

Utvärdering av SASSAM som metod för bedömning av arbetsförmåga och rehabi- literingsbehov i svensk företagshälsovård

*Lena Ekenvall, Katarina Kjellberg, Margaretha Wennerstein
och Ingemar Åkerlind*

ARBETSLIVSRAPPORT NR 2005:26

ISSN 1401-2928

Enheten för arbetshälsa

Enhetschef: Ewa Wigaeus Tornqvist



Arbetslivsinstitutet

Förord

Arbetslivsinstitutet fick i regleringsbrevet för år 2004 i uppdrag att arbeta med metodutveckling och utbildning inom företagshälsovården. I samråd med Föreningen Svensk Företagshälsovård beslutades att som ett delprojekt utvärdera användningen av SASSAM, Strukturerad Arbetsmetod för Sjukfallsutredning och SAMordnad rehabilitering, inom företagshälsovården.

Föreliggande rapport bygger på intervjuer med ett antal aktiva användare av SASSAM-metoden inom företagshälsovården. Arbetet har följts av en referensgrupp bestående av Göran Blennow, försäkringsöverläkare, Riksförsäkringsverket, Lars Bohlin, vd, Föreningen Svensk Företagshälsovård, Monica Mortimer, forskare, Arbetslivsinstitutet, Kerstin Ekberg, professor, Linköpings universitet och Mats Hagberg, professor, Göteborgs universitet.

Projektet har genomförts av en arbetsgrupp bestående av personer med kompetens inom företagshälsovård, belastningsergonomi, medicin och beteendevetenskap. Arbetet har koordinerats från Enheten för Arbetshälsa på Arbetslivsinstitutet genom projektsekreterare Katarina Kjellberg, ergonom och forskare. Projektledare har varit Lena Ekenvall, docent i yrkesmedicin vid Karolinska institutet. Gruppen har dessutom bestått av Margaretha Wennerstein, ergonom på Östermalmshälsan samt Ingemar Åkerlind, psykolog samt professor i folkhälsovetenskap vid Mälardalens högskola.

Projektgruppen vill tacka de som ställt upp för att bli intervjuade och så generöst skänkt oss av sin tid. Vi vill speciellt tacka Per Johansson, SASSAM-ansvarig projektledare inom hälsan&arbetslivet, Västra Götaland, som träffat oss vid ett par tillfällen och som hjälpt oss med kontakter med lämpliga personer att intervjua. Vi tackar också deltagarna i referensgruppen för det arbete de lagt ner genom att följa arbetet och läsa och kommentera rapporten.

Vi hoppas att denna rapport ska bli till nytta för de inom företagshälsovården som nu planerar att starta SASSAM-utredningar på sina egna enheter.

Stockholm Juni 2005

Katarina Kjellberg
Projektsekreterare
Enheten för Arbetshälsa

Ewa Wigaeus Tornqvist
Enhetschef
Enheten för Arbetshälsa

Innehåll

FÖRORD

BAKGRUND	1
SYFTE	2
MATERIAL OCH METOD.....	2
Enheter och yrkeskategorier.....	2
Intervjuer.....	3
RESULTAT	5
Beskrivning av enheterna.....	5
Att arbeta med SASSAM: Kartläggning.....	6
Tidigare erfarenheter av rehabiliteringsutredningar	6
Kontakt med SASSAM.....	7
Utbildning i SASSAM.....	7
Initiativ.....	7
Praktisk erfarenhet och rutiner.....	8
Att arbeta med SASSAM: Analys och jämförelser	9
Patientgrupper och funktion på olika stadier i förloppet	9
Kartläggning av patienten.....	10
Kartläggning av omgivningen.....	11
Kartläggning av hinder och resurser	12
Jämförelse med tidigare arbetsätt	12
Motivation att använda metoden.....	14
Påverkan på den egna psykosociala arbetsmiljön	16
Patienternas medverkan.....	16
Patienternas upplevelse av metoden	16
Delaktighet och ansvarstagande	17
Metoden	18
SASSAM-kartan	18
Anvisningarna	20
Anpassning till företagshälsovården	20
SASSAM-samverkan internt och externt.....	21
Inom teamet.....	21
Samarbetet med patientens arbetsplats.....	21

Externt samarbete.....	23
Organisation, ekonomi	25
Policy och rutiner	25
Ersättning	26
Effektivitet och kvalitet	26
Bedömning av arbetsförmåga.....	26
Utredning av rehabiliteringsbehov och planering av åtgärder	27
Återgång i arbete	27
DISKUSSION.....	28
Slutsatser.....	30
SAMMANFATTNING.....	32
REFERENSER.....	33
BILAGA 1: FRÅGEGUIDE	

Bakgrund

SASSAM, Strukturerad Arbetsmetod för Sjukfallsutredning och SAMordnad rehabilitering, är en metod för bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov hos sjukskrivna utifrån den enskilda individens behov [1]. Metoden bygger på kunskaper inom medicin och beteendevetenskap.

SASSAM konstruerades 1999 när försäkringskassorna i Västra Götaland slogs ihop till en kassa. Bristen på gemensam metod vid utredning inför beslut om rehabilitering uppfattades som ett problem. Stora resurser lades på åtgärder som inte gav önskat resultat på grund av otillräcklig utredning och planering och att man inte i tillräcklig utsträckning utgick från ”individ i centrum”. Man ville därför få fram ett gemensamt arbetsinstrument som tog tillvara tillgänglig vetenskaplig kunskap och även de praktiska erfarenheter som fanns inom kassorna. Genom att tillämpa strukturerade arbetsformer skulle de enskilda handläggarna och försäkringsläkarna få möjlighet att uppnå god kontroll i arbetet och en kvalitativt rättssäker handläggning. Metoden skulle också tillgodose individens behov av delaktighet.

Företags- och försäkringsöverläkaren Sven Olof Krafft fick i huvuduppgift att ta fram en gemensam metod för alla rehabiliteringsutredningar och arbetet startade mars 1999. Jan Candefjord, då företagsläkare i Halland och också utbildad psykolog låg bakom själva tänkandet och strukturen kring SASSAM. När han avled juni 2000 föll ansvaret på Sven Olof Krafft. Många kompetenta personer engagerades för att slutföra arbetet och Sven Olof Krafft fungerade som koordinator. Bland andra var professor Kerstin Ekberg, Linköpings universitet, professor Staffan Marklund, Arbetslivsinstitutet, Curt Edlund, Försäkringskassan Västerbotten, Artur Tennenbaum, rehabiliteringsläkare Mösseberg, och Mikael Olsson, då Försäkringskassan Västra Götaland och nu Riksförsäkringsverket, inblandade.

SASSAM har en humanistisk bakgrund och bygger på etiska principer. Den sjukskrivna individen äger sitt problem och sina resurser. Avsikten med SASSAM är att individen själv ska uttrycka sina hinder och resurser, fysiskt, psykiskt och socialt. Individen ska också försöka bedöma sin motivation att göra något åt hindren. SASSAM var avsett som hjälp att bedöma rätten till sjukpenning och behov av rehabilitering.

SASSAM ska nu användas inom alla försäkringskassor även om man har hunnit olika långt på olika ställen. Längst verkar man ha kommit i Västra Götaland där försäkringskassan nu gör ca 1300 utredningar varje månad. Arbetet med SASSAM startade redan 1999, och det har tagit tid att implementera tänkesättet och arbetsmetoden. SASSAM består av arbetsverktyget SASSAM-kartan, beskrivning av metoden samt ett stort informations- och utbildningsmaterial kopplat till arbetsverktyg och metod [1, 2]. Kartan är främst ett pedagogiskt hjälpmedel, som stödjer kommunikationen med den försäkrade men också med de aktörer som hjälper den enskilde i rehabilitering tillbaka till arbetslivet.

Även om SASSAM infördes för att skapa en gemensam metod för försäkringskassans handläggare vid rehabiliteringsutredningar är metoden inte begränsad till att användas i en viss organisation. SASSAM är avsett att vara ett hjälpmedel även vid samverkan med andra aktörer, vilket innebär att den är tänkt att vara oberoende av organisation och

att kunna användas av t.ex. företagshälsovården, sjukvården, arbetsförmedlingen eller socialtjänsten.

Riksförsäkringsverket (RFV) har fått i uppdrag av regeringen att genomföra försäkringsmedicinska utbildningar för de läkare som ska utfärda s.k. särskilda utlåtanden om arbetsförmåga. Dessa utbildningar pågår sedan hösten 2003 och de innefattar en introduktion i SASSAM-metoden. Föreningen Svensk Företagshälsovård (FSF) framförde önskemål om att man ville komplettera utbildningen för läkare med en utbildning för hela team inom företagshälsovården. FSF, Arbetslivsinstitutet (ALI) och RFV kom överens om att genomföra en sådan utbildning fr.o.m. hösten 2004. Metoden rekommenderades också som god praxis avseende arbetsförmågebedömningar inom projektet "Good Practice i Svensk Företagshälsovård" som genomfördes på uppdrag av en styrgrupp bestående av representanter från Arbetsmiljöverket, Arbetslivsinstitutet och FSF [3]

ALI har i regleringsbrevet för år 2004 fått i uppdrag att arbeta med metodutveckling och utbildning inom företagshälsovården (FHV). I samråd med FSF har man som delprojekt valt att utvärdera användningen av SASSAM inom FHV. Utvärderingen gäller både metodformuläret och tillämpningen ute på fältet.

Syfte

Syftet med projektet är att utvärdera SASSAM-metoden som ett arbetsinstrument för FHV:s rehabiliteringsteam för bedömning av arbetsförmåga och för utredning och samordning av rehabiliteringsinsatser. Avsikten är att resultatet ska kunna ge underlag för eventuell vidareutveckling och anpassning av metoden för FHV:s behov.

Material och metod

Utvärderingen har genomförts som en intervjustudie med personal inom företagshälsovården. Genom personliga kontakter och via de utbildningar som ges för företagshälsovårdens personal på Arbetslivsinstitutet har ett antal enheter där SASSAM-metoden använts identifierats. Inventeringen av de enheter som använder SASSAM i arbetet har inte varit systematisk. Avsikten var inte att göra en heltäckande kvantitativ kartläggning utan snarare att få fram urval av enheter som representerar de mest erfarna användarna. Sannolikt har vi identifierat de flesta av de enheter som har störst erfarenhet av metoden. Identifierade enheter kontaktades och de personer som hade erfarenhet av att använda SASSAM ombads att delta i en intervju. Intervjuerna genomfördes på respektive företagshälsovård.

Enheter och yrkeskategorier

Totalt 25 användare av SASSAM vid nio FHV-enheter har intervjuats (tabell 1). Fem av enheterna (A:1-5) tillhörde samma koncern medan de övriga ingick i fyra andra koncerner (B-E). Intervjupersonernas fördelning på enheter och yrken framgår av tabell

1. De flesta av enheterna som använde metoden fanns i Västra Götaland där man hunnit längst med implementeringen.

Tabell 1. Intervjupersonerna fördelade på enheter och yrkeskategorier.

Enhet	Läkare	Sjuk- sköterska	Ergonom/ sjukgymnast	Beteende- vetare	Rehab- konsult	Totalt
A: 1	1	1	1	1		4
2		1				1
3		2				2
4		3	2			5
5	1	1	2	1		5
B: 1	1		1	1		3
C: 1		2	1			3
D: 1					1	1
E: 1	1					1
Totalt	4	10	7	3	1	25

Därutöver har två experter (försäkringsöverläkarna Sven Olof Krafft och Claes Lenngerd på försäkringskassan i Borås) intervjuats. Vid koncern A har den SASSAM-ansvarige projektledaren tillsammans med de SASSAM-ansvariga kontaktpersonerna vid de olika enheterna intervjuats i grupp.

Intervjuer

Utvärderingen har baserats på semistrukturerade intervjuer utifrån en intervjumall med 28 frågeområden fördelade på sju huvudteman (se punktuppställning nedan). Guiden innehåller totalt 67 frågor och 96 förslag på uppföljningsfrågor (bilaga 1). De flesta intervjuerna skedde individuellt men vid tre tillfällen genomfördes intervjuer samtidigt med två eller tre personer av samma yrkeskategori.

Intervjumall

Att arbeta med SASSAM: Kartläggning

- Tidigare erfarenhet av rehabiliteringsutredningar
- Kontakt med SASSAM
- Utbildning i SASSAM
- Praktisk erfarenhet av SASSAM
- Initiativ

Att arbeta med SASSAM: Analys och jämförelser

- Funktion på olika stadier i sjukskrivningsförloppet
- Olika patientgrupper
- Kartläggning av patienten
- Kartläggning av omgivningen
- Kartläggning av både resurser och hinder
- Jämförelse med tidigare arbetssätt

- Helhetsperspektiv
- Motivation för att använda metoden
- Påverkan på den egna psykosociala arbetsmiljön

Patientens medverkan

- Patienternas upplevelse av metoden
- Delaktighet
- Eget ansvar för rehabiliteringen

Metoden

- SASSAM-kartan
- Anvisningarna (kompendiet)
- Anpassning till FHV

SASSAM-samverkan internt och externt

- Inom FHV-teamen
- Samarbetet med patientens arbetsplats
- Externt samarbete

Organisation – ekonomi

- Policy och rutiner
- Ersättning

Effektivitet och kvalitet

- Bedömning av arbetsförmåga
- Utredning av rehabiliteringsbehov och planering av rehabilitering
- Återgång i arbete.

Viss överlappning mellan olika frågeområden kunde förekomma. Det varierade mellan intervjuerna under vilken fråga ett visst ämne togs upp. Alla frågor behövde därför inte tas upp i intervjun utan innehållet anpassades till det som var relevant för intervjupersonens situation.

