



UPPSALA
UNIVERSITET

Dnr PUBCARE 2022/171



REKO vid Ortopedmottagningen

Införande av rehabiliteringskoordinator
vid Ortopedmottagningen vid
Akademiska sjukhuset i Uppsala

Slutrapport, våren 2022

Erik Berglund, Forskare
Ingrid Anderzén, Docent

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap,
Uppsala Universitet



UPPSALA
UNIVERSITET

Författarna till denna rapport vill tacka alla som på olika sätt medverkat i projektet ”Införande av rehabiliteringskoordinator vid Ortopedmottagningen vid Akademiska sjukhuset”. Tack alla patienter som deltagit i projektet för att ni avsatt tid till att svara på frågor och gett oss information. Vi vill även tacka Region Uppsala, Akademiska sjukhuset och Samordningsförbundet som bidragit till att projektet kunna genomföras. Förhoppningen är att resultaten kan utgöra ett underlag för vidare arbete med att utveckla rehabiliteringskoordinatorns funktion inom regionen för att stödja och underlätta för individer att återgå i arbete efter sjukskrivning.

Uppsala, våren 2022

Författarna

Innehållsförteckning

1. Inledning	5
1.1 Bakgrund	5
1.2 Projektets syfte och frågeställningar	7
2. Projektbeskrivning och utvärderingsmetod	8
2.1 Metodbeskrivning	8
2.1.1 Verksamhetsbeskrivning	8
2.1.2 Studiepopulation	8
2.1.3 REKO-intervention	10
2.1.4 Kontrollgrupp	11
2.2 Datainsamling och dataanalys	11
2.2.1 Variabler	11
2.2.2 Statistiska analyser	13
2.3 Etiska aspekter	13
3. Resultat	14
3.1 Baslinje	14
3.1.1 Sjukskrivningslängd och sjukskrivningsdiagnos/orsak till sjukskrivning	15
3.1.2 Motivation till återgång i arbete	16
3.1.3 Försörjningsform vid baslinjen	16
3.1.4 Självskattad hälsa och funktionsförmåga vid baslinjen	17
3.2 Resultat vid uppföljning efter sex månader	18
3.2.1 Sjukskrivning vid uppföljningen	18
3.2.2 Försörjningsform vid uppföljningen	18
3.2.3 Självskattade hälsomått vid uppföljningen	20
3.2.4 Grafisk presentation av resultat från baslinjen och uppföljningen	20
3.3 Interventionsdeltagarnas upplevelse av mötet med REKO	23
3.3.1 Patienternas möten med REKO	23
3.4 Patienternas fritextsvar i enkäterna	24
3.4.1 Patienternas fritextsvar i baslinjeenkäts öppna fråga	24
3.4.2 Patienternas fritextsvar i uppföljningsenkäts öppna fråga	24
4. REKO vid Handkirurgmottagningen	26
5. Diskussion	27
5.1 Styrkor och svagheter med utvärderingen	28
5.2 Förslag till framtida forskning	28
5.3 Slutsatser	28

Referenser	30
-------------------	-----------

Bilaga 1. Intervju med REKO om projektet	32
---	-----------

1. Inledning

Kapitlet introducerar bakgrunden till rehabiliteringskoordinering inom den svenska hälso- och sjukvården, samt projektets syfte och frågeställningar.

1.1 Bakgrund

Över tid har sjukskrivningstalen i Sverige varierat [1]. Åren 2016 till 2019 minskade antal mottagare av sjukpenning något, för att återigen öka under Covid-19 pandemins början år 2020. Därefter minskade antalet mottagare av sjukpenning igen och år 2021 var drygt 620 000 personer någon gång sjukskrivna med sjukpenning från Försäkringskassan [2].

Sjukskrivning kan vara nödvändigt för att återställa individens hälsa och arbetsförmåga, samtidigt kan längre sjukskrivningsperioder vara kontraproduktiva för möjligheten att kvarstanna på arbetsmarknaden, samt för individens inkomst- och hälsoutveckling [3, 4]. De flesta sjukskrivningsperioder är korta, men risken för längre sjukskrivningar ökar med bland annat stigande ålder, vissa diagnostyper, höga arbetskrav och funktionsbegränsningar [5].

Återgång i arbete, särskilt efter längre sjukskrivningsperioder, kan vara en komplex process där många faktorer utöver det medicinska tillståndet påverkar individens arbetsförmåga. Förutom psykiska-, fysiska-, känslomässiga- och sociala faktorer hos individen har även omgivande system (hälso- och sjukvårdssystemet, sjukförsäkringssystemet, arbetslöshetssystemet samt arbetsplatsen) betydelse för individens hälsa och arbetsförmåga [6]. Dessa aktörer och system har sina egna ansvarsområden [7], och kan ha sina egna mål med sina insatser [8]. Då arbetsförmågan kan uppfattas olika bland involverade aktörer kan detta medföra motsättningar dem emellan med risk för att individen ”faller mellan stolarna” [9]. För att nå ett positivt utfall avseende individens hälsa och arbetsåtergång förutsätts att det finns ett fungerande samarbete mellan individen och de olika aktörerna [7]. En utmaning inom rehabiliteringsområdet är att bibehålla en persons arbetsförmåga på en nivå som gör det möjligt att arbeta i någon grad, trots sjukdom eller nedsatt funktion [8]. I detta avseende har medverkan från arbetsgivaren samt arbetsplatsens stöd visat sig vara av betydelse [10]. Även kontakten mellan vården och arbetsgivaren har betydelse för individens arbetsåtergång liksom involvering av en person som för arbetsgivaren koordinerar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen [11].

Sedan 2006 har regionerna (dåvarande landstingen) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) utvecklat en funktion som är särskilt inriktad på att främja samarbetet mellan olika aktörer genom en övergripande koordinering av rehabiliteringsprocessen. Den nya funktionen, rehabiliteringskoordinator (REKO), har till uppdrag är att stödja patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att koordinera olika insatser

så att de blir så effektiva som möjligt. Över tid har rehabiliteringskoordinators funktion utvecklats och det nuvarande uppdraget består huvudsakligen av att [12]:

- Kartlägga rehabiliteringsbehov och (i samarbete med andra aktörer/professioner) bidra till en plan för återgång i arbete.
- Internt koordinera insatser inom den egna vårdenheten samt samverka med andra rehabiliterings- och vårdenheter.
- Ge individanpassat stöd till patienter genom att bl. a. bekräfta, utmana, inspirera och motivera patienten till att hitta egna lösningar.
- Utgöra ett stöd och/eller kontaktperson i kontakt med externa aktörer såsom arbetsgivare, företagshälsovård, Arbetsförmedling, Försäkringskassa och kommunen.

Prioriterade målgrupper för koordineringsinsatser har främst varit patienter med psykisk ohälsa och muskuloskeletal ohälsa, dvs F och M diagnoser [9]. Dessa diagnoser utgör de vanligaste orsakerna till sjukskrivning i Sverige, av vilka psykisk ohälsa är den som dominerar med ökningen över tid [10]. Inom hälso- och sjukvården har läkare inom ortopedi en hög andel sjukskrivningsärenden [13].

Den 1 februari 2020 infördes en ny lag om koordineringsinsatser i Sverige [14]. Lagen innebär att regionerna ska erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter som har behov av stöd för att kunna återgå till, eller inträda i, arbetslivet. SKRs metodbok för REKOs ger praktisk vägledning avseende rehabiliteringskoordinators arbetssätt men regionerna kan själva besluta vad de kan och bör erbjuda enskilda patienter, varpå innehållet i REKO-uppdraget kan skilja sig åt mellan olika verksamheter och regioner [12].

Funktionen för koordinering liknande den som finns i Sverige verkar sakna en direkt motsvarighet i andra länder. Internationella studier visar att interventioner med return to work (RTW) -koordinatorer (närmsta internationella term, som där ofta förekommer på företag eller försäkringsbolag) har en positiv effekt på återgång i arbete [15-17]. Det finns även studier som inte visar på någon effekt, alternativt negativ effekt av insatser med rehabiliteringskoordinering [18, 19].

Det finns få svenska studier avseende rehabiliteringskoordinering med patientutfall. En utvärdering genomförd inom primärvård visade att patienter med psykisk ohälsa eller muskuloskeletal ohälsa som fick stöd av en rehabiliteringskoordinator hade lägre sjukskrivningsgrad, jämfört med en kontrollgrupp utan rehabiliteringskoordinator [20]. För patienter med en kombination av dessa diagnoser var resultaten dock svagare. Tillgången till en rehabiliteringskoordinator har även visat sig kunna minska patienters stress kring sin situation samt bidra till ökad delaktighet i rehabiliteringsprocessen och

funktionen anses även underlätta kontakten mellan Försäkringskassan och sjukskrivande läkare samt samverkan med andra aktörer utanför vården [21]. Sammantaget är forskningen om rehabiliteringskoordinering ännu begränsad och behöver utvecklas.

Rehabiliteringskoordinatorernas arbetssätt har utvecklats och utvärderats inom primärvården, men dess funktion inom ortopedi har inte effektutvärderats med avseende på minskad sjukskrivning och återgång till/påbörjan av arbete eller studier. Att erbjuda sjukskrivna patienter som behandlas på en ortopedisk mottagning stöd av en REKO som arbetar enligt SKR:s metodbeskrivning kan vara ett sätt att öka möjligheterna för att återgå i/påbörja arbete eller studier.

1.2 Projektets syfte och frågeställningar

Det huvudsakliga syftet med föreliggande projekt var att undersöka om införande av en REKO inom ortopedi har effekt på sjukskrivning, återgång i/påbörjan av arbete eller studier för sjukskrivna patienter. Ett delsyfte med projektet var att undersöka effekter på hälsovariabler och funktionsförmåga. Ett sekundärt syfte har varit att undersöka hur patienterna upplevde mötet med och stödet av en REKO. Studien bedrevs utifrån följande frågeställningar:

1. Vilken effekt har insatser från en rehabiliteringskoordinator på patienters sjukskrivning?
2. Vilken effekt har insatser från en rehabiliteringskoordinator på patienters återgång i/påbörjan av arbete eller studier?
3. Vilken effekt har insatser från en rehabiliteringskoordinator på patienters självskattade hälsa, smärta, funktionsförmåga, arbetsförmåga och self-efficacy?
4. Hur värderar patienterna mötet och stödet de erhållit från REKO under interventionen?

2. Projektbeskrivning och utvärderingsmetod

Föreliggande rapport beskriver en effektutvärdering som genomförts under perioden juni 2019 till november 2021 vid Ortopedmottagningen på Akademiska sjukhuset i Uppsala. För att undersöka REKO-interventionens användbarhet för patienter vid Handkirurgmottagningen, inkluderas även två patientfall vid denna mottagning. Dessa redovisas separat i kapitel 4 och ingår inte i övriga resultat.

