

DISA

Diagnosgrupp I SAmarbete

**Ett projekt finansierat av Samordningsförbundet
Skåne Nordost kring personer med tumörsjukdomar
maj 2012 – april 2014.**

Sammanfattning

- Alla sjukskrivna cancerpatienter erbjuds kontakt med DISA och ges därmed möjlighet till bedömning av rehabiliteringsbehov. Det arbetet har blivit systematisk och strukturerat sedan metoden med DISA/kontaktsjuksköterska och samarbetet med Försäkringskassan infördes. Det innebär ökad patientsäkerhet och mer jämlik vård.
- Försäkringskassan arbetar med ett så kallat diagnospar. Alla sjukskrivna som har en tumördiagnos handläggs av två personliga handläggare.
- Kompetensöverföring från vården till Försäkringskassans DISA-medarbetare gav användbar kunskap och därmed ökad trygghet för de dagliga kontakterna med kunderna och med sjukvården. Vid varje kompetensöverföringstillfälle föll det sig naturligt att även ge övergripande information kring Försäkringskassans regelverk och tillämpning på sjukförsäkringsområdet.
- I och med att Försäkringskassan fått mer kunskap och erfarenhet finns idag ett behov av att hålla denna dialog levande för att upprätthålla de goda förutsättningarna för samverkan. Dels för ren faktakunskap, men även kring frågeställningar/tankar som kommer upp från båda håll.
- Som handläggare gäller det att vara lyhörd inför hur den försäkrade upplever sin situation och utifrån fall till fall avgöra vilken information som är lämplig att lämna om sjukförsäkringen och i vilken omfattning. Det handlar mycket om kontinuiteten i kontakter för att löpande stämma av den försäkrades situation.
- En av de första lärdomarna kring att ta upp frågan om sjukersättning var att stärka fokus på om **arbetsförmågan** är stadigvarande nedsatt, eftersom Försäkringskassan inte ska ta ställning till den medicinska prognosen.
- I DISA har lärdomen om att samverka över gränserna mellan olika organisationer är oerhört givande och kunskapsökande gjorts samtidigt som det kan vara komplicerat. Det gäller att vara uppmärksam på den egna rollen och att rollerna är olika även om målet är gemensamt med patientens/den försäkrades bästa är i fokus. Sjukvårdens roll är att hjälpa patienten tillbaka till en fungerande vardag igen medan Försäkringskassans roll är att ge stöd för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete.
- Genom samverkan i DISA har ökade kunskaper vad gäller återgång i arbete vunnits, vilket gör det enklare att ha med vid träffar med patienterna för rehabiliteringssamtal eller individuellt anpassad behandling. Framför allt har delaktigheten och engagemanget i denna fråga ökat vilket också bidrar till ett ökat intresse och därmed bättre förutsättningar för ett gott samarbete med Försäkringskassan.

Innehållsförteckning

Bakgrund till DISA	4
Genomförande av DISA	6
Uppstart	6
Kompetenshöjande arbete	7
Föreläsning för ST-läkare	8
Handledning från Fenix	8
Patientinriktat arbete inom DISA	8
Kick off	8
Studiebesök i Jönköping	9
Patientintervjuer	9
Resultat patientintervjuer	10
Föreläsning för arbetsgivare	11
Broschyr	11
Utbildning kontaktsjuksköterska	12
Workshop nr 1	12
Nationell konferens i cancerrehabilitering	12
Träff med patientföreningar	13
Workshop nr 2	13
Träff med RCC Syd	13
Konferens	13
Studiebesök på center för Kraeft og sundhet i Köpenhamn	13
Arbetsmodell	14
DISA arbetsmodell – Tidig Kontakt – Försäkringskassan	14
DISA arbetsmodell – telefonkontakt Arbetsgivaren Försäkringskassan	14
DISA arbetsmodell –Samverkansmöte – Sjukvården och Försäkringskassan	14
DISA arbetsmodell –Bedömningssamtal – Sjukvården	14
DISA arbetsmodell – rehabiliteringssamtal – Sjukvården	15
DISA arbetsmodell –rehabiliteringsplan – Sjukvården	16
DISA arbetsmodell –Gemensam planering för att återfå arbetsförmåga	16
Arbets sätt Försäkringskassan samt erfarenheter inom DISA	17
Tidig kontakt	17
Kontakt arbetsgivare	18
Löpnade kontakt med kunden	18
Samordning - möte planering	18
Bedömningar	19
Behov av samordning	19
Annat arbete hos arbetsgivare ”90 dagars bedömning”	19
Annat arbete på den reguljära arbetsmarknaden ”180 dagars bedömning”	20
Fler dagar på normalnivå	20
Gemensam kartläggning tillsammans med Arbetsförmedlingen	21
Sjukersättning	21
Arbets sätt KVH-Fenix samt erfarenheter inom DISA	22
Erfarenhet och lärdomar från Fenix - enheten för cancerrehabilitering och psykosocialt stöd	22
DISA-erfarenheter från CSK och Fenix	23
Fortsättningen efter DISA	24

Bakgrund till DISA

2011 presenterade Rehabiliteringsrådet sitt slutbetänkande Statens Offentliga Utredningar (SOU) 2011:15. I det framkommer bl.a. att cancerpatienter är en väldigt heterogen grupp avseende rehabiliteringsbehov med hänsyn till att diagnos, behandling och prognos varierar dels inom samma tumördiagnos och dels mellan olika patientgrupper. Det medför ett behov av individanpassade rehabiliteringsinsatser. Idag saknas vetenskaplig grund för rekommendation av någon särskild rehabiliteringsintervention avseende arbetsåtergång.

Det beskrivs vidare hur en cancerdiagnos vanligen väcker många reaktioner både hos den drabbade och hos omgivningen. Den behandling som blir aktuell beror dels på diagnos men också på i vilket stadium sjukdomen befinner sig i. Om behandlingen syftar till att vara kurativ, det vill säga botande, eller om det enbart handlar om palliation, det vill säga symtomlindring. Gemensamt för kirurgi, cytostatika, strålbehandling samt antihormonell behandling är att i kombination med sjukdomen ger de mer eller mindre konsekvenser och i varierande grad för individen. Det är också individuella skillnader vad gäller hur länge dessa konsekvenser kvarstår efter att den medicinska behandlingen är avslutad. En del klingar av kort efteråt medan andra kan kvarstå i flera månader, ibland upp till år. För en del individer kan det rent av handla om att tvingas leva med konsekvenserna. Vanliga konsekvenser i samband med cancersjukdom är trötthet (fatigue), sömnstörningar, smärta och oro.

Rehabiliteringsrådet skriver att en enhetlig nationell rehabiliteringsstruktur inom cancerområdet saknas och att insatserna runtom i landet varierar kraftigt, vilket anges bero på bristfällig kunskap. Rehabiliteringsrådet menar, att det även visar sig i den stora variation i hur man bedömer behovet av sjukskrivning och rätt till ersättning mellan olika delar av landet och att det troligen kan förklaras av skillnader i kunskapen hos Försäkringskassans personliga handläggare om tumörsjukdomar, behandling och om konsekvenserna av diagnos och behandling för cancerpatienterna. Det finns även variationer i kvalitén i läkares medicinska utlåtanden.

Rehabiliteringsrådet skriver vidare, att vården tillsammans med Försäkringskassan (och arbetsgivare) behöver ta fram metoder för att systematiskt kartlägga patientens rehabiliteringsbehov, samt samordna befintliga resurser och utveckla åtgärder och behandlingar. Dessutom är det nödvändigt att i större omfattning vara observant på samsjuklighet när det kommer till rehabiliteringsåtgärder och ha ett aktivt förhållningssätt kring vem eller vilka som har ansvaret för olika åtgärder.