De utvalda enheterna delades upp mellan de fyra medarbetarna i projektgruppen och var och en gjorde alla intervjuerna på en enhet. En intervju tog mellan 30 minuter och två timmar att genomföra. Dokumentationen bestod av bandinspelningar och stödanteckningar under intervjuens gång och minnesanteckningar skrevs direkt efteråt. Bearbetningen skedde sedan i fyra steg:

1. Varje intervjuare lyssnade igenom sitt inspelade material flera gånger och jämförde det med stöd- och minnesanteckningarna. Därefter gjorde intervjuaren en sammanställning av svaren på de olika frågeområdena för varje intervjuperson.
2. Där flera personer i ett team intervjuats sammanfördes dessa individuella sammanställningar till en gemensam för enheten.
3. Sammanställningarna för de nio enheterna sammanfördes sedan av en person i projektgruppen till en gemensam redovisning för varje frågeområde. Denna reviderades och kompletterades sedan av övriga i projektgruppen till följande resultatredovisning. Avsikten var att komprimera de 25 intervjuerna till en trovärdig beskrivning av viktiga svarsmönster och tendenser i materialet.
4. Slutligen gjordes en andra genomgång av det inspelade materialet genom att 19 av de 25 intervjuerna skrevs ut ordagrant av en annan person i projektgruppen. Materialet analyserades ytterligare en gång. Resultatet visade sig överensstämma väl med sammanställningen i steg 3, men några smärre korrigeringar kunde göras. Frågorna exemplifierades också med citat.

Resultat

Beskrivning av enheterna

Fem av enheterna (A:1-5, tabell 1) ingick i en större koncern med ett tydligt policybeslut att använda SASSAM. Koncernen hade varit involverad i utvecklingen av metoden. Det fanns en centralt placerad projektledare som samordnade implementeringen av metoden samt en SASSAM-ansvarig person vid varje enhet.

Enhet 1: En av upphovsmännen till metoden arbetade tidigare vid enheten. De som arbetat länge vid enheten var väl förtrogna med ideologin bakom metoden och hade varit kontakt med utvecklingsarbetet och förstadier till den (kallat Basrehab). Flera olika personalkategorier och även nyanställda personer använde SASSAM. Alla utredningar togs upp vid regelbundna teamkonferenser. Det var vanligt att läkaren initierade utredningen och sedan delegerade till sköterskan att genomföra den. Hon kunde dock repliera på läkaren vid behov.

Enhet 2: Ingen vid enheten hade deltagit i utvecklingen av metoden. Endast den intervjuade praktiserade den. Många av de övriga var nyanställda utan tidigare kontakt med metoden. Regelbundna teamkonferenser kring SASSAM hade ännu inte kommit igång, framför allt på grund av bristande kontinuitet på läkarsidan.

Enhet 3: SASSAM användes mest av sköterskorna och läkaren. Psykologen var mer sällan inblandad och ergonomen bara någon enstaka gång. Kartan fylldes i av sköterskorna men de kunde repliera på läkaren vid behov. Sköterskorna hade först ett långt samtal med patienten och förklarade avsikten med kartan, därefter fick patienten ta kartan med sig hem och fylla i den och därefter träffades man igen och gjorde sammanställningen och åtgärdsförslagen gemensamt. Sammanfattningen fördes in i datorjournalen, patienten fick originalet och en kopia av kartan förvarades som journalhandling. Regelbundna teammöten hade inte kommit igång.

Enhet 4: Metoden skulle användas om mer än en medarbetare hade kontakter med patienten. Flera av intervjupersonerna följde mallen ganska väl och fyllde i på plats tillsammans med patienten, medan någon lät patienten fylla i hemma, efter ett introducerande samtal. Samtalet följdes sedan upp vid ytterligare ett möte. Patienter fick behålla originalet och kopian stannade på centralen. Teammöten planerades men blev inte alltid av.

Enhet 5: Både läkaren och sköterskan fyllde på information i kartorna. Omfattningen var c:a en karta per vecka. Läkaren använde metoden vid patientbesök, ibland med komplettering vid återbesök. Sköterskan lät patienterna få med sig en tom karta hem. Vid ett nytt besök efter tre dagar fick de ofta fylla i kartan själva. Det hände också att läkaren fyllde på sköterskans karta i samråd med patienten. Kartorna redovisades och diskuterades i teamet, som även bestod av en organisationskonsult och två ergonomer, vid ett särskilt SASSAM-möte var 14:e dag. De övriga i teamet kunde då tillfoga information och kartan kompletterades sedan av läkare eller sköterska tillsammans med patienten vid nästa besök.

De fyra övriga enheterna (B-E, tabell 1) ingick i skilda koncerner med rikstäckande, regional eller lokal utbredning. Enheterna hade utvecklat olika rutiner för processen och arbetsfördelningen i SASSAM-utredningarna.

Enheten vid den större rikstäckande koncernen (B) hade på eget initiativ vidareutvecklat metoden till en mycket strukturerad alternativ rutin. Det fanns inget övergripande policybeslut om att använda SASSAM. En dag per vecka hade bokats för SASSAM-utredningar. Den dagen omfattade också teammöte, förmöte med patienten och rehabiliteringsmöte. Sköterskan kallade patienterna, samlade in tidigare journalhandlingar och bokade tider hos teamet samt informerade patienten om syfte och genomförande varefter patienten träffade ergonomen, psykologen och läkaren. Därefter träffades teamet och gjorde en gemensam bedömning. Läkaren fyllde sedan i kartan tillsammans med patienten. Därefter hade teamet ett förmöte med patienten då man kom överens om vad som kunde tas upp på ett efterföljande rehabiliteringsmötet där arbetsgivaren och ibland försäkringskassan deltog.

En enhet (D) tillhörde en regional koncern som hade fattat ett policybeslut om att introducera SASSAM som gemensam arbetsmetod. Intervjupersonen var den enda som vid intervjutillfället hade kommit i gång, vilket berodde på hennes tidigare långa erfarenhet av metoden inom annan organisation. Övriga skulle successivt skolas in i metoden; psykologer först, därefter läkare, företagssköterskor och beteendevetare. Enheten hade regelbundna teammöten där den intervjuade kunde avrapportera sina utredningar varefter förslag på åtgärder diskuterades. Dessa togs sedan upp med patienten innan beställaren av kartläggningen fick sammanfattning och handlingsplan.

En annan enhet (C) tillhörde en regional koncern utan policybeslut om att använda SASSAM. Ledningen hade dock en positiv inställning till att medarbetare på eget initiativ började använda metoden. Tillämpningen varierade. Sköterskorna gick relativt strikt efter kartan efter att först förklarar syftet och hur kommande rehabiliteringsmöte skulle gå till. De fyllde i kartan med patients egna ord vid ett intervjutillfälle. Även beteendevetaren arbetade med SASSAM-kartläggningar, hon var dessutom den som utbildat de övriga på hälsan. Ergonomen använde SASSAM mera fritt som ett av flera redskap. Regelbundna teammöten hade inte kommit igång.

Vid en lokal enhet (E) användes SASSAM av en läkare som underlag vid utfärdandet av Särskilt läkarutlåtande på uppdrag av försäkringskassan. Endast läkaren var inblandad och teamarbete förekom ännu inte. Läkaren planerade att använda SASSAM även i andra sammanhang och att då göra det i team. Hon tyckte det var givande att fylla i kartan tillsammans med patienten eftersom det gav mycket värdefull information. Ibland fick patienten ta med sig kartan och fylla i den i hemmet.

Att arbeta med SASSAM: Kartläggning

Tidigare erfarenheter av rehabiliteringsutredningar

Intervjupersonernas erfarenheter varierade i hög grad. En del hade arbetat med rehabiliteringsutredningar under lång tid inom FHV eller på andra håll (t.ex. rehabiliteringsklinik och försäkringskassan). Andra var nyanställda under det senaste året. Större delen av de senare hade erfarenhet från andra vårdområden där liknande

frågeställningar samt helhetssyn och multidisciplinärt arbete tillämpats (t.ex. vårdplanering, psykosomatik, stödsamtal, hälsopromotion, arbetsledning).

Kontakt med SASSAM

De som arbetat länge vid samma koncern som en av upphovsmännen var väl förtrogna med ideologin bakom metoden. De hade också varit kontakt med utvecklingsarbetet och förstadier till SASSAM (kallat Basrehab). En nyanställd person vid en annan koncern hade deltagit i motsvarande utvecklingsarbete inom försäkringskassan (FK) under lång tid. Övriga nyanställda kom i kontakt med SASSAM när de började på respektive enhet.

Utbildning i SASSAM

De flesta hade deltagit i intern eller extern utbildning som omfattade en till fem dagar. De intervjuade tyckte i allmänhet att utbildningarna varit tillräckliga som introduktion men efterlyste organiserad uppföljning och handledning. En del enheter hade regelbundna teammöten kring SASSAM som tillgodosåg dessa behov och innebar en kontinuerlig fortbildning.

Utbildningen var tydlig och enkel. Den stämde väl med min tidigare erfarenhet. Den var tillräcklig för mig. (Organisationskonsult)

Utbildningen var väl bra, men den handlade för mycket om vad som skulle skrivas var. Det blev faktiskt ett hinder för mig i början. Nu har jag insett att det inte spelar någon roll var det skrivs bara det kommer med. (Sköterska)

Bra med lärare som varit med och skapat metoden och som kan ge de rätta svaren. Svårt att greppa metoden enbart utifrån teori på så kort tid. Man behöver också praktisera metoden och ha uppföljning med handledning. Det finns risk att man använder metoden för sällan och inte befäster sin kunskap. (Ergonom)

Initiativ

Vid två av de fem koncernerna fanns policybeslut om att införa SASSAM som en gemensam metod vid alla enheter.

Cheferna uppmuntrar till att använda SASSAM och tycker det är självklart men en del vägrar. (Sköterska)

Det är tillsagt att SASSAM ska användas men det görs inte alltid. Jag har funderat i termer av hinder – varför görs det inte? Jag tror det handlar om individuella val. (Organisationskonsult)

Tanken är att om två personer eller fler är inblandade i ett ärende ska SASSAM användas men jag vågar inte säga hur det efterlevs. Det finns olika läger beroende på om man tycker det är bra eller inte. (Ergonom)

Chefer i huset tycker och tänker men det var när de nya (nyanställda) kom som man började jobba. (Sköterska)

Vid två andra koncerner fanns en positiv inställning till metoden, men det var upp till det enskilda teamet att bedöma om de ville använda den. De räknade med att efterfrågan från arbetsgivarna skulle komma att öka och SASSAM på det sättet skulle anammas av fler team än det intervjuade.

*Det är jag som introducerat metoden i teamet efter att själv ha testat den. Nu använder teamet den alltid när arbetsgivaren begär rehabiliteringsutredning.
(Läkare)*

Vid den femte koncernen fanns ingen gemensam diskussion om metoden, utan den användes av en läkare vid undersökning inför utfärdande av s.k. särskilt läkarutlåtande enligt RFVs riktlinjer.

Vid enheterna med enstaka användare var det mer upp till den enskildes eget initiativ att avgöra i vilka fall de skulle göra utredning.

Vid en del enheter användes SASSAM aktivt i marknadsföringen. Kunderna informerades om metoden som ett särskilt erbjudande som de kunde beställa till extra kostnad. I de fallen låg initiativet helt hos kunden. Det förekom också att möjligheten att göra en SASSAM-utredning togs upp vid ett flerpartsmöte av FK eller någon annan medverkande.

Vid två enheter genomfördes ett projekt tillsammans med en stor arbetsgivare som innebar att alla anställda med mer än 28 dagars sjukfrånvaro eller med mer än sex frånvarotillfällen per år remitterades till företagshälsovården. Vid dessa bedömningar användes alltid SASSAM.

Praktisk erfarenhet och rutiner

De flesta enheterna hade använt SASSAM under relativt begränsad tid, oftast mindre än ett år. Antalet genomförda egna utredningar varierade bland de intervjuade från någon enstaka till en per vecka. En del beteendevetare och ergonomer framhöll att de var mer inriktade på prevention, friskvård, arbetsmiljö och organisation än på att arbeta med redan långtidssjukskrivna individer. Andra intervjupersoner menade att de tillämpade idéerna bakom SASSAM i sina vanliga utredningar och inte höll sig strikt till kartan.

*Vi har använt metoden c:a ett år. Vi träffas var 14:nde dag. Jag gör väl kanske en karta per vecka, företagsläkaren gör fler. Jag känner att jag borde göra fler.
(Sköterska)*

*Vi har haft ett tiotal rehab-utredningar där vi använt SASSAM efter det att vi började med metoden för ett halvt år sedan. Det är alltid läkaren som fyller i kartan, jag journalför och fyller i ett formulär om fysisk förmåga, kondition och styrka.
(Ergonom)*

*Jag fyller sällan i någon karta. Patienten kommer via läkaren och kartan är redan gjord och jag fyller inte på den. Jag fyller på vid teammötena.
(Organisationskonsult)*

Utredningen betraktades ofta som en utvecklingsprocess där patienten fick möjlighet att gå hem och tänka efter och återkomma till nytt samtal. En kartläggning kunde ta allt från en till sex timmar, dvs. oftast betydligt mer än den timme som FK uppgavs att i allmänhet ha till sitt förfogande för motsvarande utredning.

Det gäller att skapa förtroende först, jag tar ofta inte alls fram kartan vid första tillfällena utan vi talar en timma eller en och en halv innan den visas. (Sköterska)

Jag tycker det är så knepigt att man på Försäkringskassan gör SASSAM på 60 minuter och sedan är det färdigt. Det förstår jag inte, det är faktiskt en process. (Sköterska)

De rådde delade meningar om i vilken utsträckning det var lämpligt att låta patienten fylla i kartan på egen hand. En del intervjuade lät vissa patienter ta med kartan hem för att i lugn och ro tänka igenom och anteckna. Ofta följdes det upp med en ny träff då de gemensamt gick igenom materialet och utformade sammanställning och åtgärdsförslag. Andra menade att kartan inte var konstruerad för att fyllas i av patienten. Det var bättre att ta tid på sig, stödja patientens försök att formulera sig och skriva tillsammans vid besöken. Två av de intervjuade läkarna, varav en arbetade strukturerat i team, påpekade att de själva ville fylla i kartan eftersom de erhöll viktig information i dialog med patienterna.