Projektets REKO har via en intervju bistått med information kring arbetssättet i studien, som presenteras i bilaga 1.

2.1 Metodbeskrivning

En randomiserad kontrollerad studie genomfördes vid Ortopedmottagningen. Denna studiedesign möjliggör jämförelser mellan interventions- och kontrollgrupp och minimerar risken för slumpmässiga och systematiska fel (bias). Studien har varit longitudinell med baslinjemätning (enkät 1) vid inklusion och en uppföljande mätning sex månader efter inklusion (enkät 2).

2.1.1 Verksamhetsbeskrivning

På Ortopedmottagningen behandlas patienter med sjukdomar, skador och besvär i skelett och mjukdelar, till exempel ledförslitningar, frakturer och arm- och benbrott. Mottagningen är en specialistmottagning som har riks- och regionverksamhet med patienter från stora delar av Sverige. Mottagningen består av fem sektioner, protes-, rygg-, trauma-, fot- och skuldra-knä. Patienterna kommer via remiss från annan vårdgivare eller söker själv med egen vårdbegäran för bedömning, utredning och uppföljning eller för återbesök efter besök på akutmottagningen, alternativt efter en operation.

2.1.2 Studiepopulation

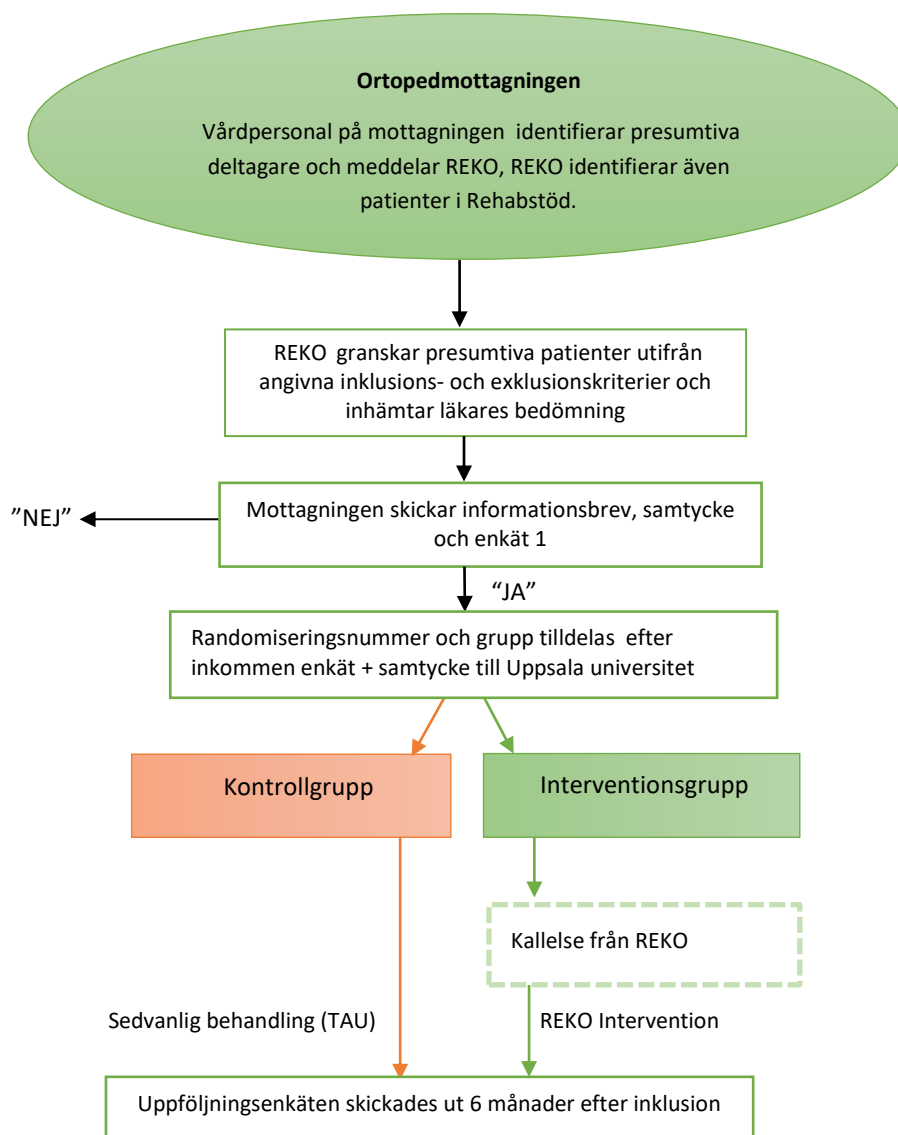
Patienter vid Ortopedmottagningen erbjöds deltagande om de uppfyllde följande inklusionskriterier:

- pågående sjukskrivning i minst tre veckor eller önskar/får en förlängd sjukskrivningsperiod, tex. pga. att de inte "tillfrisknat enligt plan" eller inte kan opereras
- ålder 18-64 år
- anställd

Följande exklusionskriterier tillämpades i projektet:

- uppenbara medicinska komplikationer till operation såsom sårinfektion, proteslossning eller liknande
- samsjuklighet/omfattande somatiska besvär (somatiskt multisjuk)
- hel sjukersättning
- arbetslös
- utomlänspatient

Rekryteringen av patienter (deltagare) till studien pågick från juni 2019 till april 2021, enligt flödesschemat i figur 1. Ortopedmottagningen skickade informationsbrev, baslinjeenkät och samtycke till patienter, vilka tillfrågades om att medverka i studien. När patienter som ville delta i studien inkommit till forskarna vid Uppsala universitet med skriftligt samtycke och besvarad enkät tilldelades de randomiseringsnummer och gruppstillhörighet. Under åren 2019-2020 tillämpades 70:30 randomisering (70 % av de inkluderade fördelades till interventionsgrupp och 30 % till kontrollgrupp), under år 2021 tillämpades 50:50 randomisering. Randomiseringen av patienter gjordes genom en på förhand upprättad randomiseringslista med slumpade nummer. Ansvarig forskare meddelade REKO om vilka patienter som fördelats till interventionen. Forskare vid Uppsala universitet följde upp deltagarna sex månader från inkludering med en andra enkät.



Figur 1. Flödesschema för studien. REKO=Rehabiliteringskoordinator. TAU= Treatment as usual

2.1.3 REKO-intervention

De patienter som inkluderas i interventionsgruppen erbjöds stöd av en rehabiliteringskoordinator. Rehabiliteringskoordinatören hade ett inledande kartläggningssamtal med patienten och bedömde vilka insatser som var aktuella för respektive patient, både vad gäller den direkta kontakten med patienten och samordning med övriga aktörer. En del i stödet till patienten innebar möten, upprättande av en rehabiliteringsplan, kontakt med interna aktörer inom vården, externa aktörer (med särskild tonvikt på arbetsgivare), samt uppföljningsmöten med patient. Alla insatser och kontakter genomfördes utifrån patientens behov och pågick som längst i ca. 6 månader.

Följande punkter utgjorde rehabiliteringskoordinatorns huvudsakliga uppdrag i projektet:

- Kartlägga rehabiliteringsbehov.
- Bidra till en plan för återgång i/påbörjan av arbete eller studier i dialog med läkare och andra medverkande aktörer samt ansvara för dokumentation och uppdatering av denna.
- Utgöra kontaktperson och ge individanpassat stöd till patienten genom koordinering och coachning med fokus på en varaktig arbetsåtergång.
- Stödja patienten i kontakt med arbetsgivare/Arbetsförmedling och när samtycke finns delge information som hälso- och sjukvården har och som kan underlätta arbetsgivarens/Arbetsförmedlingens arbetslivsinriktade rehabilitering.
- Utgöra kontaktperson i externa kontakter med Försäkringskassa, arbetsgivare, företagshälsovård, Arbetsförmedling och kommun.
- Utgöra samverkanspart med arbetsgivaren.

Rehabiliteringskoordinators intervention i projektet designades till att uppgå till maximalt nivå 6 i den steg som beskrivs av SKR avseende rehabiliteringskoordinators uppdrag [12].

2.1.4 Kontrollgrupp

Patienter som randomiseras till kontrollgrupp erhöll ordinarie vård vid mottagningen, utan tillgång till REKO vid Ortopedmottagningen.

2.2 Datainsamling och dataanalys

Patienterna fick besvara en enkät vid inklusion (baslinje) och en uppföljande enkät som skickades ut sex månader efter inklusion. Uppgift om sjukskrivningsdiagnos inhämtades via journaler.

2.2.1 Variabler

Vid baslinjen inhämtades information om demografi (ålder, kön, utbildning, yrke) via enkät och orsak till sjukskrivning/sjukskrivningsdiagnos inhämtades via journal. Enkäten innefattade även frågor om:

Motivation att återgå till arbete, mättes med svar utifrån följande påstående "Jag är motiverad att återgå till mitt nuvarande arbete". Fem svarsalternativ fanns, från "Stämmer inte alls" (1) till "Stämmer helt och hållet" (5), där en högre poäng indikerar högre motivation för att återgå till arbete.

Sjukskrivningsstatus, inhämtades med frågan: "Är du sjukskriven för tillfället?". Där svarsalternativen var: "Nej", "Nej, men under utredning för förlängning av sjukskrivning" och "Ja".

Försörjning/inkomstkälla, inhämtades med en övergripande fråga om nuvarande försörjningskälla/or, deltagarna fick sen lista andelar av total inkomst utifrån olika inkomstkällor: Lön (förvärvsarbete/eget företag), ersättning via A-kassa, sjukpenning, sjukersättning, föräldrapenning, ersättning från Arbetsförmedlingen (ex. aktivitetsstöd), ersättning från kommunen (ex. försörjningsstöd) och studiestöd/-ersättning.

Självskattad hälsa (SRH), mäter hur en individ bedömer sin hälsa, mättes med frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" på en skala från 1-5, där 5 står för "Mycket bra" och 1 "Mycket dåligt" [22].

Smärtnivå, mättes med den enskilda frågan, "Hur mycket smärta har du haft den senaste veckan", på en skala från "0" vilket innebär "ingen smärta", till "10" vilket innebär "svårast tänkbara smärta", en högre poäng indikerar en högre smärtnivå [23].

Arbetsförmåga, mättes med Work Ability Score (WAS), men den enskilda frågan "Vi antar att din arbetsförmåga, då den var som bäst, värderas med 10 poäng. Vilket poängtal skulle du ge din nuvarande arbetsförmåga?", där högre poäng indikerar en bättre arbetsförmåga [24].