Centralsjukhuset Kristianstad (CSK), Enheten för cancerrehabilitering och psykosocialt stöd för individuellt anpassad behandling, i texten benämnt som KVH-Fenix, och Försäkringskassan upplevde att det fanns utvecklingsområden i likhet med dem rehabiliteringsrådet lyfte fram och ansökte om medel från Samordningsförbundet Skåne Nordost. Syftet med ansökan var att utveckla samverkan och arbetssätt kring personer, som har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel till följd av tumörsjukdom och/eller arbetsförmåga till följd av annan diagnos/sjukdom, som är en konsekvens av tumörsjukdom.

Samordningsförbundet Skåne Nordost beviljade medel för detta metodutvecklingsprojekt, som kom att gå under namnet DISA (Diagnosgrupp i Samarbete). DISA, som pågått under tiden 1 maj 2012 – 30 april 2014, hade ingen given metod som skulle testas och kom därför att benämnas process

istället för projekt just för att det som löpande väntade utvecklades skulle implementeras i ordinarie verksamhet. I enlighet med ansökan lyftes vissa delar specifikt fram som områden för översyn och utveckling.

Ett av utvecklingsområdena var kunskapsöverföring mellan de samverkande organisationerna Försäkringskassan, CSK och KVH-Fenix för att förbättra samverkan, kontaktvägar och förståelse för varandras verksamhet samt ge Försäkringskassan möjlighet till ökade kunskaper om tumörsjukdomar.

CSK och KVH-Fenix kunde avsätta resurser för att stärka Försäkringskassan i bemötandefrågor utifrån ett diagnosperspektiv.

Samverkansparterna skulle kontinuerligt följa upp den försäkrades rehabiliteringsbehov för att utveckla ett strukturerat arbetssätt i syfte att ta tillvara befintliga resurser och utveckla åtgärder och insatser och därmed försöka ta fram en gemensam planering.

Som en del i problembeskrivningen gjorde Försäkringskassan den 30 december 2011 en kartläggning av pågående sjukfall i nordöstra Skåne. Den visade att sjukskrivning i drygt 8 % av sjukfallen (134 st) skedde till följd av tumörsjukdom. 54 % hade läkarintyg från läkare på CSK, ffa Kirurgkliniken och Medicinkliniken. 18 % var sjukskrivna via Onkologen i Lund och 8 % via andra kliniker vid Lunds lasarett. Resterande personer var sjukskrivna via vårdcentraler i nordöstra Skåne, företagshälsovård och SUS Malmö. 82 % var helt sjukskrivna och 18 % var deltidssjukskrivna (tre fjärdedelar, halvt eller en fjärdedel). 63 % av de sjukskrivna var kvinnor och 37 % män. 93 % av de sjukskrivna var personer med anställning. 7 % var arbetssökande.

I 48 % av sjukfallen översteg sjukskrivningstiden 1 år. I c:a 75 % av sjukfallen över ett år hade Försäkringskassan inte haft något personligt möte med den försäkrade. Efter DISA är proportionerna omvända, i sjukfall som pågått ett år eller mer har Försäkringskassan träffat 80 % av individerna.

Genomförande av DISA

DISA-processen startade den 1 maj 2012.

Till DISA knöts en styrgrupp bestående av representanter för samverkansparterna samt Samordningsförbundet Skåne Nordost. Förbundschef Matts Daludd representerade Samordningsförbundet Skåne Nordost och enhetschef Weronica Knutsson och samverkansansvarig Annica Nilsson representerade Försäkringskassan. Anette Larsson enhetschef inom KVH Fenix/ASIH deltog i styrgruppen från starten till hösten 2013 och dåvarande sjukhusdirektören Johan Cosmo representerade CSK från start fram till hösten 2013. Från hösten 2013 deltog Britt-Marie Cartbo, chefsjuksköterska samt Lena Liljehov enhetschef från Skånevård KryH. Ändringarna i styrgruppens sammansättning berodde på en omorganisation som skett inom Region Skåne.

Arbetsgruppen har under hela processtiden bestått av Eva Appelqvist och Ylva Åberg från Försäkringskassan och Rut Flensmarck och Kerstin Lundgren från Fenix. Från och med september 2012 tillkom Hanna Ekman från CSK och från sommaren 2013 ingick även Andrea Magnusson från Fenix.

Upstart

Försäkringskassan handlägger vanligen personer utifrån det s.k. arbetsgivarspåret. Det innebär, att samtliga sjukskrivna anställda hos en arbetsgivare handläggs av samma personliga handläggare oavsett vilken diagnos/sjukdom det är som medför arbetsoförmåga. Sjukskrivna personer, som saknar anställning, får en personlig handläggare utifrån vilken dag han/hon är född. I och med DISA gick Försäkringskassan från handläggning utifrån arbetsgivarspåret till handläggning utifrån ett diagnosspår för tumörsjukdomar. I och med det kom alla sjukskrivna individer med tumörsjukdom att handläggs av samma personliga handläggare. Med hänsyn till ärendemängd och projektarbete beräknades Försäkringskassan behöva två årsarbetare. En intresseanmälan gick ut och efter det intervjuades de som sökt. De som fick DISA-tjänsterna var Eva Appelqvist och Ylva Åberg. Båda hade med sig lång erfarenhet av rehabilitering, känt gott bemötande med lugn och saklighet.

I mitten av maj 2012 påbörjades rekryteringen för att så småningom kunna tillsätta tjänsten som kontaktsjuksköterska i DISA och denna var färdig någon vecka in i juni. Kontaktsjuksköterskan som anställdes, Hanna Ekman, hade en bred erfarenhet av arbete som sjuksköterska inom flera olika områden och hade de senaste åren arbetat med cancerpatienter i palliativ fas. Den 3 september 2012 påbörjades hennes anställning.

Fenix hade sedan tidigare en organiserad samverkan med Försäkringskassan, bland annat genom föreläsningar och dialoger. Därför var deltagandet i DISA en naturlig del i det fortsatta samverkande arbetet så väl med Försäkringskassan som med CSK. Vidare fanns det en förhoppning hos Fenix om att på ett mer strukturerat sätt fånga upp de patienter som hade större rehabiliteringsbehov. Hela teamet i Fenix kom att involveras i arbetet med DISA. I teamet ingick allmänläkare Helena Thunander, sjukgymnast Kerstin Lundgren, sjuksköterska Andrea Magnusson, sjuksköterska Ingrid Borg Persson, undersköterska Jeanette Holmqvist och kurator Rut Flensmarck. Samtliga har lång erfarenhet av cancerrehabilitering och specialkompetens inom området.

Arbetsgruppen började träffas en gång per vecka för att tillsammans kunna driva processarbetet framåt. Fram till februari 2013 var mötena inriktade just på att successivt utveckla metoder som så småningom skulle leda till en arbetsmetod där patienterna eller de försäkrade involverades i samverkan mellan Försäkringskassan, CSK och Fenix.

Arbetet med DISA identifierade utifrån processansökan tre tydliga arbetsområden: kompetenshöjande arbete, patientinriktat arbete och samverkande arbete.