Jag låter alltid patienten ta med sig kartan hem och fylla i den själv. Sen träffas vi igen och går igenom och fyller på. Jag började med det efter en gång då en patient inte riktigt ville kännas vid vad som stod i kartan. Står det med deras egen handstil är det sant. (Sköterska)

Jag kan ha ett förberedande möte med patienten och sedan låta henne fylla i kartan hemma. Det ger information om verbal förmåga och skrivförmåga också. Oftast fyller jag i den själv tillsammans med patienten. Även om vi senare kommer att jobba i team vill jag fylla i kartan tillsammans med patienten – dialogen ger så mycket information. (Läkare)

På de flesta enheter betraktades kartan som patientens egendom och denna fick oftast med sig ett eget exemplar av kartan. Sammanfattningen från SASSAM-kartan fördes in i datorjournalen. Ibland förvarades också en kopia av kartan i journalen.

Att arbeta med SASSAM: Analys och jämförelser

Patientgrupper och funktion på olika stadier i förloppet

De flesta intervjupersoner var eniga om att SASSAM framför allt skulle användas vid oklara och komplicerade fall som de trodde kunde bli långdragna. Ofta innebar det att både symptom från rörelseorganen och psykisk ohälsa av typen stressrelaterade besvär fanns med i bilden. SASSAM var däremot inte lämplig att använda vid fall där ”tyngre” psykiatriska diagnoser var huvudproblemet.

Vi får mycket psykosocialt. Vi använder inte SASSAM vid specifika diagnoser – dessa patienter kommer inte till oss. (Sköterska)

Tydliga diagnoser är mycket lättare. Diffusa är svårare, patienten måste lyfta fram (symptomen) trots att det inte syns, då är det mycket svårare. Reumatikerna är ofta med på noterna på ett annat sätt och förstår t.ex. att de måste byta jobb. De diffusa måste visa att de har ont, hänger upp sig på hinder för att legitimera sina problem. (Ergonom)

De flesta intervjuade tyckte det var svårt att ange vid vilken tidpunkt i sjukskrivningsförloppet de borde använda SASSAM. Idealet bedömdes vara att komma in tidigt i fall som riskerade att bli långvariga. Svårigheten var att kunna identifiera dessa fall på ett tidigt stadium. En indikator kunde vara att de inte tyckte sig hitta kärnan i problematiken. Ibland användes SASSAM när arbetsgivaren beställde en teamutredning vilket ofta blev sent i förloppet, ibland efter flera års sjukskrivning när patienterna var anpassade till att inte arbeta. Några personer efterlyste tydligare riktlinjer om hur beslut om SASSAM-utredning skall ske och ansvarsfördelningen i förhållande till FK. Som ett undantag från idealet om tidig utredning nämndes utpräglade "utmattningssyndrom" som kan behöva en period av återhämtning. En annan målgrupp för SASSAM-utredning kunde vara personer med upprepad korttidsfrånvaro. Några framhöll att SASSAM fungerade i alla stadier i sjukskrivningsförloppet även om tidig intervention var att föredra. På en enhet framhöll de intervjuade att ett hinder för tidiga SASSAM-utredningar var att patienterna under den perioden oftast var sjukskrivna av primärvården. De blev inte aktuella vid FHV förrän i ett senare skede då de redan var långtidssjukskrivna.

Det finns ingen regel om när SASSAM ska göras. De kommer till oss vid rehab-utredning och då har det gått minst fyra veckor, oftast månader. Det vore bra om vi fick indikationer redan första veckan. (Sköterska)

Om man kommer in tidigt och talar om resurser kan man kanske hindra att folk tippas över. De gamla ärendena är fortfarande svåra, det är fastkört. Det finns en maktlöshet hos de tyngsta, inget hjälper, en del har bestämt sig för att lämna arbetslivet. De blir upprörda av att höra om resurser och söker annan läkare. (Organisationskonsult)

Vi använder det på alla sjukfallslängder, från korttidsfrånvaro till långtidssjukskrivningar. Det är jätteviktigt att komma in tidigt innan man manifesterat allt. Jag anser att det är väldigt många tillstånd när man kan arbeta med anpassning. Vid flera års sjukskrivning är det jättesvårt att frånträda det man har stått upp för så lång tid och att återuppväcka sin gamla roll. Det är jätteviktigt att komma in tidigt och hitta bra sätt att leva. (Ergonom)

Kartläggning av patienten

Flera intervjuade framhöll att SASSAM-kartans uppdelning gjorde det lättare för patienten att se de olika sidorna hos sig själv och att den totala bilden blev klarare. Genom att konsekvent utgå från patientens syn och inte värdera och lägga till egna tankar mötte man henne där hon befann sig, vilket gjorde det lättare för henne att tänka i nya målbilder och gå vidare. Inte så sällan mynnade kartläggningen ut i slutsatsen att patienten behövde byta arbetsuppgifter eller arbetsplats. Genom att betona patientens

egen aktivitet i utredningsprocessen skapades större eget ansvar och initiativ och patienten kunde upptäcka egna resurser.

Kartan kräver en del av personen. Det är positivt att personen måste vara mer aktiv själv, man slipper fixandet. Man kanske lär sig från början skillnaden med att bli bemött på det här sättet och inte genom en passiv sjukroll. Många patienter tycker det känns oerhört bra. Det är bra att fokusera på många områden men det krävs fingertoppskänsla. De handlar om förtroende för patientens egen bedömning. Ibland får man ta fram kartan igen. Patientens inställning kan ändras, hon kan få tankar på förändrade arbetsuppgifter eller arbetsbyte tidigare. Insikten kan öka men resan kan se olika ut. Det är svårt att hitta andra arbeten. (Ergonom)

Jag vet inte om något ändrats via SASSAM. Kanske patienternas inställning, det klarnar för dom, ser du själv något mönster, vad har du för tankar själv. (Sköterska)

Man sitter med någon som får hela uppmärksamheten i 1-2 timmar. ”Vad skönt det var, det var vissa saker som jag kan ändra på redan från och med i dag, annars slussas man runt mellan korta läkarbesök”. De tycker det här är fantastiskt, att man har tiden. Patienterna är ofta väldigt positiva, aha-upplevelser. (Sköterska)

Kartan underlättade också för flera yrkesgrupper att ta upp personliga och psykosociala frågor vid sidan av de rent biomedicinska.

Patienterna tar inte illa upp om man talar om personliga eller sociala problem om man skapat förtroende först. (Sköterska)

En del menade att utredningen av patienterna egentligen inte hade ändrats genom SASSAM, utan fördelen var att de nu hade ett strukturerat verktyg som underlättade för alla inklusive försäkringskassan att tala samma språk.

Kartläggningen har egentligen inte ändrats genom SASSAM, det är ett förhållningssätt. Det är inte lätt utan har att göra med var dom befinner sig i sin sjukroll. Det är jätteviktigt att möta patienterna där dom befinner sig. Patienterna är så upplysta i dag om undersökningar som dom tror att dom måste genomgå. Då gäller det att antingen göra undersökningarna eller övertyga om att dom är onödiga, annars går det inte att komma vidare. (Ergonom)

Kartläggning av omgivningen

De flesta intervjupersoner ansåg att kartläggningen av omgivningsfaktorer fungerade bra. Strukturen underlättade för att vissa områden inte glömdes bort. Flera personer ansåg att de fick fram mer information med SASSAM jämfört med tidigare arbetssätt, t.ex. arbetshindrande faktorer på arbetsplatsen och i hemsituationen.

Arbetsliv kontra privatliv blir tydligt, det har varit mycket bra. (Sköterska)

Jag går in i den sociala situationen vilket jag inte alltid gjort tidigare. (Läkare)

Det går bra att tala om sociala förhållanden. Att få folk att förstå att det sociala påverkar dom är svårt. (Ergonom)

*Det finns sällan något motstånd mot att tala om sociala och personliga förhållanden, patienterna har ett behov av att tala om sina svårigheter. Det kräver ständig tanke kring sekretess. Om sjukdom i familjen är ett arbetshinder kommer detta inte fram till arbetsgivaren – och så blir det en långkörare i alla fall.
(Psykolog)*

Kartläggning av hinder och resurser

Alla tyckte att kartläggning av både resurser och hinder var en viktig princip i SASSAM. Eftersom det i allmänhet var svårare att komma in på resurserna uppfattade de att utformningen av kartan gjorde det lättare att fokusera och tydliggöra resurserna för patienten. Detta krävde dock i allmänhet litet mer tid. Patienten fick gå hem och fundera. I början var fokus på hindren men efterhand var det möjligt att få patienten att tänka på resurserna. Det var inte bara patienterna som kunde ha svårt att se sina resurser, även sjukvårdspersonal kunde vara ovan att tänka i dessa banor. Personer med erfarenhet av rehabilitering hade lättare för detta och kunde sprida förhållningssättet till hela teamet.

Det är lättare att få med patienterna eftersom de känner intresse och deltagit själva. ”Oj vad mycket resurser jag har” tändes en gnista hos somliga, duger inte för andra. (Sköterska)

Patienterna berättar om sina besvär, vad ser du för hinder för dig? Men trots detta vad ser du för möjligheter att arbeta. (Läkare)

Fokuseringen på resurser var dock inte helt okomplicerad om SASSAM-utredningen skulle ligga till grund för särskilt läkarutlåtande. Att identifiera en viss restarbetsförmåga som sedan inte kunde utnyttjas i lönearbete blev ett etiskt dilemma.

Flera personer påpekade också att den systematiska kartläggningen av hinder, dvs. att försöka utreda vad som verkligen hindrade patienten från att arbeta, också var en fördel med SASSAM.

Vad är det som egentligen hindrar dig från att arbeta är en viktig fråga där läkare och beteendevetare kan ha olika syn. (Organisationskonsult)

Jämförelse med tidigare arbetssätt

De flesta betonade att SASSAM var en bra och strukturerad metod som involverade patienten i processen, betonade resurser och inte bara hinder och som kunde ge helhetssyn. Tidigare former av rehabiliteringsutredningar hade ofta huvudfokus på sjukdom medan helhetsbilden runt människan saknades. Systematiken i SASSAM säkerställde att viktiga aspekter från olika områden (t.ex. arbetslivet, privatlivet och egna resurser), som annars kunde komma i skymundan av symptomen, kom med. Därigenom erbjöds ett praktiskt verktyg för att tillämpa den helhetssyn som länge varit ett honnörsbegrepp inom många vårdområden. Patienterna hade tidigare ofta haft många läkarkontakter och mött många instanser för olika problem. Genom SASSAM fanns möjlighet att få en samlad bild. Vid ett vanligt rehabiliteringsmöte blev det mest tal om

fortsatt sjukskrivning eller när och i vilken grad patienten kunde återgå i arbete. Ett SASSAM-möte hade mer fokus på planering och åtgärder.

Det blir systematiskt, samma upplägg hos alla. Helhetsperspektivet underlättas av SASSAM. (Organisationskonsult)

Rehabilitering fokuserade tidigare på sjukdom och helhetsbilden runt hela människan saknades. Det ger SASSAM. Det ligger mycket bakom att folk inte kan gå tillbaka i arbete. (Sköterska)

Principen att enbart utgå från patientens uppfattningar och tydliggöra dessa i skriftlig form, utan att värdera eller lägga till egna tankar, var en viktig egenskap hos SASSAM i jämförelse med tidigare arbetssätt. Utredningen sågs som en process där patientens delaktighet och egenaktivitet var väsentlig. På det sättet gavs bättre möjligheter att bedöma patientens egentliga motivation och därmed rehabiliteringspotential. SASSAM-kartan måste dock hanteras med lyhördhet och smidighet. Om utredningen genomfördes på ett fyrkantigt och okänsligt sätt kunde patienten känna sig jagad och då erbjöd SASSAM inga fördelar.

Det underlättar kommunikationen med patienten. Det är så lätt att tolka in egna saker men patienten kanske inte drar samma slutsatser, betoningen på hur patienten ser på sin situation är bra. (Sköterska)

Det är så många som tyckt kring patienten, olika läkare, försäkringskassan. Nu kan man poängtera att det är patientens egen syn som gäller. Man får en djupare kontakt med patienten som uppfattar att dom tas på allvar. (Sköterska)

Flera personer betonade att idéerna bakom SASSAM inte var helt nya. De hade mött dem i grundutbildning och tidigare arbeten. Den största fördelen med SASSAM var att den utgjorde ett gemensamt verktyg som erbjöd en gemensam referensram. Detta förstärkte möjligheterna till teamarbete där alla professioner kunde involveras och tala samma språk. Det underlättade också kommunikationen med FK, som använde samma instrument, samt gav ett bra underlag för flerpartsamtal där arbetsgivaren deltog. SASSAM-kartan uppfattades som ett enkelt och handfast material som gav en bas och kunde styra det gemensamma arbetet.

SASSAM skiljer sig inte från tidigare sätt att arbeta, men det ger en möjlighet att alla i teamet talar samma språk som försäkringskassan. (Läkare)

Det är bra med teammötena, det vidgar läkarens perspektiv. Teamarbetet har förbättrats, det är den stora vinsten med metoden. (Organisationskonsult)

Jag är relativt positiv till metoden. Den är dock ingen undermetod som löser alla problem utan ett underlag för det fortsatta arbetet. Det mesta återstår även om man har en bra utredning. SASSAM har kanske fått litet för stora proportioner. Fördelen är att den ger ett gemensamt språk t.ex. i kontakter med FK. (Ergonom)

SASSAM-utredningen tog dock längre tid för den som var ovan vilket kunde vara ett hinder för att komma igång. Flera personer betonade dock att SASSAM gav valuta för den extra tid man la ner och att denna var nödvändigt för att utredningen skulle vara

meningsfull. Problemet var att få kunden att acceptera detta och betala för den utökade tiden. Många större kunder gjorde det och efterfrågade aktivt SASSAM. Mindre företag hade svårare att göra sådana prioriteringar.