Funktionsförmåga, bedömdes med hjälp av WHO:s formulär för World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) som består av 12 enskilda frågor [25]. WHODAS 2.0 delar in funktionstillstånd i sex livsdomän; Kognition – att förstå och kommunicera, Förflyttning – att röra och förflytta sig, Personlig vård – att sköta sin hygien, klä sig, äta och vara ensam, Relationer – att vara tillsammans med andra människor, Dagliga aktiviteter – aktiviteter relaterade till hushållet, på fritiden, arbetet eller i skolan och Delaktighet – att delta i aktiviteter tillsammans med andra och att vara delaktig i samhället. Varje enskild fråga i WHODAS har fem svarsalternativ från "Ingen/inget" (1) till "kan inte" (5). Skalan beräknades med en enkel summering, från 12 till 60, där en högre poäng indikerar mera problem än en lägre poäng.

Self-efficacy, dvs. tilltro till egen förmåga, mättes med The General Self-efficacy scale (GSE) . Medelvärde i GSE beräknades från 1 till 4, där en högre poäng indikerar högre upplevd self-efficacy [26].

Mötet med och stödet från REKO, interventionsgruppen besvarade ett antal frågor om sin kontakt med REKO och vilka insatser de fått. Åtta studiespecifika frågor användes för att mäta patienternas upplevda stöd från REKO. Frågorna besvarades utifrån fem svarsalternativ "Stämmer till stor del" (5) till "Inte aktuellt/vet ej" (1). Vidare ställdes frågor om antal möten med REKO och om upprättande av rehabiliteringsplan samt avseende patientens kontakter med andra parter i och utanför vården.

Enkäterna avslutades med en öppen fritextfråga som sammanställdes med enkel kategorisering av svaren från patienterna.

2.2.2 Statistiska analyser

Alla patienter som besvarat enkät 2 vid sex månaders uppföljning har tagits med i de statistiska analyserna avseende utfall, oavsett patienternas följsamhet till interventionen. För att undersöka skillnader i proportioner mellan grupperna användes Pearsons Chi²-test och för medelvärden användes Analysis of variance (ANOVA). Binär logistisk regressionsanalys användes för att undersöka effekten av interventionen på sjukskrivningsstatus, andel av inkomst från lön och studier, vid uppföljning. Logistisk regressionsanalys producerar odds ratio (OR) och 95 % konfidensintervall (95% KI). Statistiskt innebär ett OR större än 1,0 (samtidigt som 95% KI inte täcker värdet 1,0) att prediktorn (i detta fall REKO-intervention) ökar odds för utfallet, om OR är mindre än 1,0 (samtidigt som 95% KI inte täcker värdet 1,0) så minskar odds för utfallet. Alla tester var tvåsidiga och en signifikansnivå på $p < 0,05$ tillämpades. De statistiska analyserna utfördes med dataprogrammet SPSS statistics (IBM Corp, Armonk, New York), version 28.0.

2.3 Etiska aspekter

Projektet omfattas av etikprövningslagen samt offentlighets- och sekretesslagen (SFS, 2009:400). Studien godkändes av Uppsala regionala etikprövningsnämnd (nuvarande Etikprövningsmyndigheten) den 13/3 2019, Dnr: 2019-00212. Hanteringen av personuppgifterna regleras i enlighet med EU:s dataskyddsförordning (GDPR).

Alla studiedeltagare fick lämna ett skriftligt samtycke till deltagande i studien. Deltagande i studien var frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan motivering.

3. Resultat

Följande kapitel presenterar baslinjedata (vid inklusion) samt resultat från uppföljning sex månader senare.

3.1 Baslinje

Totalt inkluderades 200 patienter i studien vid Ortopedmottagningen, av dessa randomiserades 123 patienter till interventionsgrupp och 77 patienter till kontrollgrupp. Fyrtiotre patienter (21,5 %) besvarade inte studiens uppföljningsenkät (uppföljningsbortfall), av dessa ingick 23 patienter i interventionsgrupp och 20 patienter i kontrollgrupp. Återstående 157 patienter besvarade både baslinjeenkät samt uppföljande enkät sex månader senare.

Medelåldern vid inkludering var 49,4 år, se tabell 1. Majoriteten av patienterna var kvinnor (60,0 %). De vanligaste yrkesområdena bland patienterna var socialt arbete, vård, omsorg, skola, hantverk, tekniskt arbete, IT och transport. En högre andel män och något yngre patienter valde att inte besvara uppföljningsenkäten.

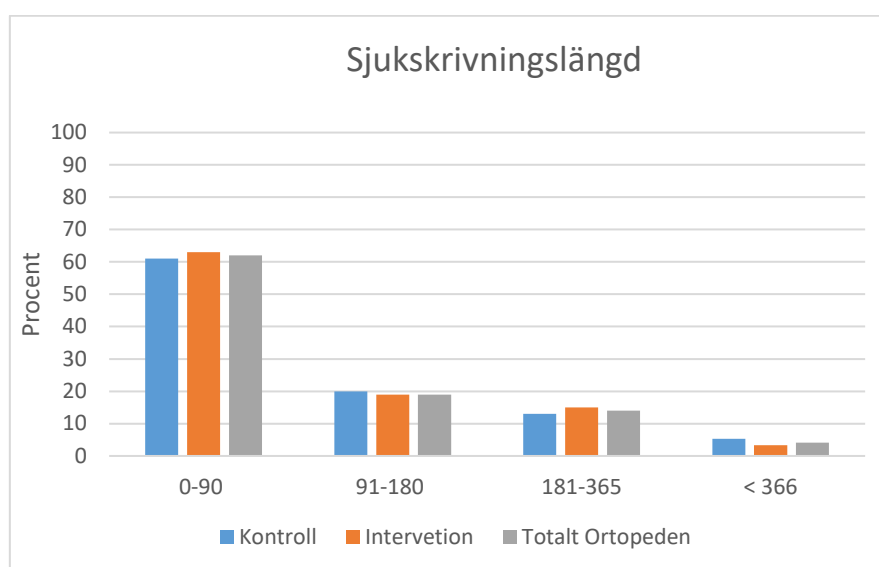
Tabell 1. Demografiska uppgifter vid baslinjen för kontrollgrupp, interventionsgrupp, uppföljningsbortfall och totalt vid Ortopedmottagningen

	Kontroll- grupp (n = 57)	Interventions- grupp (n = 100)	Uppföljnings- bortfall (n = 43)	Totalt Ortopeden (n = 200)
Ålder, m, (SD)	50,6 (10,5)	50,3 (11,8)	45,7 (12,9)	49,4 (11,8)
Kön, n, (%)				
Man	19 (33,3)	37 (37,0)	24 (55,8)	80 (40,0)
Kvinna	38 (66,7)	63 (63,0)	19 (44,2)	120 (60,0)
Utbildning, n (%)				
Grundskola/folk-/realskola	3 (5,3)	10 (10,0)	7 (16,3)	20 (10,0)
Gymnasium/läroverk	28 (49,1)	59 (59,0)	28 (65,1)	115 (57,5)
Universitet/högskola	26 (45,6)	31 (31,0)	8 (18,6)	65 (32,5)
Yrke, n (%)				
Socialt arbete/vård & omsorg	18 (32,7)	29 (29)	6 (14,3)	53 (26,9)
Skola/förskola	9 (16,4)	10 (10,0)	1 (2,4)	20 (10,2)
Hantverkare, verkstad	5 (9,1)	12 (12,0)	8 (19,0)	25 (12,7)
Hotell/restaurang	2 (3,6)	3 (3,0)	2 (4,8)	7 (3,6)
Kontor/ekonomi	6 (10,9)	13 (13,0)	8 (19,0)	27 (13,7)
Tekniskt arbete/IT	6 (10,9)	7 (7,0)	5 (11,9)	18 (9,1)
Transport/lager	3 (5,5)	10 (10,0)	5 (11,9)	18 (9,1)
Renhållning/fastighetsskötsel	-	1 (1,0)	3 (7,1)	4 (2,0)
Chef	1 (1,8)	10 (10,0)	1 (2,4)	12 (6,1)
Eget företag	1 (1,8)	1 (1,0)	-	2 (1,0)
Övrigt	4 (7,3)	4 (4,0)	3 (7,1)	11 (5,6)

n=antal, m=medelvärde, standardavvikelse (SD)

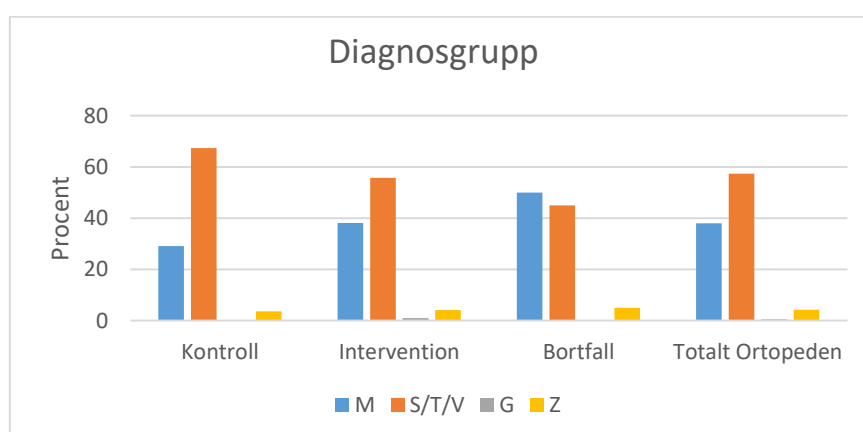
3.1.1 Sjukskrivningslängd och sjukskrivningsdiagnos/orsak till sjukskrivning

Sjukskrivningslängd och orsaker till sjukskrivning varierade bland patienterna. I figur 2 visas hur fördelningen varierar mellan kontroll- och interventionsgrupp. De flesta patienter (60%) som inkluderades i projektet hade varit sjukskrivna mellan 0-90 dagar vid baslinjen.



Figur 2. Sjukskrivningslängd vid baslinjen (%) bland de patienter som inkluderades i projektet, fördelat på 0-90 dagar, 91-180 dagar, 181-365 dagar och mer än 366 dagar

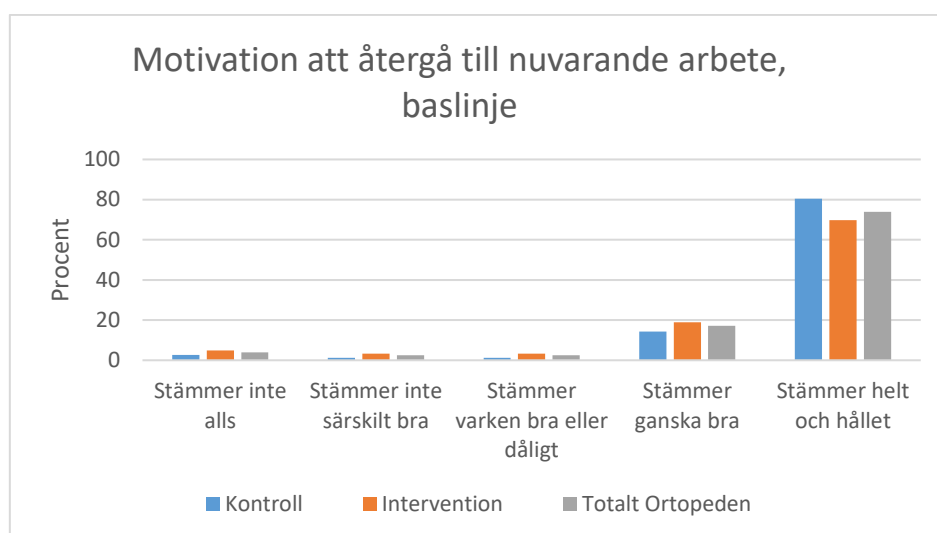
Orsakerna till sjukskrivning varierade bland patienterna, vanligast var skadediagnoser, följt av diagnoser i muskuloskeletala system och bindväv, se figur 3.



