmö. Via annonseringen kontaktades projektledaren av cirka 30 personer som var intresserade av att få ytterligare information om studien. Av dessa inkluderades två anställda. Vi kan konstatera att annonsering endast delvis var ändamålsenlig för att rekrytera studiedeltagare.

Data har insamlats med intervjuer som speglar studiedeltagarnas beskrivningar av sin situation och attityder vid tiden för själva intervju. I intervjuer finns det alltid risk att studiedeltagarna besvarar intervjufrågorna utifrån hur de tycker att svaren ”bör” vara, istället för att ange sin egen inställning eller åsikt. I materialet kan det finnas tendenser till så kallade socialt önskvärda svar. Vi har försökt att motverka socialt önskvärda svar genom att i informationsbrev och i muntlig information om studien betona att det var deltagarnas erfarenheter som var av betydelse för undersökningen, samt att svaren skulle behandlas konfidentiellt. Trots detta förfarande var det en anställd som avstod från att bli intervjuad med hänvisning till att ämnet – samverkan med primärvård och arbetsgivare – var känsligt. Vidare var det några anställda som hade anmält intresse för studien, men som vid kontakt med projektledaren avstod från att bli intervjuade med hänvisning till psykiska symtom (tex trötthet och koncentrationssvårigheter).

Slutsatser

Utifrån studiens resultat har vi dragit slutsatserna att:

- Samverkansinsatsen gavs av motiverade rehabiliteringskoordinatorer inom primärvården som trots avsaknad av tydligt innehåll och klara rutiner skapade förutsättningar för arbetsgivarkontakt, kunskapsöverföring mellan aktörer och bidrog till utveckling av samsyn inom primärvården kring försäkringsmedicinskt uppdrag.
- Intervjuade aktörer var positivt inställda och motiverade till att delta i samverkan och anställda lyfte fram rehabiliteringskoordinatorernas roll i att ge individuellt stöd inför trepartsmöte med arbetsgivare.
- Samsyn bland vårdprofessioner på vårdcentralerna kring försäkringsmedicinskt uppdrag, sjukskrivningsprocess och att den anställdes arbetsgivare är en del i rehabiliteringsprocessen var den huvudsakliga möjliggörande faktorn för samverkan.
- Avsaknad av tydlig beskrivning av hur samverkan skulle utformas, brist på tid och kontaktvägar in till primärvården var huvudsakliga hindrande faktorer för samverkan.
- Samverkansinsatsens innehåll bör utvecklas för att ge berörd population tillgång till insatser som vilar på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet
 - Stringent utformat innehåll medför även att det blir möjligt att utvärdera samverkansinsatsens effekter på sjukskrivning och arbetsåtergång, något som är av största vikt eftersom det vetenskapliga underlaget är oklart avseende insatsens effekter på sjukskrivning.
- I den nuvarande utformningen erbjuds insatsen till den berörda populationen på oklara grunder och därmed finns risk för potentiellt ojämlig tillgång till en insats som

troligtvis kan att öka anställdas möjlighet till förkortad sjukskrivning och arbetsåtergång.

- Här finns även risk att patientgrupper som kan orientera sig inom sjukvården ges större möjlighet till att ta del av insatser. Samverkansinsatsen behöver därför erbjudas med större systematik till anställda som blir sjukskrivna.

Genomförda insatser för att resultaten ska komma till praktisk användning

Information om projektet och våra kommande resultat har spridits via

Blogginlägg <http://arbetsochmiljomedicin.se/tag/samverkan/>

Artikel i Sunt arbetsliv.

Upprepade inlägg på Facebook, LinkedIn, Twitter

Projektspecifik hemsida <https://ki.se/imm/mojliggorande-och-hindrande-faktorer-samt-etiska-aspekter-vid-samverkan-med-syfte-att-oka-0>

