

# SLUTRAPPORT

## STR – Samordnad Tidig Rehabilitering

Gisela Wik

Projektledare

2016-05-30



**Innehåll**

SAMMANFATTNING	sid 3
1 INLEDNING	sid 4
1.1 Bakgrund	sid 4
1.2 Syfte	sid 4
1.3 Mål	sid 4
1.4 Målgrupp	sid 5
2 SAMVERKAN	sid 5
2.1 Framgångsfaktorer samverkan	sid 5
2.2 Förbättringsområden samverkan	sid 6
3 DELTAGARNA/INDIVIDÄRENDEN	sid 6
4 STATISTIK SUS – SYSTEM FÖR SAMVERKAN OCH UPPFÖLJNING	sid 7
5 ORGANISATION FÖR INSATSEN	sid 8
5.1 Styrgrupp	sid 8
5.2 Personal	sid 9
5.3 Uppmärksammade brister i organisation	sid 9
6 GENOMFÖRANDE/METOD	sid 9
6.1 Uppmärksammade brister och fördelar med metod	sid 10
7 AKTIVITETER	sid 10
8 BUDGET	sid 11
9 SAMARBETE MED EXTERN – MAGISTERUPPSATS UTFÖRD PÅ HÄLSOCENTRALEN UNDER PROJEKTTIDEN	sid 11
10 SLUTSATSER	sid 12
11 FRAMTID OCH REKOMMENDATIONER	sid 13
12 SLUTORD	sid 15
BILAGEFÖRTECKNING och bilagor	från sid 16 ->

## SAMMANFATTNING

Projekt STR, samordnad tidig rehabilitering har pågått under tiden 2014-09-01 till och med 2016-04-30.

Projektet var ett metodprojekt i första hand för att förbättra och förenkla rutiner för tidigare och mer samordnade insatser för individer och att därmed utveckla en samverkansmodell mellan vården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialtjänsten. I syftet ingick också att försöka hitta sätt att tidigare komma i kontakt med större arbetsgivare på orten.

Individer som är målgrupp i modellen är personer som;

- ✓ Vid tidig kartläggning hos någon av deltagande aktörer bedöms ligga i riskzon för längre sjukskrivning, eller
- ✓ Redan är långtidssjukskrivna där insatser behövs för att personen skall komma åter i arbete

Projektet har genomförts vid Krokoms hälsocentral där läkare, rehabiliteringskoordinator, sjukgymnast, personal vid PSE och även i viss mån övrig personal deltagit. Förutom dessa har handläggare från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten Krokoms kommun deltagit.

Rutiner har tagits fram för att främja samverkansmöten och STR-möten har skett en gång per månad med i förväg anmälda individärenden. En hållbar och fungerande struktur för hur mötena skall gå till har uppnåtts och erforderlig dokumentation före, under och efter har tagits fram.

Under projekttiden har 75 individer tagits upp varav 30 registrerade i SUS. Resultaten på individnivå visar att en stor del av individerna hade lång tids offentlig försörjning innan inregistrering och också efter projekttiden fortsatt var kvar i offentlig försörjning. Ett fåtal har helt brutit offentlig försörjning och börjat arbeta eller studera men det var också individer som inte hade lika lång tid i offentlig försörjning sedan tidigare. Många individer är fortsatt föremål för rehabiliteringssamverkan.

Fördelarna med upplevelsen av modellen är många, citat från intervjuer ”-*genom träffarna undviker man korridorsnack, det är stimulerande att jobba tillsammans, samarbetet har blivit bättre, bättre kommunikation mellan yrkeskategorierna, träffarna underlättar arbete och har en viktig funktion att fylla, det är lättare att lyfta upp personer som verkligen behöver hjälp, bra med ett naturligt forum, ökad förståelse vad andra yrkeskategorier gör, lära känna varandra och träffas ansikte mot ansikte*”. Nackdelar eller orosmoment har varit sekretessrelaterade, att mötena ibland känts forcerade och att det varit för lång tid mellan mötena.

Med facit i hand framkommer att upplevelsen av modellen och strukturen är bra men vad det resulterat i för individerna är oklart. Något effektmål för antal individers förflyttning från offentlig till egen försörjning har saknats och är därför heller egentligen inte relevant. För att

modellen skall bli effektiv på ett bredare plan, både till gagn för deltagande aktörer, som känner sig stöttade i sitt arbete men också för mer faktiska resultat; att individer lämnar offentlig försörjning och går ut i egen försörjning så gör vi sammanfattningsvis den bedömningen att modellen gör sig bäst i förhållande till individer som riskerar risk för långvarig bortovaro snarare än har varit borta mycket länge.