Kompetenshöjande arbete

Tidigt i processen med start redan i juni 2012 ordandes kompetensöverföring från vården till Försäkringskassan om sammanlagt fem tillfällen om ca två timmar/gång. Fokus för kompetensöverföringen lades på diagnoser, behandlingsmetoder och konsekvenser av dessa. Det var kontaktsjuksköterskor från CSK avdelningar inom colorektal, lungdagvård, bröstmottagningen, urologen, kvinnokliniken och hematologen som höll i de fem tillfällena. Försäkringskassans DISA-medarbetare upplevde tillfällena som mycket intressanta och lärorika med användbar kunskap för de dagliga kontakterna med de försäkrade och med sjukvården.

Vid varje kompetensöverföringstillfälle föll det sig naturligt att även ge övergripande information kring Försäkringskassans regelverk och tillämpning på sjukförsäkringsområdet. DISA-handläggarna upplevde att det vid dessa tillfällen också kunde rätas ut en hel del frågetecken och oklarheter, t.ex. utifrån vårdpersonalens frågor och tankar kring sjukförsäkringen och frågor eller funderingar/farhågor som kontaktsjuksköterskorna fått höra från sina patienter.

I och med att Försäkringskassan fått mer kunskap och erfarenhet finns idag ett behov av att hålla denna dialog levande för att upprätthålla de goda förutsättningarna för samverkan. Dels för ren faktakunskap, men även kring frågeställningar/tankar som kommer upp från båda håll.

CSK:s och Fenixs ökade kunskaper i Försäkringskassans regelverk och tillämpning tillämpas har också gett en ökad förståelse för det arbete som de personliga handläggarna utför.

Den 23 oktober 2012 hölls en träff mellan DISAs arbetsgrupp och Onkologiska behandlingsenheten. Syftet var att informera om DISA. Vid detta tillfälle framfördes en hel del synpunkter på Försäkringskassans regelverk och tillämpning, som Försäkringskassan fick möjlighet att förklara. Synpunkterna kom från personalen, men det framfördes även synpunkter som personalen fått från sina patienter. Resultatet av träffen blev en känsla av att personalen på behandlingsenheten fick större förståelse och respekt för Försäkringskassans arbete.

Den 14 november 2012 hade arbetsgruppen en träff med läkarna på Kvinnokliniken i syftet att informera om DISA. Försäkringskassans regelverk kom även denna gång att hamna i fokus och många frågor kunde besvaras.

Föreläsning för ST-läkare

Den 23 maj 2013 hölls en utbildningseftermiddag i Kristianstad för ST-läkare verksamma på CSK, då bl.a. DISA-sjuksköterska föreläste om DISA samt om basal cancerrehabilitering.

Handledningen från Fenix

Med DISA-arbetet följde ett behov av handledning av för de personliga handläggarna från Försäkringskassan och kurator Rut Flensmarck på Fenix var den resurs som avsattes för detta ändamål. Syftet med handledningen var att ge handläggarna möjlighet att diskutera sina erfarenheter och få tillfälle att reflektera över de situationer de mött i sitt arbete tillsammans med en kurator med gedigen erfarenhet av samtal och psykosocialt stöd. Handledningen har inneburit diskussioner utifrån konkreta sjukskrivna med resonemang och råd om alternativa sätt att hantera en situation. Den har också inneburit en möjlighet att personligen reflektera över hur man känslomässigt hanterar arbetet med denna diagnosgrupp. 1,5 timmes handledning per månad har varit aktuellt under processtiden. Handläggarna har upplevt handledningen som mycket positiv och nödvändig för sitt arbete, särskilt i början av processen. Allt eftersom tiden gått har behovet av personlig handledning minskat något i takt med att deras erfarenhet ökat och de känner sig säkrare i sitt arbete med de försäkrade med tumörsjukdom.

Patientinriktade arbetet inom DISA

Inom processen har det under arbetes gång varit en hel del aktiviteter. Här kommer en redogörelse för dessa.

Kick-off

DISA-processen hade kick-off på CSK den 17 oktober 2012. Personer från de samverkande organisationerna hade bjudits in, dels medarbetare men också representanter från ledande positioner. Även olika representanter från patientföreningar medverkade samt medarbetare från Arbetsförmedlingen. Kick-offen hade föregåtts av en pressrelease där DISA presenterades och den första halvtimmen bestod i att utvalda representanter från de samverkande organisationerna närvarade i en presskonferens. Arbetsgruppen hade satt ihop ett program för eftermiddagen med olika talare och föreläsare inom området. Försäkringskassans områdeschef Rose-Marie Gunnarsson inledde med att tala om samarbetet följt av sjukhuschef Johan Cosmo. Regionrådet för Region Skåne Gilbert Tribo, pratade även han om samverkansprojektet utifrån politikens håll. Därefter pratade kontaktsjuksköterskan om hur arbetsgruppen lagt upp sitt samverkansarbete hittills och hur planeringen såg ut. Detta följdes av att Andrea Magnusson, onkologisjuksköterska, sexualrådgivare, grundutbildad i kognitiv beteendeterapi på Fenix, pratade om cancerrehabilitering utifrån en patientintervju. Maria Hellbom, regional patientprocessledare för cancerrehabilitering vid RCC Syd föreläste om cancerrehabilitering. Eftermiddagens sista föreläsning höll Maria Mogensen,

onkologläkare. Hon pratade om cancersjukdom, behandling samt konsekvenser av sjukdom/behandling. Kick-offen avslutades med mingel och samtal emellan deltagarna.

Studiebesök i Jönköping

I slutet av oktober 2012 åkte tre representanter från arbetsgruppen upp till Ryhovs sjukhus i Jönköping för att träffa Onkologiska klinikens rehabiliteringssamordnare Viktoria Wendel. Hon hade sedan ett par år tillbaka samverkat regelbundet med Försäkringskassan i samband med sjukskrivning på grund av cancersjukdom. Även en personlig handläggare från Försäkringskassan i Jönköping medverkade denna dag. Syftet för arbetsgruppen var att ta del av deras erfarenheter, men också att till viss del dra nytta av varandras arbete inom det lilla området cancerrehabilitering.

Patientintervjuer

Kontaktsjuksköterskan ägnade sina första veckor i DISA åt att granska och analysera processansökan för att på så sätt identifiera möjliga områden att arbeta med. Det ledde till ett önskemål om att ta del av patienter med cancersjukdoms tidigare erfarenheter i samband med sjukskrivningen. Saken diskuterades med Johan Cosmo, som var av samma uppfattning, vilket ledde till beslut om att patienter från de största cancerprocesserna på CSK skulle tillfrågas om deltagande i intervjuer. Kontaktsjuksköterskan hade flera kontakter med mestadels andra kontaktsjuksköterskorna inom de olika cancerprocesserna för att dels informera dem om sitt arbete inom DISA och dels för att få hjälp med att tillfråga patienter om de kunde tänka sig att delta i intervjuer.

Inför att en projektplan för intervjuarbetet skulle upprättas träffade kontaktsjuksköterskan en professor i omvårdnad Anna-Karin Edberg för att få lite råd inför detta. Intervjuerna skulle ha öppna frågor som på så vis skulle ge utrymme för att berätta och utveckla det som patienterna ville delge och de skulle spelas in med hjälp av en diktafon.

Sammanlagt intervjuades 20 patienter med bröstcancer, gynekologisk cancer, kolorektalcancer, lungcancer samt hematologisk cancer och arbetet med intervjuerna pågick mellan oktober 2012 och januari 2013. Syftet med intervjuerna var att samla in så mycket information som möjligt från dem som faktiskt hade erfarenhet och på så vis få en stomme för att utveckla arbetet inom DISA-processen. Då en viktig del av DISA var just fokus på individplanering var intervjuerna ett bra sätt att se vilka behov och önskemål om förbättring som fanns. Patientintervjuerna tillsammans med medarbetarnas erfarenheter från de olika organisationerna bidrog till att en strukturerad arbetsmetod inom DISA så småningom började ta form och användas i det samverkande arbetet med patienterna/de försäkrade. Förhoppningen var att arbetsmetoden på sikt skulle bidra till att förbättra sjukskrivningsprocessen samt utveckla den befintliga cancerrehabiliteringen.