Figur 3. Sjukskrivningsdiagnoser vid baslinjen. M= sjukdomar i muskuloskeletala system och bindväv, S/T/V= skador/förgiftningar och vissa följder av yttre orsaker, G=sjukdomar i nervsystemet, Z= faktorer av betydelse för hälsa och kontakt med sjukvården

3.1.2 Motivation till återgång i arbete

På den enskilda frågan om i vilken grad patienterna var motiverade att återgå till sitt nuvarande arbete angav 80 % i kontrollgrupp samt 75% i interventionsgrupp att de instämde ”Helt och hållet” med att de var motiverade till att återgå till arbete, se figur 4.



Figur 4. Patienternas motivation till att återgå till arbete, vid baslinjen

3.1.3 Försörjningsform vid baslinjen

Vid inkludering i projektet uppgav 76,1 % av deltagarna att de hade hela eller del av sin inkomst via sjukpenning och 4,2 % att de hade hela eller del av sin inkomst via sjukersättning. Ett antal patienter uppgav hel löneinkomst som försörjningsform, se tabell 2.

Tabell 2. Försörjningsform vid baslinjen fördelat på kontrollgrupp, interventionsgrupp, uppföljningsbortfall och totalt vid Ortopedmottagningen

	Kontrollgrupp (n = 57)	Interventions- grupp (n = 100)	Uppföljnings- bortfall (n = 43)	Totalt Ortopeden (n = 200)
Lön, n (%)				
Ej del av inkomst	35 (67,3)	54 (54,5)	25 (59,5)	114 (59,1)
Del av inkomst	9 (17,3)	23 (23,2)	8 (19,0)	40 (20,7)
Hel inkomst	8 (15,4)	22 (22,2)	9 (21,4)	39 (20,2)
A-kassa, n (%)				
Ej del av inkomst	51 (98,1)	96 (97)	40 (95,2)	187 (96,9)
Del av inkomst	-	2 (2,0)	2 (4,8)	4 (2,1)
Hel inkomst	1 (1,9)	1 (1,0)	-	2 (1,0)
Sjukpenning FK, n (%)				
Ej del av inkomst	8 (15,4)	28 (28,3)	10 (23,8)	46 (23,8)
Del av inkomst	15 (28,8)	31 (31,3)	11 (36,2)	57 (29,5)
Hel inkomst	29 (55,8)	40 (40,4)	21 (50,0)	90 (46,6)
Sjukersättning, n (%)				
Ej del av inkomst	51 (98,1)	93 (93,9)	41 (97,6)	185 (95,9)

Del av inkomst	-	5 (5,1)	-	5 (2,6)
Hel inkomst	1 (1,9)	1 (1)	1 (2,4)	3 (1,6)
Föräldrapenning, n (%)				
Ej del av inkomst	52 (100)	97 (98)	42 (100)	191 (99,0)
Del av inkomst	-	2 (2,0)	-	2 (1,0)
Hel inkomst	-	-	-	-
Aktivitetsstöd, n (%)				
Ej del av inkomst	52 (100)	97 (98)	42 (100)	191 (99,0)
Del av inkomst	-	2 (2,0)	-	2 (1,0)
Hel inkomst	-	-	-	-
Försörjningsstöd, n (%)				
Ej del av inkomst	52 (100)	97 (98)	42 (100)	191 (99,0)
Del av inkomst	-	2 (2,0)	-	2 (1,0)
Hel inkomst	-	-	-	-
Studiestöd, n (%)				
Ej del av inkomst	52 (100)	93 (93,9)	42 (100)	187 (96,9)
Del av inkomst	-	3 (3,0)	-	3 (1,6)
Hel inkomst	-	3 (3,0)	-	3 (1,6)
Annat, n (%)				
Ej del av inkomst	52 (100)	92 (92,9)	38 (90,5)	182 (94,3)
Del av inkomst	-	6 (6,1)	1 (2,4)	7 (3,6)
Hel inkomst	-	1 (1,0)	3 (7,1)	4 (2,1)

Försörjningsform vid baslinjen baseras på andel av inkomst från olika inkomstkällor. n=antal

3.1.4 Självskattad hälsa och funktionsförmåga vid baslinjen

Självskattad hälsa, smärta, arbetsförmåga, funktionsnivå och self-efficacy mättes vid baslinjen, se tabell 3.

Tabell 3. Självskattad hälsa, smärtnivå, arbetsförmåga, funktionsnivå och self-efficacy för kontrollgrupp, interventionsgrupp och totalt vid Ortopedmottagningen, vid baslinjen

	Kontroll- grupp (n = 57)	Interventions- grupp (n = 100)	Totalt Ortopeden (n = 157)
Självskattad hälsa (1 till 5)			
md, m (SD)	4, 3,95 (0,92)	4, 3,73 (0,95)	4, 3,81 (0,94)
Hur mycket smärta har Du haft den senaste veckan? (0 till 10)			
md, m (SD)	4, 4,05 (2,46)	4, 4,53 (2,45)	4, 4,35 (2,45), 3
Nuvarande arbetsförmåga (0 till 10)			
md, m (SD)	3, 3,73 (3,51)	2, 3,03 (3,56)	2, 3,28 (3,42)
WHO:s formulär för bedömning av funktionsförmåga (WHODAS 2.0)			
md, m (SD)	29, 28,53 (8,24)	32, 31 (7,65)	31, 30,36 (7,65)
Generell self-efficacy			
md, m (SD)	3,1, 3,07 (0,49)	3,1, 3,12 (0,55)	3,1, 3,11 (0,53)

n=antal, md=medianvärde, m=medelvärde, SD=standardavvikelse

Den självskattade hälsan för hela studiepopulationen hade ett medelvärde på 3,8. Medelvärdet för funktionsförmåga var något lägre för interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen, 31 i jämförelse med 28, där ett högre värde indikerar lägre funktionsförmåga. Interventionsgruppen skattade sin arbetsförmåga något lägre jämfört med kontrollgruppen (medelvärde 3,03 jämfört med 3,73). Self-efficacy skattas likvärdigt i båda grupperna. Det fanns inga statistiska skillnader mellan kontroll- och interventionsgrupp vid baslinjen i något av de hälsorelaterade mått som presenterades i tabell 3.

3.2 Resultat vid uppföljning efter sex månader

Totalt baseras uppföljningsresultaten på 157 patienter (svarsfrekvens 78,5 %), varav 100 i interventionsgrupp och 57 i kontrollgrupp.

3.2.1 Sjukskrivning vid uppföljningen

I interventionsgruppen var 16,3 % sjukskrivna vid 6 månaders uppföljning, motsvarande andel för kontrollgrupp var 12,5 %, se tabell 4.

Tabell 4. Sjukskrivningsstatus vid sex månaders uppföljning, fördelat på kontroll- och interventionsgrupp samt grupperna totalt vid Ortopedmottagningen

	Kontroll- grupp (n = 57)	Interventions- grupp (n = 100)	Totalt Ortopeden (n = 157)
Sjukskrivning 6 månader, n (%)			
Nej	48 (85,7)	81 (82,7)	129 (83,8)
Nej, men under utredning	1 (1,8)	1 (1)	2 (1,3)
Ja	7 (12,5)	16 (16,3)	23 (14,9)

n=antal

I logistiska regressionsmodeller undersöktes om interventionen på Ortopedmottagningen haft effekt på att inte vara sjukskriven vid uppföljningen (OR 0,73, 95% KI 0,28-1,91). Ingen statistiskt signifikant effekt gick att påvisa avseende sjukskrivningsstatus vid uppföljning.

3.2.2 Försörjningsform vid uppföljningen

Vid uppföljningen hade 82,9 % av deltagarna i interventionsgrupp och 91,1 % av deltagarna i kontrollgrupp hela eller del av sin inkomst via lön, se tabell 5. Hel eller del av inkomst från sjukpenning var aktuellt för 12,1 % av patienterna i interventionsgrupp och 10,7 % av patienterna i kontrollgrupp. Sex procent av deltagarna i interventionsgruppen hade hela eller del av sin inkomst via sjukersättning, motsvarande siffra för kontrollgruppen var 5,4 %. Endast ett fåtal hade ersättning för studier.

Tabell 5. Försörjningsform fördelat på kontroll- och interventionsgrupp, samt grupperna totalt vid Ortopedmottagningen vid uppföljningen

	Kontroll- grupp (n = 57)	Interventions- grupp (n = 100)	Totalt Ortopeden (n = 157)
Lön, n (%)			
Ej del av inkomst	5 (8,9)	17 (17,2)	22 (14,2)
Del av inkomst	7 (12,5)	17 (17,2)	24 (15,5)
Hel inkomst	44 (78,6)	65 (65,7)	109 (70,3)
A-kassa, n (%)			
Ej del av inkomst	55 (98,2)	94 (94,9)	149 (96,1)
Del av inkomst	1 (1,8)	2 (2,0)	3 (1,9)
Hel inkomst	0 (0)	3 (3,0)	3 (1,9)
Sjukpenning FK, n (%)			
Ej del av inkomst	50 (89,3)	87 (87,9)	137 (88,4)
Del av inkomst	4 (7,1)	8 (8,1)	12 (7,7)
Hel inkomst	2 (3,6)	4 (4,0)	6 (3,9)
Sjukersättning, n (%)			
Ej del av inkomst	53 (94,6)	93 (93,9)	146 (94,2)
Del av inkomst	3 (5,4)	4 (4,0)	7 (4,5)
Hel inkomst	0 (0)	2 (2,0)	2 (1,3)
Föräldrapenning, n (%)			
Ej del av inkomst	55 (98,2)	98 (99)	153 (98,7)
Del av inkomst	1 (1,8)	1 (1)	2 (1,3)
Hel inkomst	-	-	-
Aktivitetsstöd, n (%)			
Ej del av inkomst	54 (96,4)	98 (99)	152 (98,1)
Del av inkomst	2 (3,6)	1 (1)	3 (1,9)
Hel inkomst	-	-	-
Försörjningsstöd, n (%)			
Ej del av inkomst	55 (98,2)	98 (99)	153 (98,7)
Del av inkomst	1 (1,8)	1 (1)	2 (1,3)
Hel inkomst	-	-	-
Studiestöd, n (%)			
Ej del av inkomst	53 (94,6)	95 (96)	148 (95,5)
Del av inkomst	2 (3,6)	1 (1)	3 (1,9)
Hel inkomst	1 (1,8)	3 (3)	4 (2,6)
Sjuklön via fackförbund, n (%)			
Ej del av inkomst	55 (98,2)	(55 (98,2)	152 (98,1)
Del av inkomst	1 (1,8)	(1 (1,8)	3 (1,9)
Hel inkomst	-	-	-
Ålderspension, n (%)			
Ej del av inkomst	55 (98,2)	98 (99)	153 (98,7)
Del av inkomst	1 (1,8)	1 (1)	2 (1,3)
Hel inkomst	-	-	-
Annat, n (%)			
Ej del av inkomst	54 (96,4)	92 (92,9)	146 (94,2)
Del av inkomst	1 (1,8)	3 (3)	4 (2,6)
Hel inkomst	1 (1,8)	4 (4)	5 (3,2)

n=antal

I logistiska regressionsmodeller undersöktes om interventionen haft effekt på att ha hel eller del av inkomst från lön (OR 0,47, 95% KI 0,16-1,36), och studier (OR 0,74, 95% KI 0,16-3,45), vid uppföljningen. Inga statistiskt signifikanta effekter gick att påvisa avseende dessa utfall vid uppföljningen.