## **1. INLEDNING**

### **1.1 BAKGRUND**

Jämtlands län har Sveriges högsta sjuktal och sjuktalen i riket ökar likaväl som i vårt län. En starkt bidragande orsak till detta är att i Jämtland blir sjukfallen överlag ofta längre än på andra håll i riket. Närmare 60 % av pågående sjukfall i Jämtlands län är över 180 dagar och det är den högsta procentsatsen i riket.

Den höga sjukfrånvaron medför stora konsekvenser både för individ och samhälle. Det har visat sig att viktiga faktorer för att förebygga och minska sjukfrånvaro är tidiga insatser och nära samverkan med individen och inblandade parter. I bland annat Västerbotten och Sörmland har man utvecklat en metod för ökad samverkan med fokus på tidiga insatser och samverkan. Medverkande parter i detta projekt har sett ett behov av att utveckla motsvarande arbetssätt i vårt län. Vi har sett att det finns goda erfarenheter av att samarbeta i utökade multidisciplinära team kring individer. Personal från hälsocentral utökas då med handläggare från Arbetsförmedling, Försäkringskassa och socialtjänst.

Vi har också sett att det finns ett behov av att utveckla samverkan mellan vården och arbetsgivare för att möjligen kunna förkorta sjukskrivningar eller inte sjukskriva alls i vissa fall. Vid tidig samverkan med arbetsgivare kan också i vissa fall uppmärksammas möjligheter till partiell istället för hel sjukskrivning.

Projektets uppdrag var att – med Krokoms Hälsocentral som pilot – utveckla rutiner och metoder för att genomföra gemensamma samverkansmöten, så kallade STR-möten, men också utveckla rutiner för hur och vilka ärenden som skulle tas upp och vilken dokumentation som skall användas. Projektet skulle också arbeta för att hitta snabba och förenklade kommunikationsvägar och samarbetsmöjligheter med arbetsgivare, i detta fall har vi satsat på kommunens största arbetsgivare som är Krokoms kommun.

Samjamt (Samordningsförbundet i Jämtland) valde att gå in och stötta projektet både finansiellt och med stöd av förbundschef och biträdande förbundschef.

### **1.2 SYFTE**

Övergripande syfte med projektet var att - i likhet med modeller som prövats i Västerbotten och Sörmland – utveckla rutiner och struktur för en samverkansmodell inom vården i hela länet. Tanken var att det skulle vara ett utvecklingsarbete i flera steg där Krokoms hälsocentral var det första steget.

### **1.3 MÅL**

Påbörja utveckling av länsövergripande modell för samordnad tidig rehabilitering genom att:

- ✓ förenkla och förbättra rutiner för tidigare och mer samordnade insatser för individen,
- ✓ bidra till att enhetlig information ska ge känsla av sammanhang och tillhörighet,
- ✓ stärka samverkan mellan aktörerna,
- ✓ bidra till att tillgång till multidisciplinära team förbättras och genom detta att individen tidigare skall ha tillgång till en bred bedömning

#### **Effektmål**

- Ett samverkansmöte per månad
- 50 antal individer i projektet under projekttiden
- samverkansöverenskommelse med arbetsgivaren Krokoms kommun

#### **1.4 MÅLGRUPP**

- Individer som vid tidig kartläggning hos någon av aktörerna bedöms ligga i riskzon för längre sjukskrivning,
- Redan långtidssjukskrivna individer där samordnade insatser behövs för att personen skall komma åter i arbete.

## **2. SAMVERKAN**

Samverkan har skett mellan Samjamt, de inblandade aktörerna samt också Krokoms kommun som arbetsgivare både genom handläggarmöten, styrgruppsmöten och kontakter och överenskommelser med arbetsgivaren Krokoms kommun.

Själva syftet i projektet är att utveckla samverkan varför det varit den röda tråden i hela projektet. Vi har förutom de månatliga STR-mötena där gruppen träffats och diskuterat patienter/kunder också samverkat på handläggarnivå. Vi har träffats vid några tillfällen för att gå igenom rutiner och planera för STR-möten men också genomfört intervjuer med alla inblandade parter. Intervjuerna har genomförts med i stort sett all involverad personal på hälsocentralen men också med handläggare på Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialtjänsten. Vi har även samverkat på styrgruppsmöten.

Vi har informerat om projektet på alla berörda arbetsplatser och också informerat på Föllinge Hälsocentral om samverkansmetoden.