Intervjuerna med patienterna berörde deras erfarenheter av psykiska reaktioner kopplat till cancersjukdomen, kontakten med Försäkringskassan, kontakten med arbetsgivaren, erfarenheter av rehabilitering samt kontakten med sjukvården i samband med sjukskrivningen. När intervjuerna var

genomförda, skrevs de ned och analyserades av kontaktsjuksköterskan. Intervjumaterialet var omfattande och sammanfattades så småningom till ett resultat.

Resultat intervjuer

I intervjusvaren framkom att den mest svårhanterliga tiden för patienterna var i samband med att de fick besked om sin diagnos samt tiden närmast efter avslutad behandling. Reaktionerna på diagnosbeskedet varierade beroende på förekomsten av olika faktorer som kunde tyda på ett ökat rehabiliteringsbehov. De faktorer som avses är om personerna var ensamstående eller inte, socialt isolerad eller ej, hade hemmavarande barn under 18 år, många ansvarsområden i livet, tidigare eller pågående psykiatriska problem och tidigare eller pågående missbruksproblem. Hur väl patienterna klarade av situationen berodde på deras inre respektive yttre resurser. Med inre resurser avses de personliga egenskaper man har för att hantera olika svårigheter och med yttre resurser avses vilket nätverk av människor man har runt omkring sig. De flesta patienter berättade om betydelsen av närstående samt en förstående omgivning. En del patienter upplevde att det förväntades att de nästan direkt efter avslutad behandling skulle vara som vanligt igen. I själva verket tog det mycket längre tid än vad de hade trott att komma tillbaka till en fungerande vardag igen på grund av fysiska, psykiska, sociala och existentiella rehabiliteringsbehov.

Intervjuerna visade också att patienterna ofta kände oro inför kontakten med Försäkringskassan. När de sedan väl hade haft kontakt med någon handläggare upplevde de kontakten betydligt bättre än vad de hade förväntat sig. Inställningen till Försäkringskassan var för patienterna påverkad av bl.a. mediabilden och människor i omgivningen. Flertalet av patienterna saknade personlig erfarenhet av tidigare kontakt med Försäkringskassan då de blev sjukskrivna.

De flesta patienterna uppgav att de hade en stark drivkraft att komma tillbaka till en fungerande vardag igen och i och med det också återgång i arbete. Några patienter hade arbetat åtminstone delvis under sjukdomsperioden.

Tidpunkten då patienterna hade första kontakten med sin handläggare på Försäkringskassan varierade inom gruppen. Vissa hade kontakt vid väldigt få tillfällen och en del hade ingen kontakt alls förutom via brev. Nästintill samtliga patienter sa dock att de tyckte att det var viktigt att ha kontakt tidigt, men att kontakten då skulle vara fokuserad på det som låg närmast i tid framför patienten, t.ex. fokus på en förestående behandling istället för att inrikta sig på återgång i arbete.

Det fanns patienter som hade upplevelser av ett dåligt bemötande från Försäkringskassan. De ansåg att det var betydelsefullt om de personliga handläggarna hade haft kunskaper om vad patienter går igenom och att en sådan förståelse skulle inge förtroende och i slutändan bidra till en känsla av ökad trygghet för patienterna. Vissa patienter hade erfarit att Försäkringskassans regelverk komplicerade deras situation, t.ex. då det handlade om kriterierna för allvarlig sjukdom.

Det varierade hur patienterna upplevde kontakten med arbetsgivaren. För en del var den mycket bra, medan andra ansåg att den var mindre bra. De betonade att det var viktigt för dem att ha en kontakt med sin arbetsgivare. En del höll kontakt med arbetsgivaren på egen hand och andra

upprätthöll en kontakt tack vare kollegorna. Omtanke från arbetskamrater och arbetsgivare betydde mycket i samband med sjukskrivningen. Ibland kunde patienterna uppleva att det var svårt för arbetsgivaren och kollegorna kontakten med en som sjukskriven. En del ansåg att de blev annorlunda bemötta än tidigare. Det som samtliga patienter betonade som mycket värdefullt var att känna delaktighet på arbetsplatsen även om man inte rent fysiskt alltid var där. Det kunde handla om att exempelvis bli inbjuden till APT eller någon föreläsning på arbetsplatsen. En god planering inför återgång i arbete var viktigt, men många gånger var den bristfällig.

Vad gäller rehabilitering hade patienterna i det närmaste inga förväntningar alls och visste inte alltid vilka möjligheter som fanns. Det varierade hur, när och om de informerades om cancerrehabilitering och om Fenix. De tyckte dock att denna typ av information behövde ges både muntligt som skriftligt och upprepade gånger. De var som minst mottagliga för att få sådan information i samband med att de fick sin diagnos. För flera av patienterna var det betydelsefullt att ha kontakt med andra i liknande situation. De patienter som hade haft kontakt med Fenix var mycket nöjda och beskrev vilket viktigt stöd de var för deras väg tillbaka till en fungerande vardag.

De flesta patienterna var mycket nöjda med sjukvården under den aktiva delen av behandlingen. En del upplevde att de kände sig lämnade efter att den var avslutad. Detta var särskilt tydligt hos kvinnor med bröstcancer som enbart strålbehandlats. I de fall patienterna var missnöjda med vården rörde det sig mestadels om bristande kommunikation. För vissa av patienterna tillgodosågs inte alltid konsekvenserna av sjukdomen och behandlingen, d.v.s. rehabiliteringsbehovet. En del önskade fler läkarbesök samt en enklare väg in på sjukhus då det krävdes akut vård i samband med cancerbehandling.

Föreläsning för arbetsgivare

Den 6 november 2012 föreläste DISA-arbetsgruppen för personalspecialister i Kristianstads kommun. Syftet var att genom föreläsning öka arbetsgivarrepresentanternas kunskaper om cancersjukdom och dess behandling samt de konsekvenser som hänger samman med detta. Arbetsgruppen föreläste också om cancerrehabilitering samt hur man kunde bemöta sjukskrivna kollegor/medarbetare på bästa sätt i denna situation samt hur de personliga handläggarna arbetade med de försäkrade inom ramen för DISA. Föreläsningen följdes av diskussioner, som både arbetsgruppen samt arbetsgivarna kunde dra nytta av.

Broschyr

Arbetsgruppen valde att ta fram en broschyr om DISA, som riktades till dem som var sjukskrivna. Broschyren kallades för "Till dig som är sjukskriven på grund av cancersjukdom" och den skickades ut via Försäkringskassan och ibland via de kontaktssjuksköterskor på CSK:s olika kliniker som hade kontakt med sjukskrivna patienter med cancerdiagnos. I broschyren beskrevs hur DISA fungerade i samverkan samt en del om varje organisation och kontaktuppgifter till dem som arbetade i processen.

Utbildning Kontaktsjuksköterska

Kontaktsjuksköterskan gick under våren 2013 en uppdragsutbildning via Karolinska Institutet i Stockholm som hette "Koordinering av rehab processen", 7,5 poäng. Det övergripande målet med kursen var att efter genomförd utbildning ha uppnått kunskaper som gjorde det möjligt att praktiskt kunna arbeta som rehab kordinator. Kursen behandlade rollen som kordinator i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen gentemot den sjukskrivne och övriga parter som arbetsgivare, sjukvården, fackliga representanter, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Utöver detta gav kursen en övergripande kännedom i relevanta juridiska delar inom socialförsäkringen samt arbetsrätt.