Motivation att använda metoden

Intervjupersonerna var utvalda därför att de hade erfarenhet av att arbeta med SASSAM. Det fanns dock en variation mellan olika yrkesgrupper när det gällde hur ofta de praktiserade den som också återspeglades i motivationen att använda metoden. Personer som såg sin yrkesroll som framför allt inriktad på somatisk funktionsförmåga och arbetsmiljö (t.ex. ergonomer) kunde tycka att SASSAM mer var en metod för andra yrkesgrupper som oftare arbetade med långtidssjukskrivna. En person framhöll att SASSAM inte var någon ”mirakelmetod” som löste alla problem.

SASSAM är inte allena saliggörande, det är ett bra arbetsinstrument. Jag ser inte kartläggningen som ett krav uppifrån utan gör vad jag tycker är lämpligt. (Läkare)

Olika intresse av att arbeta i team påverkar användningen av själva kartan. Det är också en inkörsperiod att börja med en ny metod. (Sköterska)

Om man inte ser fördelen av att jobba i team. Det handlar mer om hur man får ihop ett team än om olika yrken. Om någon vill jobba självständigt går det inte. (Ergonom)

Personer med lång erfarenhet av psykosocialt behandlingsarbete, å andra sidan, kunde uppfatta SASSAM som en något ytlig metod som kunde locka personer med bristfällig erfarenhet av sådant arbete till att ta upp känsliga frågor på ett felaktigt sätt eller med patienter som inte var mogna för det. De uppfattade att de sedan länge hade integrerat principerna bakom SASSAM på ett fördjupat sätt i sitt vanliga arbete och kände därför inte för egen del så stort behov av att gå över till just denna metod. Andra yrkesgrupper kunde uppfatta att beteendevetare ville behålla ett ”monopol” på de psykosociala frågorna och inte dela med sig av sin fördjupade kunskap i teamarbetet. På andra håll däremot framhöll beteendevetare att SASSAM medförde att deras yrkeskunskaper lyftes fram på ett positivt sätt i teamarbetet. Det fanns också exempel på beteendevetare som var mycket aktiva användare och utbildare.

För dom som har jobbat längre är det främmande att dela med sig och diskutera. Beteendevetare är nyckelpersoner. En del trivs inte i team, de har jobbat själva i många år och ser inte fördelarna. Psykologer kan ha svårt att lämna information från sitt kliniska möte till teamet, men det kommer så småningom när yngre kommer in i jobbet. (Läkare)

SASSAM har en bra struktur men det är lätt att blanda ihop orsak och verkan, den psykologiska kunskapen blir för tunn. Det krävs ibland djupare utredning och det skrivs inte in i kartan (Psykolog).

Läkare och sjuksköterskor är generalister som arbetar med både somatiska och psykosociala frågeställningar. På de enheter där SASSAM-baserat teamarbete hade kommit igång, hade de ofta en central och samordnande funktion. De var i allmänhet positiva och flitiga användare av metoden. På andra enheter där SASSAM-metoden inte

praktiserades fanns däremot flera exempel på läkare som var ointresserade och genom sin centrala position blev ett hinder för implementeringen.

Doktorn är hindret. Läkaren har de flesta rehabärenden själv och sköter det själv. (Sköterska)

En läkare vill inte. Han tycker det vet inte jag... Han ser ingen mening med det. Han skriver i journalen och det tycker han vi kan göra också och så kan vi ha det som utgångspunkt. "Inget nytt papper som bara ställer till." Vissa människor tycker inte om nyheter överhuvudtaget utan man vill att allting ska vara som det alltid har varit. Det är hindret. (Sköterska)

Det fanns olika uppfattningar om orsakerna till bristande intresse. En var att SASSAM inte är ett specifikt verktyg för någon enskild yrkesgrupp, utan metoden gynnar framför allt teamarbetet. Den kunde därför upplevas som ett hot mot den traditionella statusordning som bygger på specialiserade yrkesroller.

Alltså, jag har jobbat 18 år inom företagshälsovården. Min erfarenhet är att dom som jobbar inom företagshälsovården oftast är starka individer. Många söker sig hit som tycker om att jobba självständigt. Man söker sig från vården för att här finns utrymme för utveckling. Det är ofta självständiga kompetenta (personer) som tycker om att driva sin egen linje. (Sköterska)

Personer med fördjupad erfarenhet av rehabilitering i andra vårdformer kunde därför vara mindre benägna att förändra sitt invanda arbetssätt och därigenom hamna i situationer som ställde annorlunda krav på den etablerade yrkesrollen. En del ville helst fortsätta att arbeta självständigt på egen hand och angav att teamarbete tog för mycket tid. Eftersom SASSAM bygger på etablerade principer i rehabiliteringsmedicin, kunde en del uppfatta att de som specialister redan utgick från dessa, men tillämpade dem på ett annorlunda sätt.

Flera personer med särskilt ansvar för implementeringen hade kommit fram till att policybeslut från koncernledningens sida inte var en tillräcklig åtgärd för att SASSAM skulle börja användas på bred front. De ville dock inte använda sanktioner som kunde försvåra rekryteringen av läkare. Påtryckningar och tvång uppfattades inte som bra metoder för förändring, utan medarbetarna måste själva se vinsterna med SASSAM. Detta innebar en process som tog tid och krävde viss uthållighet. Goda exempel från andra delar i koncernen kunde ge draghjälp. Att komma igång med regelbundna teamkonferenser skulle antagligen vara den viktigaste påskyndande faktorn.

Det är svårt för chefer att pressa folk som inte vill. (Sköterska)

Jag tycker SASSAM är ett bra verktyg, förstår inte arbetskamrater som inte tycker det. Det är svårt att få igång teamen. I vårt team är tre nyanställda och två gamlingar. Vi är inte så formade av den gamla organisationen. Vi har varit väldigt entusiastiska, det känns spännande och roligt. Gamlingarna som sa "vad då då" har blivit jättebra i teamet och det är det som gör att vi kan gå vidare. (Sköterska)

En del påpekade att intresset och motivationen att använda SASSAM påverkades av koncernledningens inställning. Egen motivation och moraliskt stöd uppifrån var dock

inte alltid tillräckligt. Belastning av annat arbete kunde också påverka i vilken utsträckning mycket intresserade personer fick tid att arbeta med metoden.

Påverkan på den egna psykosociala arbetsmiljön

De flesta ansåg att SASSAM hade, eller kunde få, en positiv betydelse för den egna arbetssituationen. I första hand nämndes då att SASSAM gav en bra plattform för att arbeta i team, vilket ökade samarbetet och stärkte gemenskapen. Vetskapen att de hade ett verktyg som gav helheten, och som gjorde att de kunde driva ett ärende på ett bättre sätt, ökade arbetstillfredsställelsen. Den djupare kontakten med patienten kunde upplevas som mer krävande, både tids- och känslomässigt, men de flesta tyckte att denna ökade belastning uppvägdes av känslan av att de gjorde en bättre arbetsinsats både för patienten och för arbetsgivaren.

SASSAM kräver mer och det leder till ökad arbetsbelastning men känslan av att göra ett bra jobb överväger. (Sköterska)

Det har blivit lättare nu när det krävs samarbete med fokus på gemensamma problem. Det är roligare nu när vi tror att det vi gör kan få effekt. (Psykolog)

Det är som "bagarns barn", vi lever inte som vi lär. Inget har förändrats och det blir mer belastning med det ena projektet efter det andra som kräver mer tid. Rimlig arbetsbörda finns inte längre. SASSAM leder till ökad belastning även om det är en bra metod, det ger i alla fall en känsla av att ha gjort ett bra arbete. (Sköterska)

Patienternas medverkan

Patienternas upplevelse av metoden

Det dominerande intrycket hos intervjupersonerna var att patienter till största delen var positiva till att delta i SASSAM-utredningen. Många verkade nyfikna, intresserade och tacksamma för att få uppmärksamhet kring sin egen syn på situationen och tala ut om sina problem. Flera uttryckte att det var första gången de fått frågan om sin egen inställning. De flesta patienter deltog aktivt, tog ansvar och svarade efter förmåga - en del behövde dock mer stöd i processen än andra. Några upplevde att det var svårt att skriva på egen hand, särskilt om psykiska funktioner och substansintag. Arbetsförhållanden var däremot lättare. Patienter med bättre verbal förmåga verkade mer nöjda med metoden. Många uttryckte att det kändes bra att få tänka över och diskutera sin situation utifrån nya perspektiv, att det gav en allsidig belysning som kunde leda fram till nya framtidsplaner. Mycket få hade avböjt och skälet kunde då vara att det var för arbetsamt.

Patienterna tycker det känns bra, saker blir belysta som de inte tänkt på. Jag har inte stött på någon som tycker det känns negativt. Vid återbesök kommer det saker. Mycket uppmärksamhet upplevs som positivt. (Ergonom)

Hur lätt man har att uttrycka sig som person spelar in. Om man har lätt att uttrycka sig är det lätt att få fram för- och nackdelar. (Sköterska)

Alla patienter vill inte göra SASSAM, de tycker det är jobbigt. Hur patienterna upplever det beror på hur arbetsgivaren framfört det och informerat. 28-dagarsfallen är mycket positiva. De som haft upprepad korttidsfrånvaro känner sig kanske ifrågasatta. (Sköterska)

Någon påpekade att SASSAM erbjöd en ram som gjorde att patienterna lättare accepterade att ta upp "känsliga" och personliga frågor. Hänvisning till metoden gav legitimitet för att ställa vissa frågor som inte kunde göras i vanliga samtal. FHV upplevdes inte heller som ett hot pga. sin mer stödjande än kontrollerande roll i rehabiliteringsprocessen. För att undvika negativa reaktioner behövde patienterna dock vara välinformerade om varför kartan användes och betydelsen av helhetssyn.

Man får djupare kontakt med patienten som uppfattar att dom tas på allvar. Det är viktigt att patienterna är välinformerade innan SASSAM används, om de inte är det blir det lätt "vad ska ni gå in och plocka i allting". (Sköterska)

Jag tror att det är bra att sköterskan fungerar som spindel i nätet. Då blir det inte hotande och inte så stort. (Sköterska)

De få negativa reaktionerna återfanns dels hos patienterna med långdragna problem och som hade deltagit i upprepade misslyckade rehabiliteringsförsök och dels hos personer med upprepad korttidsfrånvaro. På en enhet hade man fått en del patienter som kände sig misstrodda och överkörda redan från början. Arbetsgivaren hade beställt utredningen och patienterna upplevde att det gjorts för att bli av med dem. Teamet måste arbeta mycket försiktigt för att inte kränka patienten vilket kunde vara svårt. Ibland var de inte överens med patienten i bedömningen, t.ex. av psykosociala faktorer eller psykisk sjukdom. Man betonade dock att det inte var SASSAM i sig som var problemet utan snarare vilket uppdrag de hade i förhållande till arbetsgivaren. Det var viktigt att teamet och patienten var överens om vad som fick stå på kartan och vad som fick sägas på rehabiliteringsmötet. Efteråt var en del patienter positiva till resultatet av mötet medan andra var mindre nöjda.

Vad patienterna tycker är blandat. Det är inte SASSAM i sig som är problemet, det är att arbetsgivaren skickar dom till teamutredning, det upplevs som ett ifrågasättande. "Arbetsgivaren gör det för att bli av med mig." En del är inte nöjda ens på slutet och vill inte förändra. (Ergonom)

Vi hade ett projekt på ett företag där ett 25-tal långtidssjukskrivna valts ut av personalchefen, det var svårt. Folk som gått hemma länge kände sig utpekade och upplevde inte SASSAM som en hjälp. Många var pensionsklara, det hade gått för långt. I sjukfrånvaroprojektet är SASSAM ett väldigt bra redskap i och med att vi kommer in tidigt - det är det det handlar om. (Sköterska)

Delaktighet och ansvarstagande

De flesta ansåg att metoden underlättade, eller borde underlätta, patienternas delaktighet och ansvarstagande för den egna rehabiliteringen. Det gällde särskilt patienter som fångades upp tidigt i processen, som hade lätt att uttrycka sig och som trodde att de fanns arbetstillfällen. De betonade vikten av att det var patientens uppfattning som skulle styra utformningen av kartan, vare sig hon fyllde i själv eller inte. Ingen

värdering eller överprövning skulle ske från personalens sida. På det sättet fick patienten mycket större makt över vad som formulerades om henne än vid traditionellt arbetssätt. Delaktigheten påverkades också av att det var patienten som ägde kartan.

Om patienten tar hem kartan och funderar eller skriver själv ökar det delaktigheten.

Patienterna känner ett ökat ansvar, men ställer också ökade krav på den som gjort utredningen. "Nu vet du min situation." De mer driftiga ger denna signal och vill ha mer stöd. (Sköterska)

Att enbart bygga på patientens egen bedömning av sitt tillstånd och sina möjligheter kan dock även innebära en begränsning enligt en intervjuperson. Då en utvidgad rehabiliteringsutredning visar på behov av andra åtgärder än dem patienten vill gå med på, kan kartan inte användas.