Några ord om samverkan ur intervjuerna som mer i sin helhet beskrivs under metod.

- Stimulerande att arbeta tillsammans i team och ha någon att diskutera med
- Bra med ett naturligt forum med de olika handläggarna
- Positivt att lära känna de andra yrkesgrupperna
- Ökad förståelse för vad andra yrkeskategorier gör
- Övrigas kompetens blir mer synlig
- Bättre kommunikation mellan läkare och övriga yrkeskategorier

## 2.1 FRAMGÅNGSFAKTORER - SAMVERKAN

- Ömsesidigt lärande generellt
- Positivt för alla att ta del av varandras olika yrkeskompetens vid ärendediskussioner
- Större möjligheter till stöd till individerna av rätt aktör vid rätt tillfälle
- Stimulerande att arbeta i team
- Ökad förståelse för varandras uppdrag
- Bättre kommunikation inom Hälsocentralens multidisciplinära team

## 2.2 FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN

- Utveckla samverkan i Hälsocentralens multidisciplinära team med möjlighet för kunder/patienter till snabbare tider hos övriga i teamet; till exempel läkare träffar patient och ser att tid hos PSE behövs, då önskvärt om det finns tillgängliga jourtider för möjlighet till snabb samverkan där det behövs.
- Läkare kan tidigare ge signaler till rehabkoordinator om teamsamarbete när det bedöms föreligga risk för lång sjukskrivning.
- Bättre rutiner för snabbare uppföljning, vad har gjorts, av vem, nästa steg. Idag kan det uppfattas som oklart vem som har "bollen".
- Tydliggöra what's in it for me? Bättre förståelse bland respektive aktör vilka enskilda vinster som kan födas ur samverkan.
- Ökad tydlighet kring vilka ärenden som gagnas av samverkan
- Tydligare kommunikation inom hälsocentralen (överrapportering) mellan olika läkare.
- Mer tid till samverkan, gärna oftare för att inte ärenden ska bli liggande och vänta för länge.
- Att alla är väl förberedda inför ett samverkanmöte så att det ger effekt.
- Nödvändigt att gruppen är så homogen som möjligt och inte har för många deltagare och att inte nya deltagare regelbundet tillkommer till gruppen
- Tidigare kontakter med arbetsgivare

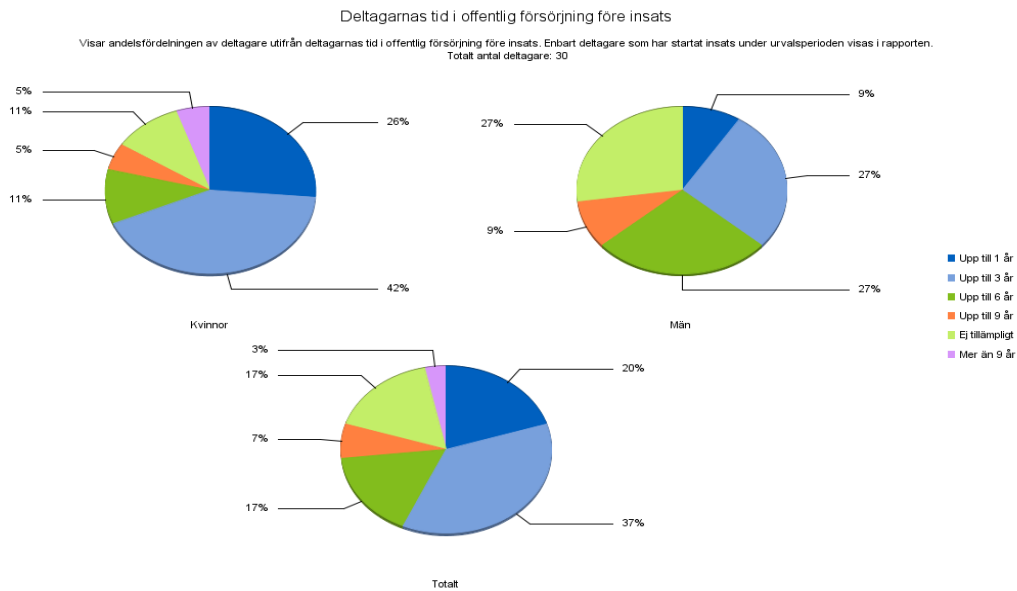
## 3. DELTAGARNA – INDIVIDÄRENDEN

Under projekttiden har ca 75 ärenden tagits upp. Av dessa var 65 % kvinnor och 35 % män. Sjukskrivningsorsaker var i hög grad M och F-diagnoser och medelåldern hos individerna var drygt 50 år. I princip de allra flesta hade varit i offentlig försörjning under mycket lång tid och tillhörde således delmålgruppen "redan långtidssjukskrivna individer där samordnade insatser behövs för att personen skall komma åter i arbete". Med hänsyn till att vissa individer återkommit är siffran inte exakt.