Projektet omnämndes vid ett seminarium anordnat av Work and Employment, Göteborgs universitet februari 2019 [https://www.linkedin.com/in/elisabeth-bj%C3%B6rk-br%C3%A4mberg-a9bb1485/detail/treasury/summary/?entityUrn=urn%3Ali%3Afsd_profileTreasuryMedia%3A\(ACoAABIkBhcBvAObCTGAvAtAfFKEmeA5sQGxJJ0%2C1566556326503\)§ion=summary&treasuryCount=5](https://www.linkedin.com/in/elisabeth-bj%C3%B6rk-br%C3%A4mberg-a9bb1485/detail/treasury/summary/?entityUrn=urn%3Ali%3Afsd_profileTreasuryMedia%3A(ACoAABIkBhcBvAObCTGAvAtAfFKEmeA5sQGxJJ0%2C1566556326503)§ion=summary&treasuryCount=5)

Publikationer, presentationer och annan spridning inom projektets ram

Vetenskapliga publikationer

Björk Brämberg, E., et al. (2019). Facilitators, barriers and ethical values related to the coordination of return-to-work among employees on sick leave due to common mental disorders: a protocol for a qualitative study (the CORE-project). *BMJ Open* 9(9): e032463. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/9/e032463.long>

Holmlund, L., Hellman, T., Engblom M, Kwak L, Sandman L, Törnkvist L. & Björk Brämberg, E. Facilitators and barriers related to the coordination of return-to-work among employees on sick leave due to common mental disorders.

Holmlund, L., Sandman, L., Hellman, T., Kwak L. & Björk Brämberg, E. Coordination of return-to-work among employees on sick leave due to common mental disorders – an ethical analysis.

Andersson Liselius, P. (2019). Samverkan vid sjukskrivning för psykisk ohälsa – ur allmänläkares perspektiv. Rapport 2019. Västra Götalandsregionen och FoU Primärvård.

Presentation vetenskapliga konferenser

Nordic Conference in work and rehabilitation, Danmark 2020: Facilitators and barriers related to the coordination of return-to-work – abstract inskickat.

16th World Congress on Public Health, Italien 2020: Coordination of return-to-work among employees on sick leave due to common mental disorders – an ethical analysis. Abstract skickas in kvartal 1, 2020.

Populärvetenskaplig spridning, föreläsningar, seminarier

Föreläsning magisterprogrammet i arbete och hälsa, kurs arbetslivsinriktad rehabilitering ht 2020, Karolinska Institutet

Seminarium magisterprogrammet i arbete och hälsa, ht 2020-vt 2021 Karolinska Institutet

Seminarium med arbetsgivarorganisationer, primärvårdsrepresentanter från de inkluderade regionerna

Seminarier med processledare och rehabiliteringskoordinatorer inom region Stockholm, region Uppsala och Västra Götalandsregionen

Populärvetenskaplig rapport publiceras via Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet, spridning till samtliga studiedeltagare, samt via sociala medier och nyhetsbrev.

Referenser

AFA Försäkring. (2019). *Psykisk ohälsa i olika län*. Retrieved from Stockholm:

Andersen, A., Stahl, C., Anderzen, I., Kristiansson, P., & Larsson, K. (2017). Positive experiences of a vocational rehabilitation intervention for individuals on long-term sick leave, the Dirigo project: a qualitative study. *BMC public health*, *17*(1), 790. doi:10.1186/s12889-017-4804-8

Bergström, G., Björk Brämberg E, Axén I, & Strömberg, C. (2019). *Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa. En kartläggande litteraturoversikt*. Retrieved from Stockholm:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/730857a9f0fd405ab5c8aad3db37b253/insatser-foretagshalsovarden-forebygga-minska-psykisk-ohalsa.pdf>

Bjorkelund, C., Svenningsson, I., Hange, D., Udo, C., Petersson, E. L., Ariai, N., . . . Westman, J. (2018). Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*, *19*(1), 28. doi:10.1186/s12875-018-0711-z

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, *3*(2), 77-101.