När vi hittar något avvikande i den egna intervjun eller i teamet som indikerar något annat än vad patienten tycker då fungerar inte SASSAM som bygger på vad patienten anser. SASSAM är ingen utredning, det är en spegling av patientens upplevelser. Om det krävs djupare utredning kan metoden inte användas. (Psykolog)

De flesta intervjupersoner uppfattade att syftet med utredningen oftast var bestämt i förväg utan patientens medverkan. Oftast var det rehabiliteringsutredning eller återgång i arbete, ibland att förstå sin situation. De betonade att det var viktigt att klargöra syftet, hur utredningen skulle gå till och hur den skulle användas. Endast vid en enhet nämndes att syftet bestämdes ihop med patienten och att det ibland kunde omformuleras efter att kartläggningen var klar.

Syftet bestäms ihop med patienten. Det gäller att hela tiden gå tillbaka till syftet och tänka på det. (Sköterska)

Metoden

SASSAM-kartan

De grundläggande principerna för kartans utformning uppfattades som positiva. Den tydliga visuella uppdelningen gjorde det lättare och mer påtagligt för patienten att se sina resurser. Den relativt begränsade omfattningen av kartan var också bra och gjorde den mer praktiskt användbar.

Det är bra balans mellan olika områden. Bra att historiken inte är så stor så man inte fastnar i alla gamla problem. Jag tycker inte att det saknas något område. (Läkare)

Det fanns dock svårigheter på vissa områden. Principerna för hur syftet skulle formuleras verkade oklara för en del. En lösning var att använda någon standardformulering som "rehabiliteringsutredning" och "återgång i arbete".

Det måste finnas en tanke varför man gör det. Åter i arbete är en stor målsättning men det kan finnas många delmål. (Ergonom)

Motivationsavsnittet och vågskålen på sista sidan nämndes också i ett flertal intervjuer som svåra att hantera. Dessa frågor krävde fingertoppskänslighet för att inte uppfattas som stötande eller kränkande. Vissa intervjupersoner skrev avsnittet tillsammans med patienten eller hoppade över det. Sammanställningen och planeringen bedömdes då som viktigare än att fylla i balansvågarna. Motivationen kunde beskrivas i löpande text i stället.

Motivationsbiten är svår. Jag gör den med patienten eller hoppar över den. Sammanställning och planering är viktigare och kan vara lättare. Motivation kan stå i löpande text i stället för på vågen. (Sköterska)

Motivation är samma sak som rehabiliteringspotential. Jag gör den ihop med patienten. Jag tycker inte det är svårt, det är förvånande hur ofta patienten är enig med läkarens uppfattning. "Vad skulle du tycka om att gå tillbaka i arbete?", och sen kryssar dom. (Läkare)

Även substansintag och alkohol, samt i viss mån psykiska funktioner, uppfattades som mer känsliga områden. Frågan om professionellt nätverk kunde också vara svår att få information om.

Bruk av substanser är svårt, alkohol är svårt. Sjukvården har svårt att se att även förskrivna tabletter kan vara drogbruk eller missbruk. Vissa blir faktiskt nästan missbrukare. (Ergonom)

Sociala frågor kan vara känsliga. Det är svårt att ringa in vad du är för en person hemma. (Sköterska)

Uppdelningen på olika delområden kunde i början förefalla något oklar, dvs. intervjupersonerna var osäkra på under vilka rubriker de skall skriva in olika uppgifter. Efterhand insåg de att detta inte var avgörande utan kartan kunde användas på ett friare sätt. Det gällde även i vilken ordning rutorna skulle fyllas i. De fasta rutorna kunde också upplevas begränsande och styrande, vilket gick att undvika med hjälp av extrapapper eller en datoriserad blankett. Många tyckte dessutom att resurserna borde lyftas fram mer genom att byta plats med hindren och sättas till vänster på kartan. Det var olämpligt att hindren kom först.

Det är svårt att få fram resurser. Den rutan borde stå före hinder-rutan. Det är svårast i början, sen lossnar det, jag kan kanske göra så här i stället. Hinder är lätt att tala om, patienterna berättar mycket. Folk måste tänka för att se resurser men när de väl börjar får de tänka till och komma tillbaka på nytt besök och då kan resurserna komma fram. (Sköterska)

Flera personer menade att arbetsplatsen hade för litet utrymme på SASSAM-kartan när den skulle användas inom FHV, där sådana problem ofta var i fokus. Som exempel på delområden som kunde utvecklas nämndes samarbete och konflikter med chefer och arbetskamrater. För närvarande fick de lägga till extra uppgifter som bilaga till kartan.

Vid mer omfattande arbetsrelaterade besvär, som kränkande särbehandling, var kartan dock otillräcklig både av utrymmesskäl och för sekretessens skull.

Kanske borde rutan om arbetsförhållanden utökas. Man kunde lägga till både psykosocialt och annat. Detta är en stor del när det gäller möjligheten att återgå i arbete. (Sköterska)

Arbetsplatsrutan är för liten, vi har pratat om att det borde utvecklas, tänk pågår. Det är på arbetsplatsen problemen ligger. Nu skriver vi på bilaga i stället. (Sköterska)

De intervjuade vid en enhet betonade att det viktiga var teamutredningen och inte kartan i sig, som snarast användes för att få ett gemensamt verktyg. SASSAM gav en struktur och var ett bra underlag för dialog med arbetsgivare och försäkringskassa. När teamets bedömning avvek från patientens kunde det medföra svårigheter eftersom insättning av rätt åtgärder då försvårades.

Anvisningarna

De flesta tyckte att anvisningarna var tillräckligt omfattande och att de gav ett bra stöd. Det rådde dock delade meningar om nyttan av vissa exempel för att komma in i tänkandet. Anvisningarna hade mest betydelse för ovana användare. Mer erfarna utredare kunde arbeta och fylla i på olika sätt men ändå komma fram till samma slutsatser.

Någon ansåg att anvisningarna byggde på självklara principer och därför inte behövde vara så omfattande, medan andra tyckte att de inte var tillräckliga. De hade kompletterat dem med en lathund om vad rubrikerna kunde stå för. De efterlyste fler exempel och typfall i den blå boken.

Anpassning till företagshälsovården

De intervjuade var övervägande positiva till att använda metoden inom FHV. De flesta tyckte dock att den borde anpassas genom att avsnittet om arbetsförhållande utökades och även strukturerades med fler underrubriker.

Ett team betonade att SASSAM behövde vidareutvecklas för att passa inom FHV och hade inlett eget arbete med detta. Förändringarna skulle spridas till andra team inom enheten. De ville bl.a. ha en datoriserad form av kartan. De tyckte dock att det var svårt att utveckla SASSAM så att metoden passade företagshälsovården och efterlyste statliga pengar för detta. De menade att det krävdes subvention för att företagshälsovården ska få de arbetsinstrument som behövdes och då skulle även arbetsgivarna bli intresserade att beställa utredningar. De uppfattade SASSAM som ett paraply eller ett sätt att kommunicera. Metoden skulle användas för att ge arbetsgivaren och försäkringskassan en möjlighet att i dialog med individen främja möjligheterna att återgå i arbete. Syftet med SASSAM kunde dock vara olika för företagshälsovården, arbetsgivaren och försäkringskassan. Det var också svårt att komma runt sekretessfrågor.

SASSAM-samverkan internt och externt

Inom teamet

Teamkonferenser på basis av SASSAM-utredningar hade kommit igång i varierande utsträckning. På många enheter genomfördes utredningarna av enskilda personer utan koppling till någon teamverksamhet. Några enheter hade dock infört regelbundna SASSAM-träffar där avrapportering och multiprofessionell belysning kunde ske. De menade att detta hade lett till att de fått till stånd ett strukturerat teamarbete kring patienten, som annars inte blivit av, men också möjligheter till erfarenhetsutbyte och fördjupning beträffande själva metodiken. SASSAM underlättade genom att ge en likformighet i språk och struktur beträffande vad olika personer tog upp i sina utredningar.

På andra enheter förekom teamträffar mer oregelbundet eller inte alls. Något ställe hade patientkonferenser som SASSAM-utredarna (sjuksköterskor) inte deltog i. Ett hinder för regelbundna möten var att många medarbetare var inbokade med externa uppdrag ute på fältet. En del medarbetare var också ovana med att arbeta i team och föredrog att arbeta på egen hand. Någon menade att FHV tenderade att locka till sig starka och självständiga individer som ville driva sin egen linje. Det hade länge varit svårt att få till stånd teamarbete inom FHV även om de flesta tyckte att det är viktigt.

Det har blivit mer teamarbete nu men det har inte varit helt bra. Metoden har främjat samarbete. Det finns kollegor som inte tycker det är roligt och det är inte beroende av yrkestitel. Det är svårt om det är pådyvlat uppifrån. (Sköterska)

På vissa ställen fungerar det med teammöten andra har inte kommit så långt. Resursbrist har gjort att det inte fungerar på en del ställen. (Ergonom)

Vi har inga regelrätta teammöten och teamarbetet har inte utökats. (Sköterska)

Vi har alltid gjort ett bra jobb men vi har haft fruktansvärt svårt i alla tider då att få till teamarbete. Vi har pratat om det oavbrutet, det är så viktigt att vi jobbar i team, vår konkurrensfördel. Viljan har väl funnits men det har varit svårt ändå eftersom vi är så olika yrken med olika tradition. Samtidigt är teamet vår styrka och det är det som är paradoxen. På ett plan inser alla... och det är därför vi ständigt pratar om det. Ibland lyckas vi men det är inte lätt. (Sköterska)

Samarbetet med patientens arbetsplats

Arbetsgivarnas medverkan i beslut att använda SASSAM varierade i hög grad. På en del enheter skedde beslutet helt internt utan inblandning från arbetsgivaren som inte heller kände till metoden. Detta var bland annat fallet då särskilt läkarutlåtande begärdes av FK utan att arbetsgivaren var inblandad.

Arbetsgivarna är inte involverade ännu, utan samarbetet med arbetsplatsen sker vid rehabmötet. (Sköterska)

Det är uppförstorat att kartan skulle ge något som man inte visste innan. Insynen i vad andra yrken gör har varit lärorikt. Initiativet till att göra en SASSAM-

*kartläggning kommer ofta från arbetsgivaren, det kan leda till falska förhoppningar hos arbetsgivaren som kan tro att SASSAM är en mirakelmetod.
(Organisationskonsult)*

En del enheter hade aktivt börjat presentera SASSAM i sin marknadsföring. Kunden informerades alltså om metoden som ett särskilt erbjudande som de kunde beställa. Vissa enheter gjorde inte SASSAM-utredningar utan att arbetsgivaren var involverad i beslutet och beredd att betala för den extra tiden.

Metoden kräver att arbetsgivaren ska vara med. De flesta arbetsgivare vet mycket om sin personal och har mycket information. Ofta vet arbetsgivaren mer än jag får fram i mitt samtal. (Ergonom)

En hel del större arbetsgivare var intresserade av att beställa SASSAM-utredningar. Arbetsgivarna var aldrig inblandade i själva kartläggningen. Resultaten förmedlades vid rehabiliteringsmöten eller flerpartssamtal där arbetsgivaren och ibland FK deltog. Endast information som patienten godkänt togs då upp, oftast begränsad till en sammanfattning som underlag för planering. Även om detta var bra exempel på externt teamarbete utifrån SASSAM, påpekade de att det fortfarande kunde finnas brister när det gäller uppföljningen av beslut. Om man kom överens om att FHV skulle göra arbetsplatsbesök måste arbetsgivaren köpa den tjänsten också.

Jag kan känna att vi är litet dåliga på uppföljningen, det saknas en handlingsplan för uppföljning. Föreslagna åtgärder kanske inte blir av, det vilar på patienten och arbetsgivaren. (Ergonom)

Vid de enheter som genomförde ett projekt med 28-dagarsfall och upprepad korttidsfrånvaro, hade arbetsgivaren blivit intresserad av metoden och börjat efterfråga den även för andra anställda. De hade upptäckt att de fick bra åtgärdsförslag för rehabiliteringsplanen. Arbetsgivaren, patienten, sköterskan och läkaren hade rehabiliteringsmöten där planering och åtgärdsförslag lades fram. Före mötet var patienten och företagshälsovården överens om vad som fick tas upp vid mötet. Arbetsgivarna var nöjda – de fick svar på vad patienten kunde och inte kunde göra eller om patienten borde byta jobb eller behövde sjukersättning.

SASSAM görs bara om arbetsgivaren är involverad. De arbetsgivare som känner till metoden tycker den är bra. (Sköterska)

Arbetsgivarna vet att företagshälsovården använder metoden, men vi får inte begäran om SASSAM utan om rehab-utredning. (Sköterska)

Det fanns också exempel på att arbetsledare blivit besvikna på utfallet av SASSAM-utredningar. De tyckte inte de fått mer information än vid tidigare rehabiliteringsmöten. Andra personer rapporterade dock att arbetsgivarna var nöjda med utredningarna och tycker att arbetet förbättrats sedan de började använda metoden.

En del arbetsledare kan vara besvikna. Kartan är sekretessbelagd precis som journaler, och det är viktigt att påpeka detta i marknadsföringen. För arbetsgivaren ter det sig som vilket rehab-möte som helst. Initiativet kommer ofta från

arbetsledningen och det är litet falska förespeglingar till arbetsgivaren som kan tro att SASSAM är en mirakelmetod. (Organisationskonsult)

Externt samarbete

Omfattningen och formerna för samarbetet med FK varierade mellan de olika enheterna. Det var vanligast att det skedde i samband med rehabiliteringsmöten och flerpartssamtal i vissa ärenden. På vissa orter hade FK för mycket att göra för att hinna med rehabiliteringsmöten. Oftast kände inte FHV och FK till varandras verksamhet och hade ingen tillgång till varandras uppgifter. Ibland kände FHV till att FK gjort kartor men hade inte sett dem. I sådana fall förekom att de inte gjorde någon ny karta utan genomförde en vanlig utredning med ”SASSAM-tänket i bakhuvudet”. De tyckte att samtalet ändå gav relevant information som journalfördes som underlag för rehabiliteringsmötet.