I projektets natur ligger i att deltagarna inte direkt är medvetna om att de är med i ett projekt förutom att de självfallet har lämnat sitt medgivande. Detta utifrån att projektets syfte är att förbättra samverkansrutiner och att det inte varit möjligt att mäta ett före och efter för individerna.

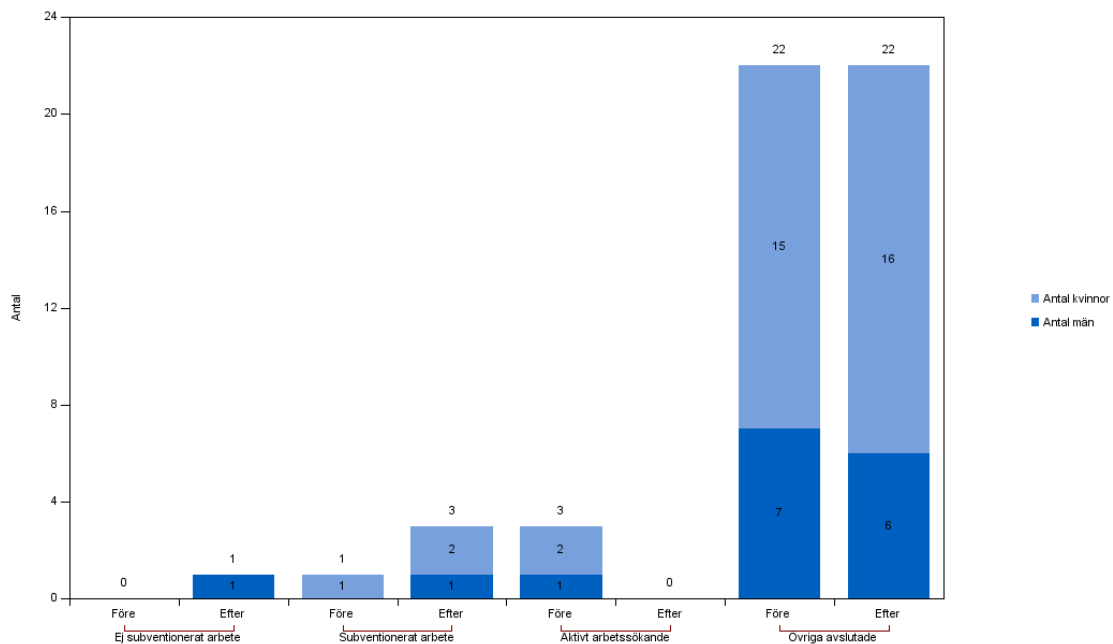
#### 4 STATISTIK – SUS – SYSTEMET FÖR UPPFÖLJNING AV SAMVERKANSINSATSER

30 deltagare har lämnat medgivande för SUS-registrering och ca 45 stycken har inte lämnat medgivande till SUS-registrering varför dessa har registrerats helt anonymt.



### Deltagarnas sysselsättning före och efter insats

Visar deltagarnas sysselsättningar före och efter insats. Resultatet visas aggregerat för hela urvalsperioden. Observera att aktivt arbetssökande också kan arbeta eller studera och därför kan återfinnas i flera staplar. Enbart deltagare som har avslutat insats under urvalsperioden ingår i urvalet.  
Totalt antal deltagare: 26, antal kvinnor: 18, antal män: 8



## Reflektioner

- Nästan dubbelt så många kvinnor som män
- 47 % var i åldrarna 45-59 år
- Lång tid i offentlig försörjning både innan och efter insatsen
- 4 som arbetar eller studerar i ökad omfattning efter insatsen
- Merparten av ärenden som togs upp var redan långtidssjukskrivna/personer med lång tid i offentlig försörjning

## 5. ORGANISATION FÖR INSATSEN

### 5.1 Styrgrupp

Styrgrupp har bestått av chefer från respektive medverkande organisation. Vid tillfället för projektets bildande fanns ingen tillgänglig chef från Hälsocentralen. Vid uppstart bestod styrgruppen därför av följande personer;

Ordförande: Lars Eriksson, Region Jämtland Härjedalen

Ledamöter: enhets- och verksamhetscheferna Johan Bogfors, Försäkringskassan, Anders Söderman, Arbetsförmedlingen och Helena Westin, Individ- och familjeomsorgen, Krokoms kommun.