3.2.3 Självskattade hälsomått vid uppföljningen

Självskattad hälsa, smärtnivå, arbetsförmåga, funktionsförmåga och self-efficacy mättes vid uppföljningen. Som framgår i tabell 6 fanns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp avseende dessa utfall.

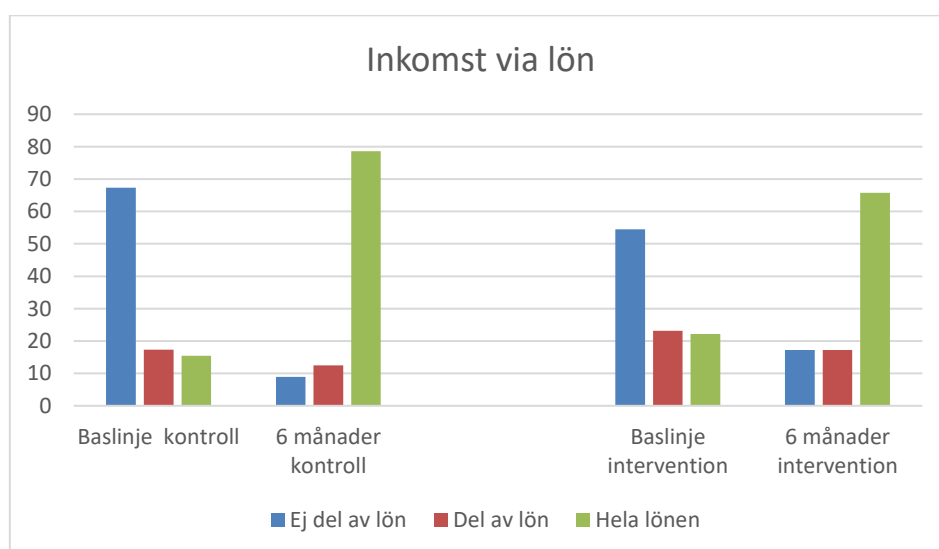
Tabell 6. Självskattad hälsa, smärtnivå, arbetsförmåga, funktionsförmåga och self-efficacy fördelat på kontrollgrupp, interventionsgrupp och grupperna totalt vid Ortopedmottagningen vid uppföljningen

	Kontrollgrupp (n = 57)	Interventions- grupp (n = 100)	Totalt Ortopeden (n = 157)	F	P- vär- de
Självskattad hälsa (1 till 5)					
md, m (SD)	4, 3,75 (0,81)	4, 3,75 (0,90)	4, 3,75 (0,86)	0,002	0,96
Hur mycket smärta har Du haft den senaste veckan? (0 till 10)					
md, m (SD)	2, 2,65 (2,50)	3, 3,29 (2,57)	3, 3,06 (2,56)	2,298	0,13
Nuvarande arbetsförmåga (0 till 10)					
md, m (SD)	8, 7,79 (2,31)	8, 7,21 (2,77)	8, 7,42 (2,62)	1,707	0,19
Funktionsförmåga					
md, m (SD)	16, 18,74 (7,66)	16, 19,94 (8,85)	16, 19,49 (8,42)	0,726	0,40
Generell self-efficacy, GSE					
md, m (SD)	3,3, 3,24 (0,58)	3,4, 3,27 (0,59)	3,3, 3,26 (0,59)	0,104	0,75

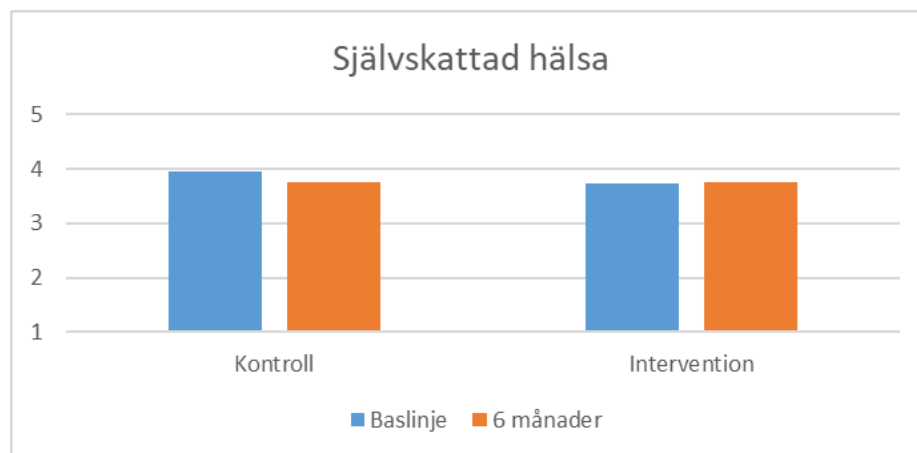
Uppgifterna i tabellen är inhämtade vid uppföljningen. n=antal, md=medianvärde, m=medelvärde, SD=standardavvikelse

3.2.4 Grafisk presentation av resultat från baslinjen och uppföljningen

Vid baslinjemätningen hade 15 % i kontrollgrupp och 22 % i interventionsgrupp hela sin inkomst via lön. Vid uppföljningen uppgav 78 % i kontrollgrupp och 66 % i interventionsgrupp att de hade hela sin inkomst via lön, se figur 5.

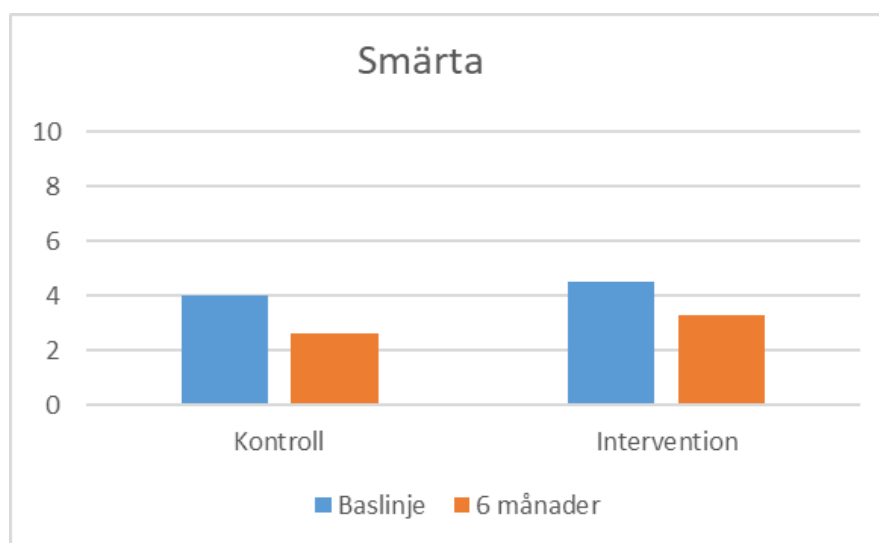


Figur 5. Andel inkomst via lön för kontrollgrupp och interventionsgrupp vid baslinjen och uppföljningen



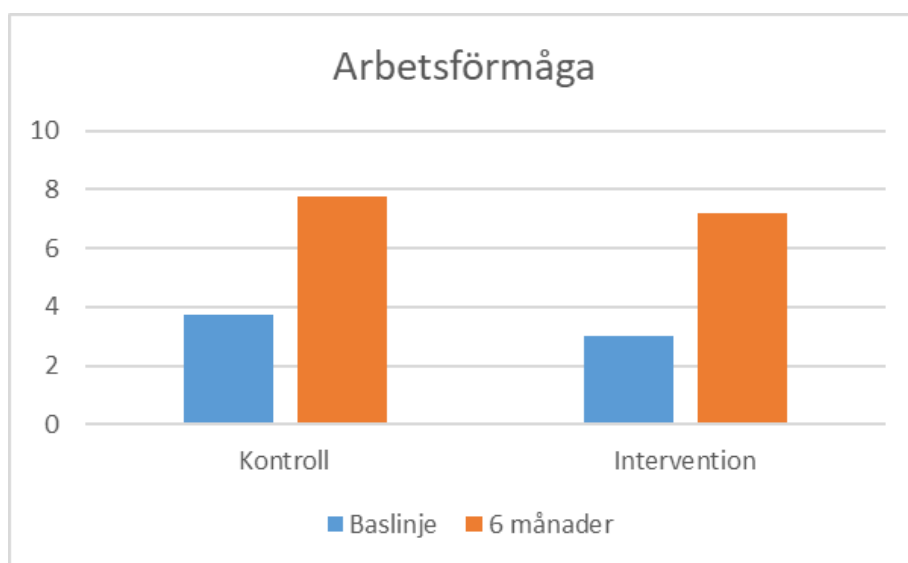
Figur 6. Självskattad hälsa för kontrollgrupp och interventionsgrupp vid baslinjen och uppföljningen

Medelvärdet för självskattad hälsa förändras inte i någon större utsträckning för någon av grupperna mellan baslinje- och uppföljningsmätning, se figur 6. Medelvärdet låg vid första och andra mättillfället på 3,8 respektive 3,75 för Ortopeden totalt.