Vi samarbetar inte med försäkringskassan. Arbetsgivaren kontakter försäkringskassan någon gång och de är ofta med på rehabiliteringsmötena. (Ergonom)

En del patienter har redan gjort SASSAM via försäkringskassan men vi vet inte vad varandra gör och vi har ingen tillgång till varandras kartor. En gång har jag fått en karta från försäkringskassan. Vi gör inte en ny karta om det redan är gjort via försäkringskassan, patienterna orkar inte. Vi har möten ändå med SASSAM-tänket där man ändå får fram underlag för rehabmötet och journalför i stället. Kassan har för mycket att göra och hinner ofta inte med rehabmöten och dom jobbar inte med SASSAM som dom ska ännu. (Sköterska)

Vi får inga kartor från försäkringskassan och har inte frågat efter det heller. Kanske skulle vi kunna samarbeta. (Ergonom)

Vi har bra samarbete med kassan men har inte så mycket att göra med dom och vi byter aldrig kartor. (Sköterska)

Vi märker att dom som kommit in senare på försäkringskassan verkligen är igång och gör kartor. Och då kan man (försäkringskassan) få in någon av våra patienter som redan gjort en karta. Och då kan dom slå en signal och fråga om dom kan få en kopia och säger att patienten gett sitt skriftliga godkännande. (Sköterska)

De flesta intervjuade var positiva till ett utökat samarbete med FK, där SASSAM kunde ge en gemensam strukturell och begreppsmässig plattform. Det rädde dock delade meningar om i vilken utsträckning de kunde samverka i samma SASSAM-utredning eller ta del av varandras SASSAM-information.

Samordning mellan kassan och företagshälsovården vore kanske bra men dom har andra infallsvinklar. (Läkare)

Vid en enhet framhöll de intervjuade att FKs och FHV:s kartor oftast såg helt olika ut. FHV fick inte tillgång till FKs kartor och begärde det inte heller. FK kunde dock få en kopia av FHV:s karta om patienten medgav det och detta underlättade den fortsatta planeringen. Skillnaden mellan kartorna var att FKs var gjord av en enda person som

enbart hade patientens ord och diagnoser att gå på, medan företagshälsovården hade tillgång till alla tidigare journalhandlingar. De menade att de egentligen inte samverkade med FK. Ibland kunde FK vara närvarande vid rehabiliteringsmötena, men det var då arbetsgivaren som tagit initiativet. Vid andra enheter förekom inte heller något utbyte av kartor med undantag för att FK kunde be att få se FHV:s karta med patientens medgivande.

Flera patienter har redan gjort SASSAM hos försäkringskassans handläggare. Patienterna har inte sett kartorna färdiga och företagshälsovården har inte tillgång till försäkringskassans kartor. Kassans kartor överensstämmer inte med företagshälsovårdens. Det är inte alls samma säger försäkringskassan som gör sin karta utifrån patientens utsago och sjukintyg. Försäkringskassan säger att kartan är deras egendom. (Läkare)

Vid en enhet gjordes SASSAM-utredningar som ett led i arbetsförmågebedömningen i särskilt läkarutlåtande. FK fick då aldrig tillgång till kartan utan endast till den sammanfattning som gjordes i utlåtandet. När särskilt läkarutlåtande begärs skall FK:s SASSAM-utredning skickas till berörd läkare. Detta hade dock ännu aldrig skett vilket kunde beror på att FK inte hade kommit igång med SASSAM-utredningar i någon större utsträckning, vilket även påtalades vid andra enheter.

När försäkringskassan begär ett särskilt läkarutlåtande ska egentligen kartan bifogas men jag har aldrig sett någon. Kanske har dom inte börjat ännu. (Läkare)

En enhet hade kommit längre i fråga om samverkan med FK i SASSAM-utredningen. Fera intervjuade framhöll att det var onödigt att göra dubbelarbete. Utredningarna vid FK och FHV borde kunna samordnas och komplettera varandra. Om hela kartan redan var framtagen på det ena stället, borde den inte behöva göras om på det andra. Enligt en intervjuperson fanns det från början ömsesidig tveksamhet, men samarbetet hade nu börjat fungera. Patientens medgivande var en helt avgörande förutsättning. Hittills hade dock ingen sagt nej. Patienten kunde ta med sig kartan mellan instanserna.

SASSAM-utredningar borde kunna samordnas med FK. Det är onödigt att göra dubbelarbete. Vi kan komplettera varandras kartor. Man skall inte behöva göra om hela kartan om den redan finns. Samarbetet har börjat fungera. Det fanns tveksamhet på båda håll från början hos dem som arbetat länge i branschen men jag har inte stött på någon patient som sagt nej. Patienten kan ha med sig kartor mellan instanser. Det är patienten som bestämmer. (Läkare)

Samarbete med primärvården (PV) förekom, men det var en process som de intervjuade tyckte behövde tid för att utvecklas. Det förkom att FHV kallade PV och FK till rehabiliteringsmöten, men den lokala variationen var stor. På några ställen hade primärvården tagit initiativ till att remittera patienter till FHV, men sedan berodde det på arbetsgivarnas välvilja om de köpte SASSAM-utredningen. En enhet ansåg att PV skulle ha nytta av SASSAM och att det skulle underlätta samverkan med FHV. En svårighet var dock att de inte hade lika bra förutsättningar för teamarbete. Det hände ofta att sjukskrivande distriktsläkare inte hade tid att komma på rehabiliteringsmöten som FHV kallat till. I ett projekt om utmattningsdepressioner, som även kunde beröra PV, skulle kartläggningen baseras på SASSAM. Detta sågs som en möjlighet att utveckla samverkan med PV kring metoden.

Primärvården är mycket intresserad. Vi planerar ett utbildningsprojekt för primärvården. (Sköterska)

Arbetsgivaren har börjat beställa rehab-utredning även i icke-arbetsrelaterade fall. Samarbetet med primärvården är en process det också.

Sjukskrivande läkare kallas till rehab-möten men de har oftast inte tid att komma. (Sköterska)

Några personer tyckte att SASSAM inte hade förändrat det externa samarbetet vid enheten. De såg SASSAM i första hand som ett internt instrument och var tveksam till om det gynnade samarbete med andra aktörer.

Organisation, ekonomi

Policy och rutiner

Vid två koncerner fanns policybeslut att använda SASSAM. Vid den ena, som hade varit involverad i utvecklingen av metoden, fanns ett utbyggt system med internutbildning och regelbundna träffar för SASSAM-ansvariga från de olika enheterna. En f.d. chef i koncernledningen hade till uppgift att arbeta med implementering, samordning, styrning och uppföljning. De intervjuade upplevde att de förväntades att använda metoden. Alla var positiva i princip, men det var upp till den enskilde att sätta igång. Några upplevde att det inte fanns någon pådrivande kraft eller systematisk uppföljning från ledningens sida. En sporadisk användare av metoden tyckte det var konstigt att det var så svårt att få in SASSAM som rutin i sitt eget arbete. En orsak kunde vara att patienter blev aktuella på FHV på många olika sätt – ofta i direktkontakt med någon handläggare. Hon efterlyste en gemensam ”inskrivningsrutin” där alla patienter gick igenom samma utredningsgång med SASSAM.

Policy, jag vet inte. Tanken är att vi ska jobba med SASSAM men någon uppföljning finns inte. (Sköterska)

Chefen är positiv men inte så drivande. Styrning och uppföljning sker egentligen inte. (Ergonom)

Den andra koncernen med policybeslut att alla skulle använda SASSAM var alldeles i början av utvecklingen. Endast en person, med tidigare lång erfarenhet av metoden, använde den. Det fanns dock konkreta planer på i vilken ordning olika befattningshavare skulle utbildas. Enheten hade också regelbundna teammöten där SASSAM-utredningarna kunde avrapporteras och diskuteras.

Vid de tre övriga koncernerna fanns inget övergripande beslut om att använda SASSAM. Vid en av dessa enheter bedömdes att arbetsgivarnas efterfrågan på SASSAM-utredningar sannolikt skulle komma att öka och att övriga team, som ännu inte börjat med metoden, därigenom skulle bli intresserade av den.

Jag tror inte det finns någon policy. Vi gör som vi vill. SASSAM är en av många metoder och det är upp till oss hur vi gör. (Ergonom)

Ersättning

Många intervjupersoner ansåg att SASSAM tog längre tid än tidigare använda metoder, åtminstone i början när de var ovana, men att metoden också gav ett bättre resultat som större arbetsgivare var beredda att betala för. När enheterna valde att använda SASSAM på eget bevåg, kunde det finnas vissa svårigheter att debitera för den extra tiden (t.ex. allas medverkan i teamkonferenser).

Företagshälsovården har lagt mycket intern tid, speciellt mötena och utbildningarna. Kartläggningarna betalas av arbetsgivarna. (Ergonom)

Kunden debiteras för tiden, det har inte funnits något motstånd. Även SASSAM-mötena fördelas på kund. (Sköterska)

Det är inget problem att debitera kunden. (Ergonom)

Vid en enhet erbjöds kunderna rehabiliteringsutredning i team. En kostnad på 18–23 000 kronor per utredning uppfattades inte som dyrt av arbetsgivarna i förhållande till utredning på sjukhusets rehabiliteringsenhet som FK ibland kunde kräva. Arbetsgivarna var nöjda med att kunna avsluta ett ärende och såg detta som ett lönsamt alternativ.

För arbetsgivarna som köpt rehabiliteringsutredning i team är det en liten kostnad. De får antingen svar på vad patienten kan göra eller inte kan göra eller om hon borde byta jobb eller borde få sjuksättning som avslut. Det har inte varit några problem, arbetsgivarna är nöjda. (Läkare)

En läkare påpekade att då FK beställer ett särskilt läkarutlåtande utgår en ersättning på 2500 kr per utredning och detta täcker knappt den läkarutredning som kräver två besök och räcker inte alls för en teamutredning.

Effektivitet och kvalitet

Bedömning av arbetsförmåga

Flera enheter ansåg att SASSAM bidrog till en god kvalitet i bedömningarna av arbetsförmåga, bl.a. genom ökad enhetlighet, likformighet och helhetssyn, men att det också behövdes andra mer objektiva metoder. En enhet ansåg att frågan inte var relevant för FHV eftersom bedömning av arbetsförmågan var FKs uppgift.

SASSAM är inte enbart ett instrument för arbetsförmågebedömning, det är ett vidare begrepp där det krävs djupdykning, det kräver annan struktur. Bedömning av arbetsförmåga kräver mer objektiva metoder. Men SASSAM ger möjlighet att se hindret och om det är åtgärdbart. (Ergonom)

För att bedöma arbetsförmåga måste andra saker läggas till, som att mäta fysisk förmåga, kondis hos patienten. (Ergonom)

Utredning av rehabiliteringsbehov och planering av åtgärder

Några intervjuade uppfattade att kvaliteten i rehabiliteringsutredningarna hade förbättrats genom ökad likformighet och enhetlighet i bedömningen. Rehabiliteringsprocessen hade eventuellt påskyndats, åtminstone för tidiga fall. För de långvarigaste fallen blev det ingen skillnad. Andra framhöll inte tidsvinsten utan snarare bättre kvalitet genom att många olika faktorer kom med i bedömningen. Andra menade att det var svårt att bedöma och efterlyste utvärderingar av patientfall.

Återgång i arbete

De flesta ansåg att det var för tidigt att bedöma om måluppfyllelsen beträffande återgång i arbete hade förändrats genom SASSAM. De trodde och hoppades att så skulle vara fallet men hänvisade till kommande utvärderingar av patientfall för belägg. Någon menade att SASSAM kunde ge bättre förutsättningar att se helheter och komma på rätt spår. Ibland behövdes också en period för återhämtning utan jakt på förlängd sjukskrivning. En SASSAM-karta kunde kanske visa vilka som behövde en längre sjukskrivningsperiod som kunde vara effektiv på lång sikt. Några framhöll att många långa sjukfall hade kunnat avslutas eller inriktas på annat arbete. En del pekade på svårigheterna att hitta lämpliga alternativa arbeten och den inlåsningsseffekt som försäkringssystemet bidrog till. I några fall trodde de intervjuade att utredningen hade lett till att en sjukskriven kommit till insikt om att ett arbetsbyte var enda utvägen. Några systematiska uppföljningar hade inte gjorts någonstans ännu, och de intervjuade kunde berätta om enstaka lyckade exempel.

Det är för tidigt att utvärdera något som inte sjösatts riktig än. Jag tror att processen kan påskyndas om man kommer in tidigt. Ett exempel: I övrig-rutan hade vederbörande fyllt i lång resväg. Man la om arbetstiderna så att restiden blev kortare och det blev mycket bättre för henne. (Ergonom).

En person med upprepad korttidsfrånvaro fick migrän varje gång hon gick kvällspass. Vi la om arbetstiderna och det blev mycket bättre. Nu tror jag hon har problem igen. (Sköterska)

Jag hade en vårdföreståndare som hade varit sjukskriven långa perioder. Hon kom för en hälsoprofil, men jag tog tid på mig, använde SASSAM-tänket och försökte få med arbetsförhållandena. Det kom fram att hon inte borde vara avdelningsföreståndare och hon sa "Jag känner mig upprymd, det är det bästa jag varit med om på länge". (Sköterska)

Efter aktiveringskurserna är det alltid någon eller några som slutar eller byter arbete. (Organisationskonsult)

Det gäller att det finns en acceptans hos arbetsgivaren att du får komma tillbaka lätt begagnad. Om arbetsgivaren ser dig som ett hinder tjänar kartan inget till. (Ergonom)

Om folk inte finner sig i arbetsträning borde sjukpenningen dras in, men försäkringskassan är försiktigare. Tidigare lyssnade vi och gjorde vad patienten sa

och vågade inte ifrågasätta – varför gör du så. Jag har blivit mer tuff när det gäller sociala förhållanden och substansintag. (Sköterska)

Diskussion

SASSAM är under introduktion inom FHV och användningen kan förväntas öka betydligt den närmaste tiden. När datainsamlingen skedde våren 2004 hade endast ett mindre antal enheter börjat praktisera den. Hösten 2004 deltog 800 personer i introduktionskurser på olika platser i landet. Denna undersökning har därför en preliminär och explorativ inriktning. Avsikten var att fånga upp erfarenheter som kunde ge en viss uppfattning om tendenser och utvecklingsmöjligheter inför den kommande expansionen. En mer systematisk utvärdering av kvantitativa effekter (t.ex. återgång i arbete) var inte möjlig att genomföra på detta stadium, men blir desto viktigare när underlaget breddats.