Workshop nr 1

Den 15 februari 2013 hölls en workshop kring DISA-arbetet. Medlemmarna i arbetsgruppen höll i programmet för dagen och DISA:s externa utvärderare Joakim Tranquist hade rollen som moderator. Workshopen riktade sig till arbetsgruppen, styrgruppen, berörda chefer samt andra personer inom respektive organisation som kunde bidra till processen. Workshopen inleddes med genomgång av projektbeskrivningen och därefter delade respektive organisation sina förväntningar på DISA. Varje organisation fick beskriva hur man arbetar idag. Utifrån de beskrivningarna skulle workshopdeltagarna hitta gemensamma och aktuella beröringspunkter för DISA-arbetet. Vidare diskuterades vad patienterna/de försäkrade lämnat för synpunkter i DISA-sjuksköterskans intervjuer och hur det konkreta samarbetet skulle vara framöver för att bli så bra som möjligt för de sjukskrivna.

Nationell konferens i cancerrehabilitering

Tre medlemmar i arbetsgruppen deltog i en nationell konferens om psykosocial onkologi och cancerrehabilitering i Stockholm den 24 och 25 april 2013. Temat för konferensen var "Cancerrehabilitering – från vision till vardag". Dag ett inleddes med att Maria Hellbom, regional patientprocessledare för cancerrehabilitering vid RCC Syd och styrelseledamot i Swedpos, öppnade konferensen. Därefter talade Katarina Johansson, samordnare för Nätverket mot cancer, om sin organisation och deras syn på cancerrehabilitering. Gunilla Gunnarsson, cancersamordnare i SKL, belyste vidare cancerrehabilitering från sitt perspektiv. Representanter för RCC i hela landet och tillika redaktionen för det kommande nationella vårdprogrammet om cancerrehabilitering berättade om sitt arbete och när ett första utkast var planerat att komma ut. Psykolog Pär Salander verksam i Umeå föreläste efter lunchen om att skapa hopp i en existentiellt utsatt situation. Eftermiddagens övriga programpunkter bestod i att Caroline Tellhammar och Karin Nordfeldt Hansson från nätverket "Barn som närstående" berättade om sin samverkan i Umeå följt av Johanna Joneklav, kurator i Örebro, som beskrev arbetet med att skapa webbplatsen näracancer.se och som riktade sig till unga närstående. Kvällen tillbringades på en trevlig restaurang på Söder där det nätverkades mellan de nationella konferensdeltagarna. Dag två var upplagd som en workshop ledd av facilitator Christine Kiliam Hinsell. Denna dag syftade till att konkretisera visioner för cancerrehabilitering i landet och hur de kunde omsättas till handlingar i vardagen. Konferensdeltagarna fick vara med och ge sitt bidrag till en vision för hur cancerrehabiliteringen skulle utvecklas under de närmsta fem åren. Konferensen var mycket givande och inspirerande för DISA-medlemmarna. DISA som företeelse fick

också positiv uppmärksamhet. då vissa visade på förvåning och glädje att även Försäkringskassan deltog, vilket man tyckte var positivt. Förhoppningsvis ger detta positiva ringar på vattnet för samarbete mellan vården och Försäkringskassan.

Träff med patientföreningar

Den 2 maj 2013 bjöds representanter för patientföreningarna ProVitae (prostatacancer) och Victoria (bröstcancer) in till en träff med DISA-medarbetarna. Syftet var att sprida DISA-arbetet till dem.

Workshop nr 2

Den 12 september hölls en andra workshop och moderator var även denna gång Joakim Tranquist. Syftet med workshopen var att på ett strukturerat sätt prata om framtiden för DISA med berörda parter. I princip samma personer var inbjudna som vid den första workshopen. Någon representant från sjukhuset i Ystad hade tillkommit liksom någon från Arbetsförmedlingen.

Träff med RCC Syd

Arbetsgruppen besökte den 4 november 2013 RCC Syd i Lund i syfte att informera deras medarbetare om arbetet inom DISA. Besöket resulterade i att RCC Syd:s informatör Jenny Patera, lade ut en text om besöket på deras hemsida.

Konferens

Arbetsgruppens medlemmar bjöd in till konferens i Skånehusets stora sessionssal i Kristianstad den 6 december 2013. Ett stort antal inbjudningar ställdes till sjukvården, Försäkringskassan, arbetsgivare, patientföreningar och politiker så väl lokalt som nationellt. Ett 70-tal tackade ja till inbjudan men tyvärr blev det ett betydligt mindre antal deltagare som kom då stormen Sven härjade som värst just den dagen. Lena Persson, vicerektor på Högskolan i Kristianstad var moderator för dagen. Konferensen inleddes med att Göran Modin, nationell försäkringsmedicinsk koordinator på Försäkringskassan, pratade om samverkan utifrån DISA. Därefter fortsatte Johan Cosmo, förvaltningsstabschef Skånevård Kryh, med att pratat om DISA relaterat till cancervården. Programpunkten med Maria Hellbom och Stefan Rydén som representanter för RCC Syd ströks på grund av transportproblem direkt orsakade av stormen. Arbetsgruppen berättade om sitt arbete och följdes av patientintervjuer där en patient med bröstcancer och en patient med prostatacancer pratade om sina erfarenheter av cancerrehabilitering och DISA under ledning av Andrea Magnusson, onkologisjuksköterska, sexual rådgivare, grundutbildad i kognitiv beteendeterapi på Fenix. Dagen avslutades med att Gilbert Tribo pratade om DISA utifrån politikens håll.

Studiebesök på Center for Kraeft og sundhet i Köpenhamn

Den 24 april åkte arbetsgruppen på ett studiebesök till rehabiliteringscenter i Köpenhamn som vänder sig till patienter med cancersjukdom.

Arbetsmodell

Med hjälp av den information som kom fram i DISA-sjuksköterskans patientintervjuer, tidigare erfarenheter från arbetsgruppens medlemmar samt de lagar och riktlinjer som respektive organisation styrs av skapades en arbetsmodell som började användas i det samverkande arbetet den 1 mars 2013. Syftet var att på ett strukturerat sätt dels uppfylla de behov av stöd de intervjuade patienterna angav att de haft i samband med sjukskrivning men också att förbättra och utveckla den befintliga cancerrehabiliteringen genom att alla sjukskrivna patienter erbjöds rehabiliteringssamtal. Bedömning av rehabiliteringsbehov samt rehabiliteringssamtal ingick som en del i kontaktsjuksköterskornas uppdrag men arbetet med det hade inte riktigt kommit igång på CSK vilket DISA nu möjliggjorde.

DISA-arbetsmodell – Tidig kontakt - Försäkringskassan

I arbetsmodellens första steg tar Försäkringskassans handläggare en tidig kontakt med den sjukskrivne. Det som skiljer sig mot det Försäkringskassan vanligen gör vid en tidig kontakt är att man här både informerar om DISA och erbjuder en kontakt från DISA-sjuksköterskan. Om den försäkrade vill att DISA-sjuksköterskan ska ta kontakt, inhämtar handläggaren samtycke till att lämna information till vården. Mer information om tidig kontakt finns under rubriken tidig kontakt.