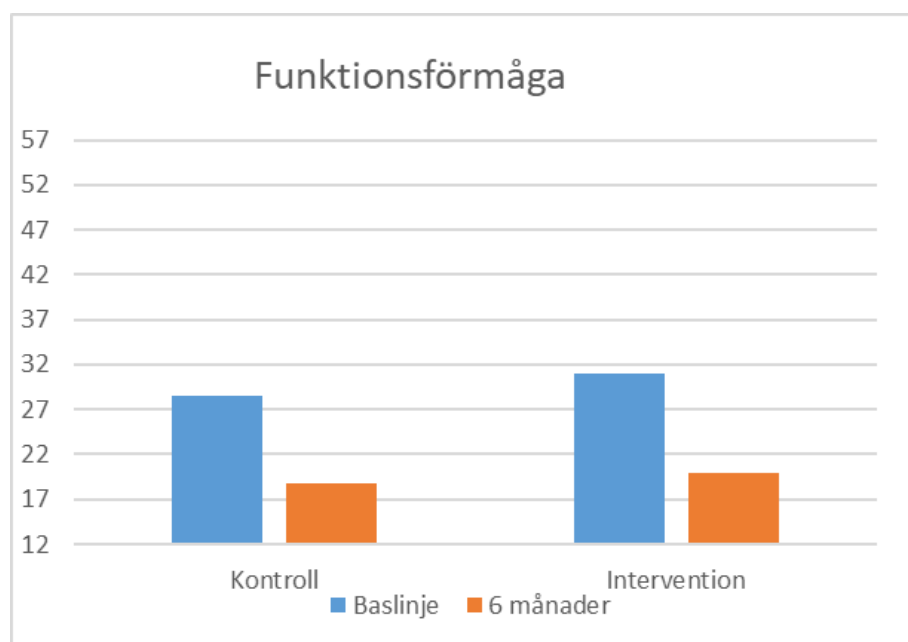
Figur 7. Smärtnivå för kontrollgrupp och interventionsgrupp vid baslinjen och uppföljningen

Det finns en numerär förbättring i medelvärden mellan baslinjemätning och uppföljning avseende smärta i båda grupperna, se figur 7. För patienterna totalt minskar medelvärdet för skattade smärta från 4,35 till 3,06.



Figur 8. Skattad arbetsförmåga mätt med WAS-skalan för kontrollgrupp och interventionsgrupp vid baslinjen och uppföljningen

Medelvärde för arbetsförmåga ökade mellan baslinje- och uppföljningsmätning, i både kontroll- och interventionsgrupp, för patienterna totalt från 3,28 till 7,42, se figur 8.



Figur 9. Skattad funktionsförmåga (WHODAS) för kontrollgrupp och interventionsgrupp vid baslinjen och uppföljningen

En numerär förbättring av funktionsförmåga över tid gick att se i både kontroll- och interventionsgrupp. Medelvärde för patienterna totalt vid baslinjemätningen var 30,4 och vid sex månaders uppföljning 19,5, se figur 9.

3.3 Interventionsdeltagarnas upplevelse av mötet med REKO

Interventionsgruppen besvarade ett antal studiespecifika frågor i enkäten avseende interventionen och mötet med REKO. Resultaten av dessa frågor presenteras i följande avsnitt.

3.3.1 Patienternas möten med REKO

I interventionsgruppen uppgav 45,5 % av patienterna att de deltagit i möten/aktiviteter som anordnats av REKO, övriga 54,5 % angav att de inte deltagit vid möten/aktiviteter. I genomsnitt hade patienterna i interventionsgruppen som träffat REKO genomfört cirka fyra möten/aktiviteter med REKO.

På frågan om REKO upprättat en rehabiliteringsplan, uppgav 21,0 % av patienterna i interventionsgruppen att en sådan fanns och att den var klar, 7,0 % svarade att den inte var färdig vid tidpunkten för uppföljningen.

På en skala från 0 till 10, angav patienterna som genomfört möten med REKO hur givande mötena med REKO varit för dem, medelvärde var 8,1 (SD 2,65). På frågan om REKO utgjort ett stöd för att nå målen med rehabiliteringen ansåg 86,6 % av interventionsdeltagarna att REKO varit ett stöd till "Viss/stor del".

En majoritet (79,8 %) av patienterna som träffat REKO ansåg att de känt sig delaktiga i sin planering. De uppgav även att de fått stöd avseende förståelsen för sin sjukdomssituation (66,7 %) och stöd i kontakterna med vården (51,1 %). Stöd för att fylla i blanketter och stöd i kontakterna med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommun tycks ha varit mindre aktuellt, då majoriteten svarat "Inte aktuellt/vet ej" i dessa kategorier, se tabell 7.

Tabell 7. Interventionsdeltagarnas upplevelse av REKO-stödet

	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer till liten del	Instämmer inte alls	Inte aktuellt/vet ej
Jag har känt mig delaktig i min planering, n (%)	35 (79,8)	5 (11,4)	-	-	5 (9,1)
Jag har fått stöd i att fylla i blanketter, n (%)	8 (18,2)	4 (9,1)	-	2 (4,5)	30 (68,2)
Jag har fått förståelse för min sjukdomssituation, n (%)	30 (66,7)	8 (17,8)	-	1 (2,2)	6 (13,3)
Jag har fått det stöd jag har behövt i min kontakt med min arbetsgivare, n (%)	14 (31,8)	9 (20,0)	-	2 (4,5)	19 (43,2)
Jag har fått det stöd jag har behövt i kontakt med Arbetsförmedlingen, n (%)	2 (4,7)	1 (2,3)	-	3 (7,0)	37 (86,0)
Jag har fått det stöd jag har behövt i kontakt med Försäkringskassan, n (%)	8 (18,2)	4 (9,1)	2 (4,4)	6 (13,6)	24 (54,5)
Jag har fått det stöd jag behövt i kontakt med vården, n (%)	23 (51,1)	6 (13,3)	4 (8,9)	2 (4,4)	10 (22,2)
Jag har fått det stöd jag har behövt i kontakt med kommunen, n (%)	2 (4,5)	1 (2,2)	-	2 (2,2)	39 (88,6)

Uppgifterna är inhämtade från interventionsdeltagare som uppgivit att de mött REKO vid uppföljningen.

n=antal

3.4 Patienternas fritextsvar i enkäterna

Studiedeltagarna besvarade med fritextsvar en avslutande öppen fråga i baslinje- och uppföljningsenkäten, resultaten av dessa presenteras nedan.

3.4.1 Patienternas fritextsvar i baslinjeenkäts öppna fråga

I baslinjeenkäten besvarade 20 % av patienterna den öppna fritextfrågan. Patienterna beskrev en frustration över att det varit svårt att få kontakt med behandlande läkare. De upplevde också att det tagit lång tid innan de kommit till rehabilitering efter operation. Informationen från mottagningen och vården till patienterna upplevdes av flera patienter vara bristfällig. Vidare angavs långa väntetider för återbesök och till behandling. Flera såg också möjligheten med att eventuellt få komma med i interventionsgrupp för att på så sätt få den hjälp de själva ansåg sig behöva.

Jag har fått bristfällig information om min rehabilitering efter operation. Hoppas det blir bättre nu!

Några patienter kände sig osäkra över vad de kunde arbeta med då deras skada hindrade dem från att återgå i sitt vanliga arbete.

Vilket yrke jobbar man mest med benen? Vet inte vad jag ska kunna jobba med då jag inte kan använda armarna.

Patienternas kontakt med Försäkringskassan upplevdes svår för några och förståelsen för myndighetens regelverk gjorde att de inte kunde ta till sig den information som de fick, alternativt var myndigheten svår att nå och kontakten mellan myndigheten och behandlande läkare upplevdes av flera patienter som bristfällig.

3.4.2 Patienternas fritextsvar i uppföljningsenkäts öppna fråga

I uppföljningsenkäten angav 22 % av patienterna ett svar i fritextsvaret. Gällande deras upplevelser av att delta i projektet så uttryckte sig flera patienter positivt och upplevde kontakten med en REKO som något som hjälpt dem vidare i sin återgång till arbete.

Stödet som patienterna fick av REKO upplevdes positivt och angavs vara till stor hjälp för dem, både i deras kontakt med vården (läkare, ortoped- och/eller husläkarmottagning) samt i kontakten med Försäkringskassan.

Jag är väldigt glad att jag tackade ja till denna studie då det hjälpte mig och mitt rehabteam att dra i trådar att få hjälp att få sammanhängande rehab.

Jag är så glad att Försäkringskassan lyssnade på mig och min motivation att återgå till mitt arbete. Fick chansen att börja arbetsträna och jag är helt inne på att det kommer gå bra och att jag kommer kunna arbeta med rätt hjälpmedel. Hade jag blivit utförsäkrad hade jag nog aldrig kommit tillbaka till arbetslivet igen tror jag.

Några patienter upplevde att de trots stöd av en REKO hade svårigheter i kontakten med Försäkringskassan och deras regelverk. Patienterna hade planerat en arbetsåtergång tillsammans med REKO och behandlande läkare som sedan Försäkringskassan avvisade och patienten hänvisades till att söka arbete bland vanligt förekommande arbeten på den öppna arbetsmarknaden och sjukskrivningen avslutades.

Pandemin som pågått under tiden för projektet innebär att vissa patienter i interventionsgruppen helt saknat fysiska möten med REKO.

Några patienter upplevde att erbjudandet om att ingå i projektet kom för sent och då redan sökt rehabilitering på egen hand utanför, mottagningen. En del patienter hade redan hunnit återgå i arbete när de blev kontaktade av REKO. Några patienter hade föredragit om erbjudandet om ett stöd från en REKO hade kommit innan operationen.

4. REKO vid Handkirurgmottagningen

Handkirurgmottagningen är en del av ortopedin med specialområde inom skador på nerver, senor, ledproteser, mikrokirurgi, handmissbildningar och förlossningsskador. Handkirurgmottagningen är en specialistmottagning som har riks- och regionverksamhet med patienter från stora delar av Sverige.

För att utprova införandet av en REKO på Handkirurgmottagningen genomfördes, inom ramen för studien, även en intervention med två patienter på Handkirurgmottagningen. Likande inklusions- och exklusionskriterier användes vid Handkirurgmottagningen som vid Ortopedmottagningen. Interventionen var likvärdig den som genomförts vid Ortopedmottagningen, se avsnitt 2.1.3. Baslinjeenkät besvarades vid inklusion i studien och uppföljningsenkät skickades efter sex månader.

De två patienter som inkluderas vid Handkirurgmottagningen hade båda sjukpenning vid baslinjen. Vid uppföljningsmätningen uppgav en patient vara fortsatt sjukskriven. Den andra patienten hade avslutat sin sjukskrivning. Vid uppföljningstillfället uppgav den ena patienten sjukpenning och rehabiliteringsersättning, och den andre uppgav sjukersättning som inkomstkälla.

Båda deltagarna uppgav att de haft möten med REKO och båda hade en färdigställd rehabiliteringsplan när uppföljningen genomfördes.