De personer som intervjuats hade alla viss vana vid att använda SASSAM och var också nöjda med metoden. Den gav förutsättningar för helhetssyn och kunde starta en tankeprocess hos patienterna. Strukturen underlättade att ta upp känsliga frågor och att inget glömdes bort. Patienterna blev mer delaktiga och var övervägande positiva. I de fall FK var inblandad var det också en stor fördel att använda metoden eftersom man då kunde tala samma språk.

Inställningen till teamarbete i FHV är antagligen den enskilt viktigaste faktorn för att få igång ett meningsfullt SASSAM-arbete. Användningen tycks underlättas om det redan finns en vana att arbeta i team. Men metoden kan även underlätta att bygga upp ett regelbundet teamarbete genom att ge en gemensam strukturell och språklig plattform för samarbetet.

Nyanställd personal utan invanda tankesätt har också lättare att ta till sig metoden. ”Vi har alltid arbetat efter tänkandet i SASSAM” kan bli en ursäkt för att inte ta till sig ett mer strukturerat sätt att arbeta. De som varit delaktiga i framtagandet av metoden är också mer benägna att använda den. Positiva arbetsgivare är en förutsättning för att företagshälsovården ska kunna arbeta med metoden.

Intervjuerna visar tydligt att samarbetet och ansvarsförhållandet mellan försäkringskassan och företagshälsovården behöver struktureras på ett bättre sätt. Samma person ska inte behöva genomgå flera utredningar gjorda av olika instanser. När en SASSAM-kartläggning genomförs av företagshälsovården får patienterna tillgång till sina kartor och kan, om de så vill, ta med sig kartan vid diskussion med försäkringskassan. Det omvända verkar inte vara fallet – då en SASSAM-kartläggning genomförs vid försäkringskassan får patienten enligt några av de intervjuade inte tillgång till sin egen karta. Detta överensstämmer inte med intentionerna bakom metoden.

Vid utfärdandet av det särskilda läkarutlåtandet var avsikten att kassan skulle bifoga patientens karta med remissen men detta tycks ännu inte ha kommit igång i någon större omfattning. Försäkringskassan köper också det särskilda läkarutlåtandet alldeles för sent i sjukfallsförloppet. Även om försäkringskassan och företagshälsovården har olika syften med utredningarna skulle samma karta kunna användas vid kontakter med båda

och sedan byggas på allt eftersom. En datoriserad karta skulle, med patientens medgivande, kunna underlätta ett successivt utnyttjande av kartan i olika instanser inom och utom företagshälsovården.

Det räcker inte med att SASSAM-metoden införs genom policybeslut i ledningen för företagshälsovården. Policyn måste följas upp för att den ska efterlevas. Det krävs rutiner för i vilka fall och när metoden ska användas. Det krävs också rutiner för hur uppföljningen av de åtgärder patienten och den SASSAM-ansvariga kommit fram till ska ske. Det räcker inte heller med en SASSAM-ansvarig sköterska för att åstadkomma det teamarbete som är en förutsättning för adekvat rehabilitering. Läkare blir en nyckelgrupp om metoden ska användas i teamarbetet. Medlemmarna i teamet måste också vara överens om att individuellt rehabiliteringsarbete är en uppgift för hela teamet på företagshälsovården. Detta kommer sannolikt att bli mycket tydligt efter 1 januari, 2005, då arbetsgivarna får ett utökat ekonomiskt ansvar för sjukskrivna.

Vid en av enheterna där metoden används är det arbetsgivaren som beställer en komplett rehabiliteringsutredning. Här är företagshälsovården övertygad om att efterfrågan kommer att öka bland arbetsgivarna. SASSAM skulle kunna bli ett utmärkt verktyg för att åstadkomma standardiserade utredningar i de sjukfall där arbetsgivaren inte har klart för sig hur rehabiliteringen ska gå till. Effektiv marknadsföring av metoden har alla förutsättningar att leda till ökad användning inom företagshälsovården. Men då krävs att alla i teamet tar till sig arbetssättet.

De flesta patienter verkar vara nöjda med utredningen. Undantag kan vara vid upprepad korttidsfrånvaro eller då patienten redan genomgått misslyckade rehabiliteringsförsök. Det kan också upplevas som hotande då arbetsgivaren beställt utredningen – ”det gör han för att bli av med mig”. Det krävs stor lyhördhet att under sådana betingelser inte kränka patienterna. Sannolikt fungerar metoden bäst tidigt i sjukdomsförloppet innan patienterna vant sig vid ett liv utan arbete. Undantag kan vara uttalade utmattningsdepressioner med kognitiv svikt där en längre period av vila kan behöva föregå alla utredningar och rehabiliteringsförsök

SASSAM-metoden är utformad för att spegla patientens egen upplevelse av sin situation utan värderingar från personalens sida. När man i en fördjupad rehabiliteringsutredning kommer till andra slutsatser än patienten själv kan kartan inte användas på ett adekvat sätt. Ett exempel kan vara att patienten inte vill vidgå psykiatrisk sjukdom, ett annat kan vara att patienten saknar motivation att återgå i förvärvsarbete. Arbetsgivaren får då inte tillgång till den information som skulle behövas för att vidta rätt åtgärder. Detta är dock inte specifikt knutet till SASSAM utan gäller alla rehabiliteringsutredningar då företagshälsovården har sekretessplikt gentemot arbetsgivaren.

Det var ganska få förbättringsåtgärder som föreslogs av de intervjuade. Flera personer påpekade att resurser bör stå före hinder på kartan för att ytterligare betona resurserna. Datorisering av kartan är en annan åtgärd som skulle ge bättre möjligheter att anpassa kartan efter behov. Företagshälsovården arbetar mycket med arbetsrelaterad sjuklighet och datorisering skulle då kunna innebära mer utrymme för arbetsplatsfaktorer. Även på pappersversionen av kartan skulle avsnittet om arbetsplatsfaktorer behöva få större utrymme och struktureras med underrubriker för att passa företagshälsovården. Om metoden marknadsförs mot arbetsgivarna borde en systematisk uppföljning av vilka

åtgärder som vidtagits efter rehabiliteringsmötet ingå i paketet. Många personer påpekade också att ordet substansintag är svårt att förstå. Även motivationsavsnittet med balansvågarna var svårt för många av de intervjuade. Flera personer föredrog att skriva mer indirekt om motivation i texten. Eftersom motivation är en mycket viktig del av rehabiliteringen borde detta område uppmärksammas extra mycket i metodutbildningarna.

SASSAM hade vid tiden för intervjuerna använts ganska kort tid vid de flesta enheter. Detta innebär att det inte varit möjligt att utvärdera effekterna vad avser rehabiliteringsresultat och återgång i arbete. Flera av de intervjuade uttryckte dock att de upplevde att metoden hade startat en tankeprocess hos patienterna. Detta är ett tecken på ökad kvalitet i utredningarna som kan bero på att metoden i så hög grad bygger på att den enskilde sätts i centrum. Tankeprocessen hade enligt ett par intervjuade också lett till en insikt hos patienterna om att arbetsbyte för dem var enda möjligheten vilket måste ses positivt. Dock påpekade flera av de intervjuade att arbetsgivarna endast var intresserade av att den sjukskrivna skulle kunna återgå till sitt tidigare arbete eller möjligen annat liknande arbete som fanns tillgängligt. Denna inställning kommer sannolikt att öka under 2005 då nya regler medför ökad risk för arbetsgivare att anställa människor med längre sjukfrånvaro bakom sig. Detta är ett skäl till att SASSAM-utredningen bör ske så tidigt som möjligt i förloppet.

Slutsatser

- SASSAM har förutsättningar att bli ett etablerat instrument för utredning av rehabiliteringsbehov och samordning av insatser inom FHV.
- Utifrån resultaten av denna undersökning kan inga slutsatser dras avseende SASSAM som ett instrument för arbetsförmågebedömningar.
- Praxis när det gäller regelbundna teamkonferenser tycks varas en nyckelfråga för att få igång användningen av SASSAM. De som redan hade en viss vana med att arbeta i team hade lättare för att komma igång med SASSAM. De upplevde då att SASSAM gjorde det lättare att ytterligare utveckla och konsolidera teamarbetet.
- Där motstånd finns i teamet kan effektiv marknadsföring gentemot arbetsgivaren skapa intresse, och i och med införandet av nya regler för sjuklön kan intresset från arbetsgivaren sannolikt bli stort.
- Former och ansvarsförhållandena för SASSAM-samverkan mellan företagshälsovården och försäkringskassan behöver utvecklas och klargöras.
- En datorisering av kartan skapar förutsättningar för att olika instanser ska kunna bygga ut kartan successivt efter sina egna behov.
- SASSAM-kartan återger patientens upplevelser och kan ge en statisk bild. När man i en fördjupad rehabiliteringsutredning kommer till andra slutsatser än patienten själv kan kartan inte användas på ett adekvat sätt. Denna problematik speglar företagshälsovårdens dubbla roller som stöd för patienterna och som uppdragstagare åt arbetsgivaren med de sekretessproblem detta medför.
- Ju tidigare i förloppet utredningen sker desto nöjdare verkar patienterna vara med utredningen och sannolikt ökar förutsättningarna för ett bra resultat. Undantag kan vara vid svåra utmattningsdepressioner eller upprepad korttidsfrånvaro.

- Policybeslut i ledningen för företagshälsovården är inte tillräckliga för implementering. Rutiner måste skapas för i vilka fall och när i förloppet SASSAM ska användas.

Sammanfattning

SASSAM, Strukturerad Arbetsmetod för Sjukfallsutredning och SAMordnad rehabilitering, är en metod för bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov hos sjukskrivna utifrån den enskilda individens behov. Metoden bygger på att individen själv uttrycker sina hinder och resurser, fysiskt, psykiskt och socialt. Individen ska också försöka bedöma sin motivation att göra något åt hindren. SASSAM utformades ursprungligen (1999) som en gemensam metod för försäkringskassans handläggare. Kartan är främst ett pedagogiskt hjälpmedel som stödjer kommunikationen med den försäkrade men också med andra rehabiliteringsaktörer, vilket innebär att den skall kunna användas inom t.ex. företagshälsovård, sjukvård, arbetsförmedling eller socialtjänst.

Arbetslivsinstitutet har fått i uppdrag att arbeta med metodutveckling och utbildning inom företagshälsovården. Syftet med detta delprojekt är att utvärdera SASSAM-metoden som ett arbetsinstrument för företagshälsovårdens rehabiliteringsteam för bedömning av arbetsförmåga och för utredning och samordning av rehabiliteringsinsatser. Avsikten är att resultatet ska kunna ge underlag för eventuell vidareutveckling och anpassning av metoden för företagshälsovårdens behov.

Totalt 25 användare av SASSAM vid nio FHV-enheter har intervjuats utifrån en semistrukturerade intervjumall med 28 frågeområden fördelade på sju huvudteman. De intervjuade gav en positiv bild av metoden. Den gav förutsättningar för helhetssyn och kunde starta en tankeprocess hos patienterna. Strukturen underlättade att ta upp känsliga frågor och att inget glömdes bort. Patienterna blev mer delaktiga och var övervägande positiva. Metoden underlättade att bygga upp ett regelbundet teamarbete internt och externt genom att ge en gemensam strukturell och språklig plattform för samarbete.

Inställningen till teamarbete tycks vara den enskilt viktigaste faktorn för att få igång SASSAM-arbete. Läkarna har där en nyckelroll. Policybeslut i ledningen för företagshälsovården är inte tillräckliga för implementering av metoden. Rutiner måste skapas för i vilka fall och när i förloppet SASSAM ska användas. Det är sannolikt bättre ju tidigare i sjukdomsförloppet SASSAM genomförs. Samarbetet mellan företagshälsovården och försäkringskassan behöver systematiseras. Denna preliminära och explorativa undersökning av tendenser och utvecklingsmöjligheter bör kompletteras med en mer systematisk effektutvärdering när underlaget breddats genom ökad tillämpning.

Referenser

1. *SASSAM - Arbetsmetod och övningar med SASSAM-kartan*. 2003, Borås: Försäkringskassan.
2. www.sassam.net. 2004.
3. http://goodpractice.manager.nu/delprojekt.asp?current_project=104&id=4 25 nov. 2003.