DISA-arbetsmodell – Telefonkontakt med arbetsgivare - Försäkringskassan

Nästa del i arbetsmodellen innebär telefonkontakt mellan personlig handläggare på Försäkringskassan och den försäkrades arbetsgivare. Syftet är att handläggaren ska presentera sig för arbetsgivaren och upprätta en kontakt. Under samtalet beskrivs betydelsen av kontakt med en sjukskriven medarbetare.

DISA-arbetsmodell – Samverkansmöte - Sjukvården och Försäkringskassan

I samband med arbetsgruppens samverkansmöten, som hålls varje vecka, lämnas namn på sjukskrivna över från Försäkringskassan till DISA-sjuksköterskan och relevant information kring pågående patientärenden med behov av samverkan mellan de olika organisationerna utbyts.

DISA-arbetsmodell – Bedömningssamtal - Sjukvården

DISA-sjuksköterskan ringer sedan upp patienterna för ett första bedömningssamtal via telefon. Förberedelsearbetet inför samtalen består i att delvis ha tagit del av patientens sjukhistoria via vårdens journal. Syftet med samtalen är att upprätta en kontakt och ta del av planering gällande behandling. Patienterna får också information om sjuksköterskans funktion som stöd i samband med sjukskrivningen. Den funktionen innebär också att patienterna ska få sina rehabiliteringsbehov bedömda och vid behov även få stöd i samband med återgång till en fungerande vardag och med det återgång i arbete. Patienterna får också information om samverkan med Försäkringskassan även information om cancerrehabilitering och möjligheter till hjälp om avancerade rehabiliteringsbehov.

Vid samtalet belyses också betydelsen av att vara fysiskt aktiv i samband med cancerbehandling och vilka vinster det kan innebära för patienterna. De får också information om fatigue, det vill säga cancerrelaterad trötthet då det finns belägg för att kunskap om fatigue gör det lättare för patienter och närstående att hantera denna konsekvens av sjukdomen/behandlingen. Då det är möjligt identifieras riskfaktorer som eventuellt kan tyda på ett ökat behov av insatser inom psykosocialt stöd. Dessa riskfaktorer är att vara ensamstående, ha hemmavarande barn under 18 år, ha många ansvarsområden i livet, vara socialt isolerad, ha tidigare eller pågående psykiatrisk problematik samt ha tidigare eller pågående missbruksproblem. Då det finns hemmavarande barn under 18 år tillfrågas patienterna om barnen fått den information de behövde. Dessa samtal brukar vanligen fungera bra och mycket viktig information till patienterna kommer fram och viktig information når sjukvården. Samtalen avslutas med en överenskommelse om nästa kontakt vilken vanligen sker i samband med rehabiliteringssamtalet och utarbetande av en rehabiliteringsplan.

DISA-arbetsmodell – Rehabiliteringssamtal - Sjukvården

Tidpunkten för rehabiliteringssamtalet varierar mellan patienterna beroende på diagnos, behov samt stadium av sjukdomen. Vanligen äger dock samtal rum i samband med att den adjuvanta behandlingen avslutas. Samtalet syftar till att ge en överskådlig bild av patientens livssituation under rådande omständigheter. Det ger också en uppfattning om de inre och yttre resurser som patienten har för att hantera problem samt vilka hinder som kan finnas. Patienternas rehabiliteringsbehov bedöms och resulterar i en rehabiliteringsplan. Patienter med ett större rehabiliteringsbehov hänvisas till KVH-Fenix.

Rehabiliteringssamtalen startar i de flesta fall med att patienterna får fylla i ett frågeformulär som kallas för Distresstermometer. Det är ett formulär utformat för att upptäcka rehabiliteringsbehov hos cancerpatienter. Det utgör sedan själva grunden för rehabiliteringssamtalet.

Patienterna får berätta sin sjukdomshistoria. Även om inte alla patienter har ett uttalat rehabiliteringsbehov så fungerar samtalet som ett sätt för dem att "knyta ihop säcken" efter avslutad behandling. Under samtalet bedöms rehabiliteringsbehovet utifrån fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt perspektiv. De allra flesta patienterna har varierande grad av fatigue och flertalet uttrycker rädsla för återfall som dominerande konsekvenser. Även sömnstörningar samt fysisk svaghet är vanligt förekommande konsekvenser. Utifrån de konsekvenser patienterna har diskuteras strategier för att hantera dem i vardagen. Rehabiliteringssamtalet sammanfattas och sjuksköterskan gör en bedömning av vilken nivå av rehabiliteringsbehov patienten har. Det kan handla om basala rehabiliteringsbehov där patienten själv tar ansvar för fortsatt rehabilitering tillbaka till en fungerande vardag. Det kan också handla om avancerade behov där kontaktsjuksköterskan bedömer det lämpligt med vidare hänvisning till Fenix. Allt görs i överenskommelse med patienten, så väl hänvisning till Fenix som eget ansvar för rehabilitering. För de patienter som själv tar ansvar för sin rehabilitering sker alltid en telefonuppföljning cirka en månad efter rehabiliteringssamtalet. Om rehabiliteringsplanens mål är uppfyllt släpps patienterna sedan. För de patienter som rehabiliteringen inte gått som planerat behålls kontakten med DISA-sjuksköterskan. Det kan t.ex. handla om att rehabiliteringsbehoven har förändrats över tid till följd av recidiv i sjukdomen och då

krävs nya bedömningar av rehabiliteringsbehov löpande och därför fortsätter kontakten så länge det finns behov av den.

Även närstående involveras i rehabiliteringssamtalen genom att de bjuds in till samtalen. Ibland deltar de närstående, men det är lika vanligt att de inte medverkar. Då närstående medverkar riktas en liten del av samtalet åt dem och de får beskriva hur de hade upplevt situationen. Om närstående har behov av psykosocialt stöd finns det möjligheter för dem att få stödsamtal via Fenix.

DISA-arbetsmodell – Rehabiliteringsplan – Sjukvården

Detta dokument har skapats utifrån dels den tidigare nämnda Distresstermometern och dels det som framkom i samband med rehabiliteringssamtalet. Rehabiliteringsplanens syfte är att på ett överskådligt sätt belysa de konsekvenser av cancersjukdomen/behandlingen som patienten har samt ge strategier för att hantera dem självständigt där det är möjligt. I dokumentet finns också information om olika saker som patienten kan ha nytta av att veta. Som exempel på detta kan nämnas information om fatigue och information om rekommendation om fysisk aktivitet efter avslutad behandling. I rehabiliteringsplanen finns ett för patienten anpassat och tydligt formulerat mål samt vem som har ansvar för vad. Där finns också en bedömning av vilket behov av ytterligare insatser patienten har för att kunna nå det uppsatta målet samt datum då uppföljning ska ske. Om patienterna har frågor som inte kan besvaras direkt i rehabiliteringssamtalet tar DISA-sjuksköterskan reda på ett svar och dokumenterar det under punkten Övrigt i rehabiliteringsplanen. Det kan handla om patienter som har sin behandling via Lund och undrar när de ska flyttas över för att ha sina uppföljande besök via CSK istället. Vidare kan det handla om att en patient undrar hur man går tillväga för att ansöka om färdtjänst.

DISA-arbetsmodell – Gemensam planering för att återfå arbetsförmågan – Sjukvården och Försäkringskassan

Detta steg i arbetsmodellen innebär ett möte där de samverkande organisationerna tillsammans med patienten/den försäkrade träffas och samverkar för att ge bästa möjliga förutsättningar för patienten/den försäkrade att återfå arbetsförmåga trots eventuella kvarstående fysiska, psykiska, sociala och existentiella konsekvenser efter avslutad behandling. Även arbetsgivaren deltar. Detta möte kan initieras av Försäkringskassan lika väl som av DISA-sjuksköterskan. Det är relativt vanligt med oro inför återgång i arbete hos sjukskrivna cancerpatienter. I synnerhet de som har människovårdande yrken som kräver hög grad av emotionell närvaro och koncentration behöver en väl genomförd planering och ibland anpassade arbetsuppgifter under en tid för att återfå sin arbetsförmåga till fullo.