5. Diskussion

Syftet med studien var att studera effekterna av införandet av REKO vid Ortopedmottagningen på Akademiska sjukhuset i Uppsala, med avseende på sjukskrivning, återgång i/påbörjan av arbete/studier, självskattad hälsa, smärta, funktionsförmåga och arbetsförmåga. I det datamaterial som studien samlade in gick det inte att påvisa några statistiskt signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgruppen avseende sjukskrivningsstatus, återgång i/påbörjan av arbete/studier, självskattade hälsa, smärta eller arbetsförmåga, sex månader från inkludering i studien.

I den internationella vetenskapliga litteraturen finns blandade resultat avseende effekter på återgång i arbete vid koordineringsinsatser [11, 15, 17-19]. Varför de internationella studiernas resultat varierar är oklart, det kan vara pga. interventionernas (varierande) innehåll och/eller vilka patientgrupper som interventionerna riktar sig till, mm. De internationella studierna utvärderar ofta en koordinering som utgår från att koordinatören arbetar utanför hälso- och sjukvården, till exempel på ett försäkringsbolag. Detta skiljer sig från den REKO-funktionen som är implementerad i svensk hälso- och sjukvård.

Varför den föreliggande studien inte kunnat påvisa några (eventuella) effekter är svårt att avgöra. En anledning kan vara att de patienter (i både kontroll- och interventionsgrupp) som följts i studien haft mindre svårigheter i att återgå till arbete. Enbart patienter med en anställning inkluderas och en majoritet i kontroll- och interventionsgruppen var redan vid projektets start motiverade till att återgå i arbete, vilket är betydande för återgång i arbete över tid [27], även genomsnittlig GSE vid baslinjen var relativt hög jämfört med andra studier [28]. Deltagarna i både interventions- och kontrollgruppen förbättrade även sin funktionsförmåga (WHODAS), arbetsförmåga (WAS) och rapporterade lägre smärtnivåer vid uppföljningen jämfört med baslinjen. Detta tyder på att behandlingsresultaten och läkningsprocessen varit god under studieperioden för patienterna. Att både kontroll- och interventionsgrupp rapporterar högre andel inkomst från lön och bättre arbetsförmåga vid uppföljningen är generellt sett positivt, men det medför också att det förändringsutrymme som REKO-interventionen haft möjlighet att påverka varit litet. Vilket kan förklara att (eventuella) effekter av REKO-interventionen uteblivit.

En annan anledning till att (eventuella) effekter inte kunna påvisats är att Covid-19 pandemin försvårade genomförandet av den planerade interventionen, vilket medfört att interventionsgruppen haft mindre möjligheter att tillgodogöra sig det avsedda innehållet och aktiviteterna i interventionen. En relativt stor grupp av patienterna i interventionen uppgav att de inte haft några möten eller deltagit vid några aktiviteter som REKO ordnat. Detta indikerar att följsamheten till interventionen kan ha varit låg under tiden för deltagandet i studien. Det bör dock tas i beaktande att vissa deltagare troligen inte räknat in genomförda telefonmöten som aktiviteter/möten när frågan besvarades, vilket var den mötesform som användes under tiden för pandemin då fysiska möten inte kunde genomföras i samma utsträckning. Vad detta betytt för resultaten är oklart, forskningen är ännu begränsad avseende betydelsen av olika arbetssätt som REKO kan tillämpa. En översiktsartikel om olika inslag i RTW-koordinatorers arbete visar dock att möten ”ansikte- mot ansikte” kan vara betydelsefullt [29], något som också projektet initialt

designades för. Covid-19 pandemin och påföljande restriktioner kan även ha påverkat andra delar av interventionens innehåll på olika sätt. Det stöd som interventionsgruppen erhållit i kontakten med aktörer utanför vården (Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommunen) verkar ha varit vagare än patienternas upplevelse av delaktighet i planering, förståelse för sin sjukdomssituation och stödet i kontakterna inom vården. Detta indikerar att Covid-19 pandemin framförallt försvårade genomförandet av externa möten utanför vården.

5.1 Styrkor och svagheter med utvärderingen

Till styrkorna med studien hör den randomiserade studiedesignen som tillämpades och den relativt höga svarsfrekvensen på uppföljningsenkäten. De patienter som inte besvarade uppföljningsenkäten skiljde sig inte avsevärt jämfört med de patienter som besvarade uppföljningsenkäten. Det fanns mindre skillnader i kön (andelen män var högre) och i ålder (medelåldern var något lägre) samt yrke (färre i vårdyrken) i gruppen som inte besvarade uppföljningsenkäten.

Det finns också svagheter med studien. Det fanns svårigheter i rekryteringen på Ortopedmottagningen, vilket medförde att den totala studiegruppen inte blev så stor som projektet hade avsett. Vissa patienter som rekryterades till studien uppgav information i enkäterna som indikerar att de inte föll inom ramen för studien, utifrån de inklusions- och exklusionskriterier som var uppsatta.

Projektet designades och påbörjades i en tid före Covid-19 pandemin. Hur Covid-19 pandemin påverkat projektets resultat är oklart, interventionen kan ha fått lägre effekt då pandemin försvårade fysiska möten och kontakter, framförallt med aktörer utanför vården. Vissa svar i enkäterna blir också svårare att tolka, till exempel uppger en relativt stor andel av patienterna i interventionsgruppen att de aldrig genomfört möten/aktiviteter med REKO, vilket kan bero på att patienterna inte inkluderat telefonmöten (vilket REKO fick övergå till under pandemin) i sina svar. Generellt sett är även självskattade utfall mindre säkra att använda än tex. registerdata.

5.2 Förslag till framtida forskning

Det här projektet har gett upphov till flera förslag på framtida studier. Det finns flera frågor om rehabiliteringskoordinering och sysselsättnings- och hälsoutfall kvar besvara. Det finns behov av att genomföra likartade interventionsstudier i olika patientgrupper där inte studien störs av en pandemi eller andra extra ordinära händelser som kraftigt begränsar möjligheten att realisera den planerade interventionen. Framtida effektutvärderingar bör också fokusera på patienter som har svårare att ta sig tillbaka till arbete. Vilket medför att det även behövs forskning om screeningmetoder för att, på ett tidigt skede, ta reda på vilka sjukskrivna patienter som är betjänta av ett koordineringsstöd för att kunna komma tillbaka till arbete eller annan sysselsättning.

5.3 Slutsatser

Nedan följer slutsatserna från studien av att införa rehabiliteringskoordinator vid Ortopedmottagningen vid Akademiska sjukhuset i Uppsala:

- Den REKO-baserade interventionen vid Ortopedmottagningen för sjukskrivna patienter med arbetsgivare genererade inga statistiskt signifikanta skillnader avseende sjukskrivningsstatus, eller återgång i/påbörjan av arbete/studier mellan interventions- och kontrollgrupp vid sex månaders uppföljning.
- Den REKO-baserade interventionen vid Ortopedmottagningen för sjukskrivna patienter med arbetsgivare genererade inga statistiskt signifikanta skillnader avseende självskattade hälsa, smärtnivå eller arbetsförmåga mellan interventions- och kontrollgruppen vid sex månaders uppföljning.
- Både kontroll- och interventionsgrupp rapporterade högre andel av inkomst från lön, bättre arbetsförmåga och mindre smärtor vid uppföljningsperiodens slut.
- REKO-interventionen var uppskattad av de patienter som uppgav att de träffade REKO, särskilt med avseende på upplevd delaktighet i planering, förståelse för sin sjukdomssituation och stöd i kontakterna med vården.
- Stödet som interventionsgruppen erhållit i kontakterna med aktörer utanför vården, såsom Arbetsförmedling, Försäkringskassa och kommun, upplevdes vara relativt svagt eller mindre aktuellt.
- Problematiken med att rekrytera patienter från den målgrupp som studien var avsedd för, samt Covid-19 pandemins påverkan på interventionen, medför att det är svårt att dra några generella slutsatser av studieresultaten.

Referenser

1. Försäkringskassan. Långa sjukfall. Korta analyser. [Long sick cases. Short analyzes]. 2017:2: Analys och Prognos 2017.
2. Försäkringskassan. Statistik inom området sjuk, sjukpenning och rehabiliteringspenning [https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjukpenning-rehabiliteringspenning]
3. Riksrevisionen: Är sjukskrivning bra för hälsan? (RiR 2016:31). RIR 2016:31; 2016.
4. Hultin H, Lindholm C, Möller J: Is there an association between long-term sick leave and disability pension and unemployment beyond the effect of health status?--a cohort study. *PLoS One* 2012, 7(4):e35614-e35614.
5. Cancelliere C, Donovan J, Stochkendahl MJ, Biscardi M, Ammendolia C, Myburgh C, Cassidy JD: Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & Manual Therapies* 2016, 24(1):32.
6. Loisel P, Anema JR: Handbook of work disability : prevention and management. New York: Springer; 2013.
7. Ekberg K: Den relativa arbetsförmågan : teoretiska och praktiska perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2014.
8. Kuoppala J, Lamminpää A: Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine* 2008, 40(10):796-804.
9. Ekberg K, Eklund M, Hensing G: Återgång i arbete: processer, bedömningar, åtgärder: Studentlitteratur; 2015.
10. Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, Hogg-Johnson S, Kristman V, Laberge M, McKenzie D *et al*: Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of occupational rehabilitation* 2018, 28(1):1-15.
11. Franche R-L, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J: Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Journal of occupational rehabilitation* 2005, 15(4):607-631.
12. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR): Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården. [Swedish Association of Local Authorities and Regions. Method Book for Coordination.] Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
13. Alexanderson K, Arrelöv, B., Friberg, E., & et al. : Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät år 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018. (Physician's experiences of handling sickness certification of patients. Results from 2017 questionnaire and comparisons with results from 2012, 2008, and 2004. Main report. In. Division of Insurance Medicine, Karolinska Institutet; 2018.
14. Socialdepartementet: Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. In.; 2019:1297.
15. Tan HSK, Yeo DSC, Giam JYT, Cheong FWF, Chan KF: A randomized controlled trial of a Return-to-Work Coordinator model of care in a general hospital to facilitate return to work of injured workers. *Work* 2016, 54:209-222.
16. Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J: Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil* 2005, 15(4):607-631.
17. Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SC, de Boer WE, Zumbunn T, Guyatt GH, Busse JW, Kunz R: Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One* 2012, 7(11):e49760.
18. Skarpaas LS, Haveraaen LA, Småstuen MC, Shaw WS, Aas RW: The association between having a coordinator and return to work: the rapid-return-to-work cohort study. *BMJ Open* 2019, 9(2):e024597.