Översikt	Sida
Att arbeta med SASSAM: kartläggning	2
◆ Tidigare erfarenhet av rehab-utredningar	2
◆ Kontakt med SASSAM	2
◆ Utbildning i SASSAM.....	2
◆ Praktisk erfarenhet av SASSAM	2
◆ Initiativ	2
Att arbeta med SASSAM: analys och jämförelser	3
◆ Funktion på olika stadier i sjukskrivningsförloppet	3
◆ Olika patientgrupper	3
◆ Kartläggning av patienten.....	3
◆ Kartläggning av omgivningen	3
◆ Kartläggning av både resurser och hinder	4
◆ Jämförelse med tidigare arbetssätt.....	4
◆ Helhetsperspektiv	4
◆ Motivation för att använda metoden.....	4
◆ Påverkan på den egna psykosociala arbetsmiljön	4
Patientens medverkan	5
◆ Patienternas upplevelser av metoden.....	5
◆ Delaktighet	5
◆ Eget ansvar för rehabiliteringen	5
Metoden.....	5
◆ SASSAM-kartan.....	5
◆ Anvisningarna (kompendiet)	6
◆ Anpassning till FHV	6
SASSAM-samverkan internt och externt	6
◆ Inom FHV-teamet.....	6
◆ Samarbetet med patientens arbetsplats	6
◆ Externt samarbete	6
Organisation – ekonomi	7
◆ Policy och rutiner	7
◆ Ersättning.....	7
Effektivitet och kvalitet	7
◆ Bedömning av arbetsförmåga.....	7
◆ Utredning av rehab-behov och planering av rehab-åtgärder	7
◆ Återgång i arbete	8

Att arbeta med SASSAM: kartläggning

◆ Tidigare erfarenhet av rehab-utredningar

- Vilken tidigare erfarenhet av att arbeta med rehab-utredningar har du?
 - Hur länge, i vilken funktion (befattning), typ av arbetsplats, vilka metoder?

◆ Kontakt med SASSAM

- På vilket sätt kom du i kontakt med metoden?
 - När, var, hur?
- Varför började du/ni med SASSAM?
 - På vems initiativ?

◆ Utbildning i SASSAM

- Omfattning och typ av utbildningen? Uppföljning?
- Vem arrangerade utbildningen? Var? När?
- Din uppfattning om utbildningen?
 - Nöjd – missnöjd
 - Tillräcklig omfattning?
 - Ev. luckor – brister? Vilka områden behöver förstärkas?
- Får/har du fått handledningen i SASSAM efter utbildningen?
- Hur många av dina kolleger har fått del av utbildning? Vilka? Urval?
 - Deras uppfattning om utbildningen?

◆ Praktisk erfarenhet av SASSAM

- Duration
 - Under hur lång tid har du använt SASSAM?
- Frekvens
 - Hur ofta gör du/ni SASSAM-utredningar?
 - Använder du alltid SASSAM vid rehab-utredningar?
 - Hur många utredningar gör du per månad (eller vecka)?
- Arbetssätt
 - Beskriv hur du använder SASSAM.
 - Har du ändrat ditt arbetssätt efterhand? Hur? Varför?
 - I vilken utsträckning följer du SASSAM-kartan och kompendiet?
 - Om du inte alltid använder metoden, vad finns det för hinder för dig att arbeta med den?
- Dina kollegers erfarenheter av SASSAM?

◆ Initiativ

- På vems initiativ arbetar du nu med SASSAM-metoden?
 - Ditt eget, ledningen, företagsläkaren?
- I vilken utsträckning uppmuntrar din närmaste chef dig att använda SASSAM-metodiken?
- Om det inte är ditt eget initiativ att använda SASSAM, hur är din inställning till att använda dig av metoden?

Att arbeta med SASSAM: analys och jämförelser

◆ **Funktion på olika stadier i sjukskrivningsförloppet**

- På vilket stadium i sjukskrivningsförloppet använder du/ni SASSAM?
 - T.ex. direkt eller efter x veckor.
- Hur fungerar det vid de olika stadierna?
- Hur använder du/ni den ifyllda SASSAM-kartan?
 - Enbart för patienten?
 - Underlag för behandling, åtgärder, teamkonferens?

◆ **Olika patientgrupper**

- På vilka patientgrupper använder du/ni det?
- Hur fungerar det på olika patientgrupper?
 - Allmänt, positivt-negativt?
 - I olika skeden av utredningen (datainsamling, analys och tolkning, planering och överenskommelse om åtgärder och åtgärdsplan
 - Ev. skillnader med avseende på typ av diagnos (specifika resp. ospecifika)

◆ **Kartläggning av patienten**

- På vilket sätt har kartläggningen av patienten förändrats genom SASSAM?
 - Allmänt, positivt-negativt?
 - Ev. skillnader i olika skeden/moment/faktorer i utredningen?
 - Kroppsligt, psykiskt, stress/psykosomatik, substansintag, historik?
- På vilket sätt har patienten inställning (vilja, tilltro, målbild) till återgång förändrats?
 - Ökat – minskat?
 - Samma arbetsuppgifter - ändrade arbetsuppgifter - nytt arbete?

◆ **Kartläggning av omgivningen**

- På vilket sätt har kartläggningen av arbetsförhållanden förändrats genom SASSAM?
 - Allmänt, positivt-negativt?
 - Arbetskrav och behov av förändringar och anpassning av arbetsplatsen?
- På vilket sätt har arbetsgivarens inställning (vilja, tilltro, målbild) till återgång förändrats?
 - Ökat – minskat?
 - Samma arbetsuppgifter - ändrade arbetsuppgifter - nytt arbete?
- På vilket sätt har kartläggningen av sociala och andra personliga förhållanden förändrats genom SASSAM?
 - Allmänt, positivt-negativt?
 - Ev. skillnader i olika skeden/moment/faktorer i utredningen?
 - Socialt, utbildning/kompetens, fritid, nätverk

- ◆ **Kartläggning av både resurser och hinder**
 - Vad i metoden underlättar att både resurser och hinder fokuseras?
 - Vad gör du för att både resurser och hinder skall fokuseras?
 - På vilket sätt sker det?
 - Ev. svårigheter – olika för resurser resp. hinder?

- ◆ **Jämförelse med tidigare arbetssätt**
 - På vilket sätt skiljer sig SASSAM-metoden från tidigare arbetssätt/metodik?
 - Vad är nytt med SASSAM-metoden? Vad är inte nytt?
 - Fördelar och nackdelar med SASSAM?
 - Allmänt, positivt - negativt?
 - Kvalitet och tidsåtgång?
 - Möjligheten att arbeta strukturerat?
 - Kommunikationen med patienten och mellan olika aktörer?
 - Patientens aktiva deltagande i utredning och planering?
 - Teamarbete?
 - Speciella svårigheter?
 - Annat – vad?
 - På vilket sätt har arbetet med förändrats genom SASSAM?
 - Allmänt, positivt - negativt?
 - Informationsinsamling? Analysen av informationen?
 - Planering? Dokumentation av analys och planering?
 - Överblicken av tillgänglig information?

- ◆ **Helhetsperspektiv**
 - Finns det något i SASSAM som underlättar helhetsperspektiv och respekten för patientens unika förhållanden?
 - Vad? På vilket sätt?

- ◆ **Motivation för att använda metoden**
 - Hur angeläget tycker du resp. dina kolleger det är att använda SASSAM?
 - Varför?
 - Ev. skillnader mellan olika personer i intresse? Orsak?
 - Vad påverkar intresset/motivationen att använda SASSAM?

- ◆ **Påverkan på den egna psykosociala arbetsmiljön**
 - Har upplevelsen av din egen arbetssituation förändrats genom användningen av SASSAM?
 - Allmänt, positivt - negativt?
 - Krav, arbetsbelastning och stress?
 - Känslan av kontroll över arbetsuppgifterna?
 - Känslan att göra ett gott arbete?
 - Arbetstillfredsställelse?
 - Stöd från arbetskamrater och ledning?

- Relationer till patienter resp. medarbetare?

Patientens medverkan

◆ Patienternas upplevelser av metoden

- Hur upplever patienten metoden? Muntliga kommentarer – andra reaktioner?
 - Allmänt, positivt - negativt?
 - Ev. skillnader i olika skeden/moment/delområden i utredningen?
 - Ev. skillnader med avseende på typ av diagnos (specifika resp. ospecifika)?
- Hur är patientens motivation och engagemang i förhållande till tidigare arbetssätt?
- Ev. känsliga frågor – frågeområden?
 - Ev. negativa reaktioner

◆ Delaktighet

- Hur delaktig är patienten i SASSAM-utredningen?
 - Hur stora möjligheter har patienten att påverka utredningen?
 - På vilket sätt sker det?
 - Vad gör du för att patienten skall bli delaktig?
 - Ev. skillnader i delaktighet för olika patientgrupper?
 - Finns det något i metoden som påverkar patientens delaktighet? Vad?
 - I vilken utsträckning kan metoden vara ett pedagogiskt hjälpmedel i samtalet med patienten? Hur? I vilka moment eller delområden?
- Har patientens delaktighet ökat jämfört med i era tidigare rehab-utredningar?
 - Är detta positivt eller negativt? Finns det problem med detta?
- Är det någon skillnad i delaktighet vid de olika momenten i kartläggningen?
 - Att bestämma syftet med kartläggningen?
 - Kartläggningen av de olika delområdena i SASSAM-kartan?
 - Är det något moment/delområde (t.ex. syfte, hinder-resurser) där patienten är mindre delaktig?
 - Vad gör ni när er bedömning (syfte, hinder-resurser) inte stämmer överens med patientens?
- Får patienten med sig kartan hem?

◆ Eget ansvar för rehabiliteringen

- Finns det några skillnader i patientens eget ansvarstagande för sin rehabilitering jämfört med tidigare?

Metoden

◆ SASSAM-kartan

- Hur bestäms syftet med kartläggningen?
 - När (från början innan kartan börjar fyllas i eller senare under processen)?
 - Av vem?
- Hur fungerar ifyllandet av de olika faktorerna?
 - Är det någon faktor som är svår att fylla i?

- Saknas någon faktor/område?
 - Är någon faktor överflödig?
 - Bortsett från kartan – använder du SASSAM på något annat sätt?
- ◆ **Anvisningarna (kompendiet)**
 - Är anvisningarna tillräckliga?
 - Saknas någon typ av vägledning? Vilken?
 - Behöver vägledningen beträffande någon faktor/område utvecklas?
- ◆ **Anpassning till FHV**
 - Vilka förändringar behövs för optimal anpassning till FHV:s behov?
 - Bearbetningar, tillägg, ta bort?

SASSAM-samverkan internt och externt

- ◆ **Inom FHV-teamet**
 - Hur går det till? Gör ni utredningarna tillsammans eller var och en för sig?
 - Har samarbetet inom teamet förändrats som en konsekvens av SASSAM?
 - Påverkas samarbetet i teamet mellan olika yrkesgrupper (t.ex. gemensamt språk)?
 - Var förvaras SASSAM-kartan?
 - Är den en journalhandling? Om inte, vad förs in i journalen efter en SASSAM-kartläggning?
- ◆ **Samarbetet med patientens arbetsplats**
 - Hur ser samarbetet med patientens arbetsplats ut?
 - Hur initieras det? På vems initiativ?
 - Är era kunder informerade om att ni kan göra SASSAM-utredningar?
 - Används SASSAM aktivt i marknadsföringen och erbjuds den till kunderna?
 - Beställer era kunder SASSAM-utredningar av er?
 - Är arbetsgivare och arbetsledning involverade i kartläggningen? Hur?
 - Förekommer det att arbetsgivaren är med vid SASSAM-utredningen?
 - Hur är deras inställning till metoden?
 - På vilket sätt återkopplas resultatet till arbetsgivare och arbetsledning?
 - Vad lämnas ut till arbetsgivaren efter en SASSAM-utredning? Hela kartan, sammanfattning – planering eller vad?
 - Hur används det?
 - Har de support eller uppföljning av tolkningen?
- ◆ **Externt samarbete**
 - Med vilka andra externa aktörer har ni samarbete med på basis av SASSAM?
 - FK, primärvården eller andra?
 - Hur ser detta samarbete ut?
 - Hur initieras det? På vems initiativ?
 - Vilken form av utbyte av SASSAM-information sker?
 - Får de tillgång till SASSAM-kartläggningen ni gjort? Vet ni hur de används?

- Får ni tillgång till SASSAM-kartläggning som gjorts på annat håll (t.ex. FK), om den gjorts där först?
- Gör ni SASSAM-utredningar tillsammans med andra (t.ex. FK)?
 - Sekretessproblematik?
 - Är det klart vem som gör vad?
- Hur har samarbetet och kommunikationen med andra påverkats av SASSAM-användningen?
 - På vilket sätt? Ev. förbättringar - försämringar?

Organisation – ekonomi

◆ Policy och rutiner

- Vilken policy har ni (centralt och lokalt) när det gäller att använda SASSAM?
 - Chefens inställning?
 - Styrning – uppföljning?
 - Ansvar – samordning?

◆ Ersättning

- Vem betalar för tiden som åtgår till SASSAM-utredningen?
 - Arbetsgivaren? FK?
- Kräver SASSAM extra tid för utredning och/eller teamarbete?
 - Kan ni debitera kunden (företaget) för all tid som åtgår till teamarbetet?
 - Vem betalar för tid som inte är direkt riktad mot patient?

Effektivitet och kvalitet

◆ Bedömning av arbetsförmåga

- Har SASSAM-metoden påverkat kvaliteten i bedömningarna av arbetsförmåga (ställningstagande till sjukskrivning)?
 - På vilket sätt? Hur har dina ställningstaganden förändrats?
 - Styrkor och svagheter?
 - Har enhetligheten och likformigheten i bedömningarna av arbetsförmåga förändrats jämfört med tidigare? Hur?
 - Har rättssäkerheten i dessa bedömningar förändrats, dvs. överensstämmelsen med socialförsäkringen normer om hur arbetsförmåga ska bedömas? Hur?

◆ Utredning av rehab-behov och planering av rehab-åtgärder

- Har SASSAM-metoden påverkat kvaliteten i bedömningarna av rehab-behov och planeringarna av rehab-åtgärder?
 - På vilket sätt?
 - Styrkor och svagheter?
- Hur påverkas enhetligheten och likformigheten i bedömningarna av rehab-behov jämfört med tidigare?
- Påskyndas rehab-processen jämfört med tidigare?

◆ **Återgång i arbete**

- Har måluppfyllelsen när det gäller återgång i arbete förändrats genom SASSAM?
 - På vilket sätt (exemplifiera)?
 - Andel rehabiliterade, tid till återgång i arbete, långsiktighet – andel återfall?