Arbetsätt Försäkringskassan samt erfarenheter inom DISA

Försäkringskassan har ett fastställt arbetsätt för sjukfallshandläggning. Ett syfte med DISA var att stämma av hur dessa arbetsätt fungerar för den aktuella diagnosgruppen och se över hur de befintliga metoderna i handläggningen används och hur man kan kommunicera reglerna i sjukförsäkringen med förtroende.

Under projekttidens gång har arbetet internt på Försäkringskassan med kundlöften ”mänskligare, tryggare, enklare” genomförts och de står helt i samklang med det DISA:s budskap. Som handläggare gäller det att vara lyhörd inför hur den försäkrade upplever sin situation och utifrån fall till fall avgöra vilken information som är lämplig att lämna och få och i vilken omfattning. Det handlar mycket om kontinuiteten i kontakter för att löpande stämma av den försäkrades situation. Områden som berörs är hur individen känner och vad som är planerat för att handläggaren ska kunna stötta vederbörande i en riktning som följer sjukförsäkringens intentioner. Ibland handlar det om att så ett frö till en tanke som får tas upp vid ett senare tillfälle. Försäkringskassans arbete med kontinuerliga kontakterna riktas både till de försäkrade och till vården.

Tidig kontakt

När impuls om en sjukskriven person kommer till en personlig handläggare ringer handläggaren upp personen för att ta en tidig kontakt. Under telefonsamtalet presenterar handläggaren sig, berättar om Försäkringskassans uppdrag och lämnar information som den försäkrade kan behöva. En erfarenhet är att den tidiga kontakten är viktig för förtroendet mellan den försäkrade och handläggaren. Under processtiden har en utveckling skett både i DISA och inom Försäkringskassan. Tidigare lämnades ganska mycket och detaljerad information bl.a. om den s.k. rehabkedjan. Sådan information har handläggarna minskat ner på. Informationen anpassas istället utifrån var och ens förutsättningar att ta till sig. Vanligen lämnar handläggarna sina kontaktuppgifter, informerar om DISA, tar reda på vem närmaste chef är och inhämtar medgivande om kontakt med chefen vid behov. Om det bedöms lämpligt informeras om vad som gäller vid ev. utlandsresa under pågående sjukskrivning. En viktig del är att handläggarna diskuterar med den försäkrade hur den fortsatta kontakten med Försäkringskassan ska se ut.

Erfarenheten är att rehabkedjans olika bedömningsgrunder till viss del verkar skrämmande för försäkrade, varför handläggarna behöver vara lyhörda inför hur mycket den försäkrade vet om sjukförsäkringen och vad vederbörande verkligen behöver i ett första samtal. Handläggarna lägger stor vikt vid att fånga upp den försäkrades behov och lyssnar av var hon/han befinner sig just då. Frågan om personligt möte berörs också. Handläggarna berättar att de vanligtvis träffar alla sjukskrivna för att i lugn och ro kunna prata lite mer om deras sjukskrivning. De frågar när den försäkrade själv tycker att det är lämpligt att träffas. Erfarenheten från DISA säger att många är inne i en tung behandling när man kommer till den personliga handläggaren. Det är oftast den försäkrades hälsotillstånd som får vara avgörande när ett personligt möte kan bli aktuellt. En annan erfarenhet är att om man är inne i en behandling eller väntar på operation så är man ofta fullt upptagen av nuet. Att då prata för mycket om planering framåt tas inte emot positivt av alla utan här kommer återigen lyhördheten in för hur man som handläggare balanserar sitt uppdrag. Val av plats för personligt möte styrs av den försäkrades hälsotillstånd och eget önskemål. DISA-handläggarna

har haft möten olika platser, såsom i hemmet, på arbetsplatsen, på sjukhuset i samband med behandling, på Arbetsförmedlingen men också på ett Försäkringskass kontor nära bostaden.

Kontakt arbetsgivare

DISA-processen har också arbetat med att kontakta arbetsgivaren i anslutning till den tidiga kontakten med den försäkrade. Syftet med sådana kontakter är liknande, d.v.s. att presentera sig som handläggare och skapa kontakt. Vissa utredande frågor kan ställas om arbetsplatsen m.a.a. de olika bedömningsgrunderna i sjukförsäkringens rehabkedja och diskussion om olika möjligheter inför framtida planering kan föras. Om möjlighet ges tas frågan om kontakt under sjukskrivning med arbetsplatsen upp då det ses som en framgångsfaktor till återgång i arbete. Handläggarnas uppfattning är att detta samtal har uppskattats av arbetsgivarna och underlättat det fortsatta samarbetet.

Löpande kontakt med kunden

Ett av de arbetssätt som är uttalade i DISA, är att handläggarna har löpande kontakt med alla kunder under deras sjukskrivningstid. Efter den tidiga kontakten bestäms en tidpunkt för nästa kontakt. I normalfallet finns en hållpunkt framåt i tiden, t.ex. ett läkarbesök eller slutet på en behandling då det kan vara lämpligt att höras av för vidare planering. Finns ingen sådan hållpunkt inom rimlig tid bestäms en tid för ny kontakt två till tre månader framåt i tiden. Vanligtvis är det kunden som får uppdraget att höra av sig till handläggaren vid den överenskomna tidpunkten. Andra varianter har också prövats, t.ex. att handläggaren ringer eller skickar kontaktkort.

Syftet med de löpande kontakterna är att stämma av att handläggningen sker med rätt insatser i rätt tid. Kontakterna ger en naturlig möjlighet att stämma av hur man går vidare om den planering man har håller eller om man ska göra en ny planering. Det är i det här skedet Försäkringskassan tidigare sannolikt av missriktad omsorg inte tagit kontakt under en pågående sjukskrivning för att man trott att man stört. Erfarenheten i DISA säger att det är just den löpande kontakten som är viktig, att se en individ oavsett och kunna bidra med det som Försäkringskassan ska bidra med, t.ex. att rätt ersättning utgår och att man kan svara på de frågor som finns och därmed skapa trygghet och förtroende. Försäkringskassans uppfattning är att kunderna vill ha en regelbunden kontakt med sin handläggare, främst per telefon. Naturligtvis respekterar vi kundernas önskemål i detta.

Samordning - möte planering

Försäkringskassan har ett uppdrag att samordna rehabilitering. Försäkringskassan är själv inte en rehabiliteringsaktör, utan vården står för den medicinska rehabiliteringen och arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen ansvarar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Genom den löpande kontakten med en sjukskriven person och impulser från vården avgörs när det kan vara aktuellt med samordning. I sin handläggning arbetar Försäkringskassan med olika metoder. En metod är

avstämningarna. Avstämningarna ska användas när Försäkringskassan tillsammans med den försäkrade och ytterligare någon eller några aktörer (i praktiken ofta den försäkrades behandlande/intygsutfärdande läkare samt arbetsgivare) behöver utreda och bedöma den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering. Vid ett avstämningarna, är det ofta lämpligt att upprätta en rehabiliteringsplan/plan för återgång i arbete. Antalet avstämningarna har under DISA-tiden ökat för patientgruppen. DISA-handläggarna beskriver, att de känner en annan trygghet i mötena med den ökade kunskapen de fått. Goda kontakter genom det arbetssätt som arbetats fram med alla berörda (de försäkrade, arbetsgivare och vården) underlättar också för att kunna göra en bra planering.