19. Scholz SM, Andermatt P, Tobler BL, Spinnler D: Work Incapacity and Treatment Costs After Severe Accidents: Standard Versus Intensive Case Management in a 6-Year Randomized Controlled Trial. *Journal of occupational rehabilitation* 2016, 26(3):319-331.
20. HealthNavigator. Sll: Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator. Delrapport 2. Utvärdering av rehabkoordinator för patienter med långvarig smärta och/eller lätt medelsvår åsykisk ohälsa i Stockholms läns landsting. In.: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen; 2017.
21. Svärd V, Friberg E, Azad A: How People with Multimorbidity and Psychosocial Difficulties Experience Support by Rehabilitation Coordinators During Sickness Absence. *J Multidiscip Healthc* 2021, 14:1245-1257.
22. Johansson SE, Midlov P, Sundquist J, Sundquist K, Calling S: Longitudinal trends in good self-rated health: effects of age and birth cohort in a 25-year follow-up study in Sweden. *Int J Public Health* 2015, 60(3):363-373.
23. Linton SJ, Boersma K: Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *Clin J Pain* 2003, 19(2):80-86.
24. Ilmarinen J, Tuomi K, Eskelinen L, Nygard CH, Huuhtanen P, Klockars M: Summary and recommendations of a project involving cross-sectional and follow-up studies on the aging worker in Finnish municipal occupations (1981-1985). *Scandinavian journal of work, environment & health* 1991, 17 Suppl 1:135-141.
25. Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, Saxena S, Korff Mv, Pull C: Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization* 2010, 88:815-823.
26. Schwarzer R, Jerusalem M: Self-efficacy measurement and generalized self-efficacy scale. In: *Measures in health psychology: a user's portfolio*. edn. Edited by Johnston MW, John SCW. Windsor: NFER-NELSON; 1995: 33-39.
27. Carlsson L, Lytsy P, Anderzén I, Hallqvist J, Wallman T, Gustavsson C: Motivation for return to work and actual return to work among people on long-term sick leave due to pain syndrome or mental health conditions. *Disability and rehabilitation* 2019, 41(25):3061-3070.
28. Löve J, Moore CD, Hensing G: Validation of the Swedish translation of the general self-efficacy scale. *Quality of Life Research* 2012, 21(7):1249-1253.
29. Dol M, Varatharajan S, Neiterman E, McKnight E, Crouch M, McDonald E, Malachowski C, Dali N, Giau E, MacEachen E: Systematic Review of the Impact on Return to Work of Return-to-Work Coordinators. *Journal of occupational rehabilitation* 2021.

Bilaga 1. Intervju med REKO om projektet

För att ge en bild av hur arbetet med interventionen upplevades under studieperioden har en intervju genomfördes med REKO:n i projektet. Intervjun genomfördes 20210503, och pågick i ca. 45 min. Texten har godkänts av mottagningens REKO.

Följande huvudsakliga intervjufrågor och frågeområden guidade intervjun: *Hur ser du på REKOs arbete med patienternas sjukskrivning? Hur ser du på en REKOs funktion i rehabiliteringsprocessen? Vad kan en REKO bidra med i sjukskrivningsprocessen? Har ditt arbete som REKO kunna genomföras på det sätt som står i arbetsbeskrivningen för uppdraget? Hur är det med dokumentationen? Hur har genomförandet av en studie påverkat dokumenteringen samt kontakten med patienter jämfört med om inte det varit en studie? Hinder och framgångsfaktorer för en REKO-funktion. Pandemins påverkan i studien.* Resultaten från intervjun presenteras nedan.

Om REKO-funktionen

Som REKO är man ett stöd för patienten i rehabiliteringsprocessen, man ska inte ta över utan mer vara coachande och se till att saker sker i rätt ordning och i rätt riktning. Exempelvis kan en patient få öva att ta steget att ringa sin arbetsgivare/chef och ge hjälp om vad patienten ska säga. En viktig kunskap att förmedla till patienten är att informera om vilka skyldigheter och rättigheter denne har gällande rehabilitering. Arbetet som REKO innebär inte att koordineringsprocessen ska gå snabbt utan att rehabiliteringen och återgången till arbete sker i rätt ordning, att det blir optimalt och genomtänkt.

Först görs en kartläggning tillsammans med patienten och därefter sker en planering som bygger på det som framkommit i kartläggningen. På enheten/mottagningen ska REKO också vara en tillgång för all personal när det gäller försäkringsmedicinska frågor

Det är angeläget att man som REKO är stringent i sitt uppdrag och håller sig till funktionen. De som idag arbetar som REKO har olika grundprofessioner och det kan vara lätt att falla in i sin tidigare yrkesroll som till exempel sjukgymnast och tänka på vad som är ”bra för patienten” ur det perspektivet – istället för att se till att optimera sjukskrivningsprocessen. Patienten vill ju också ofta ha medhåll och tycker kanske att det är bedrövligt att inte hen får det och det i tid, eller att Försäkringskassan inte ger den sjukskrivning som patienten önskar.

Där får inte jag egentligen...eller jag får ju tycka och tänka men jag ska inte lägga nån värdering i vare sig vad patienten tycker, vad doktorn föreskriver eller vad myndigheten, Försäkringskassan gör eller socialtjänsten eller arbetsförmedlingen. Och det där är en konst att lägga band på sig själv.

En utmaning i REKO-funktionen är att inte gå utanför sin roll, att hålla sig inom sina ramar. REKO ställs ibland inför etiska dilemman och den hierarkiska ordningen i vården blir många gånger mycket tydlig.

Som REKO är man faciliteraren i rehabiliteringsprocessen, strukturerar upp och för planeringen framåt, REKO kan t ex se över att läkarintyget är ifyllt på ett adekvat sätt, att intyget är inskickat till Försäkringskassan i tid och att det är omhändertaget enligt deras rutiner. Vidare ska REKO ta kontakt med företagshälsan och/eller prata med arbetsgivare

och se till att dialogen fullföljs och är fungerande. Däremot har en REKO inte mandat att bestämma vad arbetsgivaren ska göra eller uttrycka sig om hur Försäkringskassan hanterat ärenden, även om man som REKO kan ”tycka” att det är felaktiga beslut som tas eller att inriktningen på rehabiliteringsprocessen inte går helt åt rätt håll.

Alla ärenden som man möter är olika och en del är lättare än andra. Vid svåra ärenden går det inte att arbeta utifrån en bestämd mall. Svåra ärenden tar mycket mer resurser, kraft och energi än vad man kan utläsa genom besöksstatistik och bokningar.

Uppdraget som REKO kan se olika ut och en REKO kan även arbeta olika i sitt uppdrag, några arbetar enbart med att boka tider medan andra har mycket patientkontakt och arbetar utåtriktat md möten med olika aktörer. Då REKO-funktionen är relativt ny inom specialistsjukvården är det en funktion som behöver vidareutvecklas och integreras mer på organisatorisk nivå jämfört med att man som idag arbetar på individnivå. I uppdraget står det att REKO ska arbeta ihop med verksamhetscheferna medan det idag är en funktion som arbetar tämligen mycket på individnivå. REKO-funktionen behöver skapa sig en plats i organisationen och det är angeläget att all personal vet vem man är och hur man arbetar som REKO.

Gällande vidareutvecklingen av funktionen upplever jag att man bör arbeta mer på organisatorisk nivå och som det är nu så jobbar jag på individnivå för det mesta med ärendena. Jag tänker att det jag vill göra är ju liksom att jobba för hur sjukskrivningsprocessen funkar här på ortopedmottagningen.

Samordning externt

I sjukskrivningsprocessen kan svårigheter uppstå då sjukvården ska möta myndigheter utanför vården, som Försäkringskassan och arbetsförmedlingen, då deras uppdrag är olika samt förändras över tid p g a politik och ekonomi. Det kan upplevas som otydliga direktiv och inriktningar och i kontakter med arbetsgivare finns ibland en okunskap om rehabilitering och om hur arbetsplatsen ska kunna anpassas för en återgång i arbete och personen får ofta svaret att arbetsuppgifterna inte går att anpassa.

De mötena är fruktansvärt jobbiga kan jag tycka... bara för mitt uppdrag är ju egentligen att möjliggöra och sen så sitter man där med patienten (?) vad hände, varför blev det så här? Och det har vi nog haft några stycken under dom här årens gång där man verkligen tycker att här gör ju inte arbetsgivaren nånting som främjar en rehab process..

Arbetsgivaren ger tidigare upp hoppet om att personen ska kunna återgå i arbete, den sjukskrivna personen däremot håller fast vid sin anställning. Som REKO skulle man vilja se ett mycket större samarbete och faktiskt utnyttjande av företagshälsan över lag. Stora arbetsgivare som vi har pratat med i projektet, region och kommun, de köper inte mer företagshälsa än vad man behöver. Man köper ofta in företagshälsa per timme och då blir det dyrt att ha företagshälsan med på rehab-möten. Vi de tillfällen som företagshälsan har varit involverad har det upplevts mycket positivt. Stora arbetsgivare har sina egna rutiner och policys kring hur rehabiliteringsprocessen ska se ut. Det är ofta en tydlig struktur i arbetsåtergången som underlättar för patienten. Det finns en stor samarbetsvilja och flexibilitet hos medelstora och mindre företag och de önskar stöd i rehabiliteringen och upplevelsen är att de verkligen vill ha tillbaka sina arbetstagare.

Förändringar under pandemin

Under pandemin har arbetssättet ändrats och de flesta mötena har genomförts via telefon eller digitalt istället för att vara personliga möten på plats. Likaså har rehabiliteringsplanen som tidigare gjorts skriftligt på plats under pandemin gjorts i större utsträckning muntligt och sedan dokumenterats i efterhand. Innan pandemin var jag också ute på företag och kunde sitta med personen för att hjälpa till med att fylla i blanketter om bland annat arbetsträning. Upplevelsen var då att alla var intresserade och tog väl emot den kunskap som förmedlades. Särskilt märktes det bland små och medelstora företag.

Synpunkter om att bedriva en studie

Det har upplevts som en tillgång att det bedrivits en studie vid Ortopedmottagningen då det hjälpt till att bygga upp en struktur för hur REKO kan arbeta vidare. Det har också givit en legitimitet till varför en koordinator finns på mottagningen och hur den arbetar. Dokumentationen gällande både kartläggnings- och informations-materialet som tagits fram i studien blir en tillgång i det fortsatta arbetet med integreringen av REKOs

Det gör att det hela känns liksom väldigt proffsigt på nåt sätt. Det är inte nåt hemmasnickrat. Det är liksom...det är snyggt och bra (?) och det är jättebra liksom att vi kan använda det fortsatt också.

Det var under första tiden med studien till viss del svårt att få in ärenden som personalen rekryterade in till studien. Det var då mer upp till mig som REKO att leta reda på ärenden eller att REKO på omvägar fick höra att personalen hade svåra ärenden där en REKO skulle kunna vara behjälplig. Det blev, ju längre studien pågick, allt lättare att rekrytera patienter och det berodde nog på att funktionen REKO blev allt mer känd samt att REKO hade sitt rum på mottagningen. Slutsatsen av det är att det tar tid att introducera en helt ny funktion med ett nytt arbetssätt och att det var angeläget att det från början var avsatt en längre tid som studien kunde pågå. Det tror jag har varit ett framgångskoncept i sig.