Adjungerade: projektledare Gisela Wik

Åke Rönnberg, förbundschef Samordningsförbundet i Jämtland



Med tid tillkom som adjungerad ledamot verksamhetschef Tomas Karlsson, Krokoms Hälsocentral

Under projekttiden avslutade både Anders Söderman och Helena Westin sina tjänster och vid sista styrgruppsmötet deltog nya cheferna Matz Norrman, Individ- och familjeomsorgen, Krokoms kommun samt Kjell Bergsten, Arbetsförmedlingen, Krokoms.

## 5.2 Personal

Projektledare med 25 % tjänstgöring är Gisela Wik, Försäkringskassan och projektsamordnare med 40 % tjänstgöring är Gun-Marie Jonsson, Krokoms Hälsocentral.

Projektgrupp är handläggare på socialtjänsten, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt multidisciplinära teamet på hälsocentralen. Rehabkoordinator är mötesledare och sammankallande vid STR-träffarna.

## 5.3 Uppmärksammade brister i organisation

Något som är svårt att påverka men som likväl är hindrande i genomförande av samverkansprojekt är flera chefsbyten och delvis lågt engagemang. Det har sällan varit fullt deltagande vid styrgruppssträffarna.

När det gäller projektgrupp så bör den inte vara så omfattande. Att föredra vore en deltagare från varje organisation förutom från Hälsocentralen där flera yrkeskategorier ingår. Detta för att undvika att "börja om" när det gäller gruppdynamik och lärande kring varandras organisationer, rimliga förväntningar och förutsättningar för STR-möten.

I organisationen har också saknats sakkunnig läkare som kan ha en övergripande syn från läkarhåll vid de tillfällen då ansvariga läkare inte kan delta.

Projektledare eller processledare i den här typen av projekt/aktivitet bör vara starkare förankrad i hemmaorganisationen och ha ett naturligt mandat på platsen där projektet skall genomföras för att få och ha en tydligare roll i förhållande till alla yrkesgrupper på hälsocentralen.

## 6.GENOMFÖRANDE/METOD

För att förstå och få fram förväntningar av projektgruppens medlemmar har intervjuer genomförts med så gott som samtliga inblandade, personal vid Hälsocentralen, handläggare vid de olika myndigheterna samt också styrgruppens ledamöter, [Bilaga 1](#)

Rutiner har tagits fram med ett enkelt frågeformulär som distriktssköterskorna vid Hälsocentralen haft att fylla i vid samtal med patienter. Distriktssköterskorna är ofta den yrkesgrupp som har den allra tidigaste kontakten med patienterna, oftast via telefon. Om distriktssköterskan bedömt vid samtalet att personen skulle gagnas av att aktualiseras vid Hälsocentralens multidisciplinära team har samtycke inhämtats och formuläret lämnats till rehabiliteringskoordinatoren för att tas upp i multidisciplinära teamet, [Bilaga 2](#)

Rutiner och dokumentation har tagits fram för hur, när och vilka ärenden som kan tas upp vid STR-möte; samtycke, checklista, schema, rutinbeskrivning inklusive dokumentation, [Bilaga 3](#)

Rehabkoordinator tillsammans med patienter som skall ingå i rehabteam har fyllt i enkät NRS light. NRS light är ett frågeformulär i flera delar där patient som skall ingå i multimodalt team svarar på olika frågor. Formuläret är omfattande och innehåller frågor om smärta, sociala förhållanden, funktion, sömn, psykisk mående m m.

### **6.1 Uppmärksammade brister och fördelar med metod**

Vi har använt oss av för många blanketter, checklistan som aktörerna haft att fylla i vid anmälan av ärende är onödig, vi upplever att anmäla ärende på enklaste sätt; via mail eller telefon är bäst. I övrigt har vi upplevt att det varit efterfrågat med den struktur som vi har kommit fram till.

När det gäller NRS-light har vi kommit fram till att enkäten är allt för omfattande och det har varit få som fyllt i den och vi har därför inga direkta resultat.

När det gäller uppföljning av de inledande intervjuerna så bedömer vi att det är på längre sikt som uppföljning bör göras när metoden har satt sig och utvecklats med tiden.

Distriktssköterskornas frågeformulär är enkelt och lätt att fylla i och leder till att tidiga ärenden kan fångas upp.

Att fastställa och nöta in strukturer i övrigt för mötesformen har lett till bättre och mer effektiva möten.