Corbiere, M., Samson, E., Negrini, A., St-Arnaud, L., Durand, M. J., Coutu, M. F., . . . Lecomte, T. (2016). Factors perceived by employees regarding their sick leave due to depression. *Disability and Rehabilitation*, *38*(6), 511-519. doi:10.3109/09638288.2015.1046564

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*, *4*, 50. doi:10.1186/1748-5908-4-50

Dewa, C. S., Trojanowski, L., Joosen, M. C., & Bonato, S. (2016). Employer Best Practice Guidelines for the Return to Work of Workers on Mental Disorder-Related Disability Leave: A Systematic Review. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *61*(3), 176-185. doi:10.1177/0706743716632515

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*, *10*(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Försäkringskassan. (2016). *Sjukfrånvarons utveckling 2016* (Socialförsäkringsrapport 2016:7). Retrieved from Stockholm:

Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., & Thomas, R. (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, *289*(23), 3145-3151. doi:10.1001/jama.289.23.3145

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, S. l. l. (2018). *Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator. Utvärdering och utveckling av rehabkoordinator för patienter med långvarig smärta och/eller lätt medelsvår psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting*. Retrieved from Stockholm:

https://skr.se/download/18.49f0902a162d5414b69d185d/1524735624084/Utvardering_och_u

Liukko, J., & Kuuva, N. (2017). Cooperation of return-to-work professionals: the challenges of multi-actor work disability management. *Disability and Rehabilitation*, *39*(15), 1466-1473. doi:10.1080/09638288.2016.1198428

Malmqvist, E., Furberg, E., & Sandman, L. (2018). Ethical aspects of medical age assessment in the asylum process: a Swedish perspective. *International Journal of Legal Medicine*, *132*(3), 815-823. doi:10.1007/s00414-017-1730-3

- Matrix Insight: Executive Agency for Health and Consumers. (2013). *Economic Analysis of Workplace Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention Programmes and of their Potential Contribution to EU Health, Social and Economic Policy Objectives*. Retrieved from
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*, 51(7), 1087-1110. doi:10.1016/s0277-9536(00)00098-8
- Mussener, U., Stahl, C., & Soderberg, E. (2015). Does the quality of encounters affect return to work? Lay people describe their experiences of meeting various professionals during their rehabilitation process. *Work*, 52(2), 447-455. doi:10.3233/wor-152121
- Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H. L., Verhoeven, A. C., . . . Bultmann, U. (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*, 12, CD006237. doi:10.1002/14651858.CD006237.pub3
- Nilsen, P. (2014). *Implementering av evidensbaserad praktik* (P. Nilsen Ed.). Malmö: Gleerups Patientlag, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821, SFS 2014:821 Stat. (2014).
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken : etik för vårdande yrken* Lund: Studentlitteratur.
- Schandelmaier, S., Ebrahim, S., Burkhardt, S. C., de Boer, W. E., Zumbrunn, T., Guyatt, G. H., . . . Kunz, R. (2012). Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One*, 7(11), e49760. doi:10.1371/journal.pone.0049760
- Seing, I., Stahl, C., Nordenfelt, L., Bulow, P., & Ekberg, K. (2012). Policy and practice of work ability: a negotiation of responsibility in organizing return to work. *J occup rehabil*, 22(4), 553-564. doi:10.1007/s10926-012-9371-3
- Skarpaas, L. S., Haveraaen, L. A., Smastuen, M. C., Shaw, W. S., & Aas, R. W. (2019). The association between having a coordinator and return to work: the rapid-return-to-work cohort study. *BMJ Open*, 9(2), e024597. doi:10.1136/bmjopen-2018-024597
- Socialtjänstlag, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453, SFS 2001:453 Stat. (2001).
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2012). *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport nr 211. ISBN 978-91-85413-51-5.). Retrieved from Stockholm:
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2014). *Etiska aspekter på åtgärder inom hälso- och sjukvården*. Retrieved from Stockholm: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_etiska_aspekter.pdf
- Sveriges kommuner och landsting. (2016). *Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården*. Retrieved from Stockholm:
- Sveriges kommuner och regioner. (2018). *Rehabiliteringskoordinering inom hälso- och sjukvården. En nationell kartläggning*. Retrieved from Stockholm:
- Vingård, E. (2015). *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. En kunskapsöversikt*. Retrieved from Stockholm:
- Vogel, N., Schandelmaier, S., Zumbrunn, T., Ebrahim, S., de Boer, W. E., Busse, J. W., & Kunz, R. (2017). Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD011618. doi:10.1002/14651858.CD011618.pub2
- Västerbottens läns landsting. (2013). *ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet*. Retrieved from <https://skr.se/download/18.37b886bd1518068665060185/1450455657016/ReKoord-RAPPORT-2013-09-02.pdf>