## **7. AKTIVITETER**

Uppstartsdag den 17 september 2014 har genomförts med inspiration från företrädare för samarbetet i Sörmlands län, det så kallade TRIS-projektet och i samverkan med Samjamt.

20 STR-möten med en månads mellanrum och var fjortonde dag möte i multidisciplinärt team på Hälsocentral

Träffar har genomförts med hela projektgruppen och projektledningen har gjort flera arbetsplatsbesök med information om rutiner och dokumentation.

Samarbetsträffar har genomförts med arbetsgivaren Krokoms kommun och rutiner har tagits fram för att utveckla snabbare och mer effektiva kontaktvägar, [Bilaga 4](#)

Projektledningen har gjort studiebesök vid Änge Hälsocentral som har ett väl fungerande samverkansarbete.

Projektledningen har gjort studiebesök vid vårdcentralerna i Malmköping och Skiftinge i Sörmland som har arbetat enligt TRIS-modellen sedan början av 2000-talet, [Bilaga 5](#)

Projektledningen har presenterat projektet på Försäkringskassan, Socialtjänsten, Hälsocentralen i Föllinge samt för övrig personal på Hälsocentralen i Krokoms.

Halvtidsspridningsseminarium genomfördes i Hörsalen, Östersunds sjukhus, den 29 maj 2015. Seminariet spelades in och möjlighet att ta del av seminariet via inspelning finns här <http://www.regionjh.se/str>.

Slutseminarium skall genomföras den 13 juni 2016 i Kyrkans lokaler i Krokoms där ca 50 berörda är inbjudna.

7 styrgruppsmöten har hållits under projektets gång

## **8. BUDGET**

Samordningsförbundet har finansierat projektet med totalt ca 668.575 kronor. Merparten avser löner till projektledare och samordnare på 25 respektive 40 % men också för handläggare till viss del. Till studiebesök och utbildningsinsatser fanns avsatt sammanlagt 40.000 kronor.

## **9. SAMARBETE MED EXTERN – MAGISTERUPPSATS UTFÖRD PÅ HÄLSOCENTRALEN UNDER PROJEKTTIDEN**

Under projekttiden men inte i egentlig mening inom projektet har Marit Nääs, Region Jämtland Härjedalen, gjort en processkartläggning som magisteruppsats vid Krokoms Hälsocentral. Projektledningen har varit henne behjälplig i idé, provintervju och framtagande av informanter. Syftet med hennes arbete var att kartlägga vårdprocess för sjukskrivningar på vårdcentral. I arbetet har hon intervjuat 7 personer vid hälsocentralen i Krokoms; läkare, sjukgymnast/fysioterapeut, rehabiliteringskoordinator, personal från psykosociala enheten PSE. Vi har tagit del av rapporten både skriftligen och genom en redovisning och kan konstatera att hennes slutsatser kring framgångsfaktorer för bättre hälsa och återgång i arbete stämmer väl överens med de förväntningar vi haft inför projektet över vad som skulle kunna vara framgångsfaktorer och också med de faktiska framgångsfaktorerna som vi kommit fram till under projekttiden både i STR men också utifrån vad vi tagit del av från vårt studiebesök i Sörmland. Marit kom fram till 12 kända framgångsfaktorer för bättre hälsa och återgång i arbete:

- Öka möjlighet till internt informationsutbyte
- Kommunikation med externa vårdgivare så att realistisk uppföljning säkras
- Plan tillsammans med patienten inför framtiden relaterat till arbetsuppgifter
- Riktlinjer för hur läkaren ska tänka
- Hänvisa patienten tidigare till psykosociala enheten, sjukgymnast och multimodal rehabilitering
- Riktlinjer för i vilka fall patienten har behov av revideringar av planer
- Bättre på att öka möjligheten att snabbt kunna hänvisa till rätt resurs
- Få information om vilka förutsättningar som gäller enligt regelverken för att kunna integrera detta i behandlingen
- Bättre på att tidigt ge patienten information om sjukförsäkringssystemet
- Bättre på att samråda internt angående patienters förmågor och behov
- Tydliggöra när behov finns av fördjupad kontakt med arbetsgivare
- Föra in arbetsgivare tidigare i processen

Rapporten i sin helhet finns att tillgå via Region Jämtland Härjedalen.

## 10. SLUTSATSER

De allra flesta aktörer som har att göra med individer i utanförskap på grund av ohälsa drivs av ett mycket stort engagemang och en önskan att göra gott, att hjälpa. Det är inte alltid lätt att se på vilket sätt samverkan med andra gagnar individerna men det har funnits en stor vilja. Det har också varit diffust vilka ärenden som bäst skulle främjas av tidig samverkan och tidvis har det varit frustrerade diskussioner.

Övervägande del av de individer som tagits upp har varit personer som varit i offentlig försörjning på något sätt, under mycket lång tid, och det kan därför vara svårt att se positiva effekter i dagsläget för dessa individer utifrån att samverkan pågått under förhållandevis kort tid i förhållande till individernas långvariga frånvaro från arbetsmarknaden. Vad vi kan se är att individer som inte haft lika långvarig eller mångfacetterad problematik lättare gagnas av den här samverkansformen, med det menar vi att det finns en mer positiv förväntan vid samverkansmötet att det verkligen finns lämpliga alternativ för insatser, till exempel det skulle kunna fungera med en arbetsträning, en ny behandling kan prövas etc vid STR-mötena då många individärenden upplevts som i princip omöjliga att komma vidare i.

Därför tror vi att just den här samverkansformen skulle gagnas och ge bäst resultat om de ärenden som tas upp är individer som **riskerar** långvarig frånvaro från arbetslivet och mer är i ett inledande skede än personer som varit borta under mycket lång tid. Alltså att fokusera på tidig kartläggning och personer som är i riskzon för långvarig sjukskrivning.

För framtida samverkansinsatser av det här slaget tror vi att det är viktigt att samverkansgruppen innan individärenden börjar tas upp får möjlighet att jobba ihop sig, vara klara över vilka förväntningar man kan ha på varandra och också samlas kring vad som är möjligt att uppnå i samverkan med hänsyn till de olika regelverk som respektive aktör har att rätta sig efter.

Vi tror också att det är viktigt för en samverkansgrupp att få se påtagliga resultat av samverkansarbetet och därför tror vi att en avgränsning av vilka individer som tas upp skulle kunna vara bra. Detta för att lättare kunna följa upp vad som har hänt och vad de olika insatserna har lett till. Den här diskussionen förelåg också vid de vårdcentraler i Sörmland som vi besökt, att begränsa urvalet av individärenden i den här samverkansformen till att gälla exempelvis kvinnor med F- (psykiska) och M- (sjukdomar i rörelseorganen) -diagnoser som är den största gruppen sjukskrivna i dag.

Efter vårt studiebesök i Sörmland där man fått möjlighet att utverka samverkansformen under mer än femton års tid har vi förstått att tidig kartläggning, god kompetens om varandras regelverk och homogen grupp sammansättning är av stor vikt.

Något som vi upplever som mycket viktigt är att samverkansaktiviteten är prioriterad och har ett stort stöd från chefer i respektive medverkande organisation vilket i sin tur ger signaler till berörd personal att detta är en viktig del i arbetet.

Styrgruppsrepresentanter från både Försäkringskassan, Johan Bogfors, och socialtjänsten, Matz Norrman, har uttryckt att deras handläggare tycker att STR är ett bra, effektivt och snabbt forum för att få samverka att flyta på, det är ett tydligt sätt att få fram vad som behöver göras och vem som skall utföra. Samtidigt upplever handläggarna att de hunnit med för få ärenden, det är för forcerat och att det periodvis är andra problem och funderingar mellan organisationerna som tas upp istället för dem som mötesformen syftar till.

## **10. FRAMTID OCH REKOMMENDATIONER**

Enligt uppgifter från Thomas Karlsson, verksamhetschef vid Hälsocentralen i Krokoms och rehabiliteringskoordinator Elisabeth Landegren Eriksson har de påbörjat arbete med uttag av tidig statistik och utveckling av datasystem för att till exempel lägga in en notering om vårdplanering i varje individärende. Elisabeth har berättat att dessa åtgärder i datasystemet Cosmic förväntas fungera inom kort. Det har också börjats regelbundna informationsmöten med distriktssköterskor. Elisabeth Landegren Eriksson har också berättat att efter överenskommelsen med Krokoms kommun har endast enstaka arbetsgivare hört av sig men hon har ändå förhoppningar att det framåt skall förbättras. De har också beslutat sig för att fortsätta mötesformen men har beskrivit – i likhet med också våra slutsatser – att de sannolikt kommer att rikta in sig på vissa diagnoser.

Både Johan Bogfors, enhetschef på Försäkringskassan och Matz Norrman, IFO-chef, är av uppfattningen att det är en viktig och bra samverkansform och att man fortsatt vill utveckla samverkansformen STR samtidigt som Johan berättar att man på Försäkringskassan också är i startfas för att ytterligare utveckla samverkan inom primärvården i hela länet.

### **Samverkansgrupp**

-En samverkansgrupp bör vara en namngiven homogen grupp som innan individärenden tas upp bör få erforderlig tid på sig att komma ihop som en grupp med samma målbild trots att de kommer från olika aktörer.

- säkerställ att det finns grundläggande kompetens om varandras organisationer/regelverk och roll/uppdrag. Gå tidigt igenom eventuella skav gentemot varandra. Överenskommelse om rimliga förväntningar

- gruppen bör ha ett gott stöd av respektive ledning och mötesledaren bör ha ett från ledningen tydligt stöd i förhållande till alla yrkesgrupper som deltar på mötet.

### **Individärenden**

Individärenden som tas upp bör i möjligaste mån vara personer som bedöms ligga i riskzon för längre sjukskrivning/offentlig försörjning framför individer som varit frånvarande från arbete/samhället mycket längre tid. Vi tror dessa individer gagnas mer i annan form av samverkan.

- Vi föreslår att statistikuttag görs på vårdcentral/klinik för att tidigt genom till exempel vårdplaneringsmöte med en sakkunnig läkare göra bedömning om en person löper risk för långvarig sjukskrivning. Säkerställ på vårdplanering vilka ärenden som gagnas bäst internt eller som skulle gagnas av samverkan.
- Vi föreslår att övriga aktörer också kartlägger "riskärenden" på samma sätt som ovan.

### **Glöm inte distriktssköterskorna**

Distriktssköterskorna har en mycket viktig och tidig funktion som ofta är dem som först talar med patienterna.

### **Teknik**

Deltagare på mötet bör vara direktuppkopplade till sina respektive hemorganisationers datasystem. Journalföring går snabbt, kontroll av olika uppgifter görs vid sittande möte, uppföljningar kan läggas upp som bevakningar.

- Mötesdokumentation underlättas om kundens vårdplanering (utdrag ur journal) kan visas under mötet, lätt att se vad som sist planerades, vad som pågår och vad som kan vara nästa steg.

### **Mötesfrekvens**

Om mötena sker oftare, till exempel var fjortonde dag så kan fler ärenden gås igenom och onödiga väntetider kan undvikas. Upplevelse av handläggare att ärenden forceras skulle kunna undvikas.

### **Jourtider**

Där läkare tidigt konstaterar att patienten behöver träffa annan kompetens på hälsocentralen bör jourtider finnas så att onödiga dröjsmål för att komma igång med behandling kan undvikas.

### **Säkerställ att det är rätt ärenden och var förberedd**

Varje deltagare bör innan tänka igenom om forumet är rätt för just den här individen. Är det möjligt att samverka och finns positiva förväntningar på samverkan? Tänk igenom frågeställning innan mötet.

### **Använd mötestiden**

Mötestiden skall vikas för samverkansärenden och genom att gruppen är homogen så går ingen tid åt till presentation, förklaringar vad samverkansformen skall göra och så vidare utan tiden används till rätt saker.

## Kontakt med arbetsgivare

Involvera tidig kontakt med arbetsgivare. Av erfarenhet förefaller det vara av stor vikt vad läkaren bedömer så en tidig kontakt mellan behandlande läkare och arbetsgivare skulle gagna samverkan då det kan finnas möjligheter hos en arbetsgivare som inte tas hänsyn till eller ställning till.

## Medverkan av läkare

Då den medicinska bedömningen är av stor vikt för att kunna planera rätt sak för individ skulle en sakkunnig läkares deltagande vid mötena vara av stor vikt, särskilt de gånger behandlande läkare inte har möjlighet att delta.

## 11. Slutord av Åke Rönnberg, Samjamt

*Projekt STR i Krokoms har utvecklat mötet på ett mer strukturerat sätt. I projektform har man fått god tid (via Samordningsförbundets finansiering och processtöd) att pröva sig fram med ett arbetssätt som lokalt anpassats till verksamheten. Via bl a studiebesök har kunskap inhämtats från andra aktörer och tagits hem för att tillämpas lokalt.*

*Projektledare, samordnare samt involverad personal på Krokoms Hälsocentral, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Krokoms kommun har i samverkan utvecklat en modell för vården i hela länet samt gjort detta på ett förtjänstfullt sätt.*

*En del av Samordningsförbundets uppdrag är att sprida goda erfarenheter och lärande i länet och förhoppningen är att STR nu lever vidare och blir ett bra arbetssätt att i samverkan gagna individ och samhällsekonomi.*

Krokoms och Östersund den 30 maj 2016

Gisela Wik

Projektledare STR Krokoms