Bedömningar

Försäkringskassan har två uppdrag, dels att bedöma rätten till ersättning och dels att samordna de rehabiliteringsåtgärder en person behöver för att återfå arbetsförmåga. Bedömningen av rätten till ersättning sker utifrån olika bedömningsgrunder beroende på antalet dagar som går i ett sjukfall. Som grund för en sjukpenningssattsbedömning ska det finnas ett anspråk från en försäkrad som styrks av ett läkarintyg innehållande diagnos, aktivitetsbegränsningar och funktionsbegränsningar. Beskrivningen i läkarintyget ska vara en individuell bedömning i varje enskilt fall och bygga på individens specifika situation. Det finns alltså ingen standardskrivning att utgå ifrån.

En av de stora vinsterna med DISA har varit den ömsesidiga kompetensöverföring som genomförts mellan Försäkringskassan och vården. Vården har fått en bättre förståelse för Försäkringskassans uppdrag och vice versa. Genom denna ökade förståelse upplever handläggarna att samarbetet med vården har blivit bättre och att det finns en annan förståelse för varför Försäkringskassan efterfrågar olika uppgifter som en del i sjukpenningrättsbedömningarna.

För att förtydliga olika bedömningar, som kan göras i ett sjukfall utifrån ett DISA perspektiv följer här några exempel:

Behov av samordning

Efter den inledande utredningen ska handläggaren ta ställning till vilket behov av samordning som föreligger. Erfarenheten har visat att den bedömningsgrund som hos Försäkringskassan går under benämningen "samordning sannolikt" varit den mest frekventa eftersom merparten av de sjukskrivna personerna har en pågående behandling. Det är först senare i sjukfallet det blir en ny bedömning med "samordning behövs". Det finns även några personer för vilka samordning anses obehövlig och som efter en kortare konvalescens återgår i arbete.

Annat arbete hos arbetsgivaren, "90 dagars bedömning"

Inför att en person varit sjukskriven i tre månader ska Försäkringskassan utreda om det finns ett annat arbete hos arbetsgivaren som personen kan utföra trots sina besvär. Vad som behövs för att göra en sådan bedömning är ett klarläggande av hur den medicinska situationen ser ut för individen samt vilka arbetsuppgifter som finns hos arbetsgivaren.

Det vanligaste för den DISA-sjukfallen, är att man vid den här tidpunkten ofta är inne i en behandling och enbart den medicinska delen visar att det inte finns en större arbetsförmåga i andra arbetsuppgifter och att det därför finns fortsatt rätt till sjukpenning. En kontakt med arbetsgivaren är i de fallen oftast inte behövlig för att utreda arbetsuppgifter. Som tidigare konstaterats tas dock en kontakt med arbetsgivaren ändå, men fokus i den kontakten ligger snarast på att upprätta en kontakt inför framtiden.

Annat arbete på den reguljära arbetsmarknaden "180 dagars bedömning"

Inför att en person varit sjukskriven i sex månader ska Försäkringskassan utreda om personen i fråga har en sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig genom förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Till den bedömningen behövs ett läkarintyg som beskriver diagnos och vilka begränsningar som följer av den i förhållande till arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden.

Just vid halvårsskiftet har DISA-handläggarna kunnat konstatera, att många individer har en pågående behandling. Bedömningen av en persons arbetsförmåga i förhållande till arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden, görs sedan löpande och här blir läkarintygen centrala kompletterat med kontakt mellan Försäkringskassan och läkare för att kunna utreda när det är möjligt att gå vidare med nästa steg.

Fler dagar på normalnivå

När en person varit sjukskriven i 365 dagar kan han/hon ansöka om ytterligare ersättning i form av fler dagar på fortsättningsnivå (dvs 75% i ersättningsnivå) eller fler dagar på normalnivå (dvs 80% i ersättningsnivå, icke tidsbegränsat). Bestämmelsen om fler dagar med sjukpenning har kommit till därför att det inte är rimligt att tidsbegränsa ersättningen för en person som har en allvarlig sjukdom (prop. 2007/08:136). Lagstiftarens avsikt med bestämmelsen om fler dagar med sjukpenning på normalnivå är alltså att skydda de personer som lider av allvarliga sjukdomar och därmed undanta dem från reglerna om sänkning och tidsbegränsning av sjukpenning. Det finns inte reglerat vilka sjukdomar eller tillstånd som är att betrakta som allvarliga, utan det måste bedömas individuellt. Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram en beskrivning av vad som ryms inom begreppet allvarlig sjukdom. Begreppet allvarlig sjukdom/skada i ett försäkringsmedicinskt sammanhang. För att ett tillstånd eller en skada ska kunna betecknas som allvarligt behöver en person uppfylla det första kriteriet för allvarlig sjukdom samt något av de andra fyra. Försäkringskassans handläggare har alltså stöd av Socialstyrelsens beskrivning vid bedömningen i det enskilda fallet, då handläggaren ska göra en bedömning utifrån den samlade informationen.

I samtal informerar handläggarna om att det finns två olika ersättningstyper, fortsättningsnivå (75 %) och normalnivå (80 %) och att dagarna med sjukpenning på fortsättningsnivå är begränsade. Handläggarna kan ge en kortfattad beskrivning kring kriterierna för allvarlig sjukdom, men är samtidigt mycket lyhörda inför den försäkrades reaktion och kommentarer vid informationen.

Utredningen och bedömningen i det här steget är ett av de svåra momenten enligt DISA-handläggarna. Återigen är de löpande kontakterna viktiga och att i ett samtal inför ett års

sjukskrivning ta upp frågan och informera om den ansökan som en sjukskriven person behöver göra i syfte att skapa trygghet för den försäkrade. Ansökningsblanketter sänds till den sjukskrivna per automatik. Därför är det bäst att föregripa eventuella frågor och otrygghet om detta genom att informera.

Gemensam kartläggning tillsammans med Arbetsförmedlingen

För vissa sjukskrivna kan det bli aktuellt med samarbete med Arbetsförmedlingen som en del i samordningen tillbaka till arbete. Efter 914 dagar med sjukpenning tar vanligen arbetslivsintroduktionen via Arbetsförmedlingen vid. Sedan tidigare finns ett fördjupat samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Just i DISA finns speciellt utsedda kontaktpersoner även på Arbetsförmedlingen. Hittills har få personer blivit aktuella för samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, men i de fall det har blivit aktuellt upplever DISA-handläggarna att det fungerat bra. En del i det arbetet, är att kunna förklara vilka möjligheter Arbetsförmedlingen har att erbjuda olika stöd och insatser.

Sjukersättning

Sjukersättning ska prövas då de medicinska uppgifterna visar att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel. Vid utredning om sjukersättning har en beslutsfattare för den ersättningsformen funnits med för att på ett bra sätt stötta handläggarna i handläggningen kring förutsättningarna för sjukersättning.

En av de första lärdomarna kring att ta upp frågan om sjukersättning var att stärka fokus på om **arbetsförmågan** är stadigvarande nedsatt, eftersom Försäkringskassan inte ska ta ställning till den medicinska prognosen.

Även här återkommer kopplingen till den löpande kontakten med den försäkrade under sjukskrivningstiden. Att ta upp frågan om sjukersättning inte kan ses som en isolerad företeelse i slutet av ett sjukfall utan handläggaren behöver ha frågan med sig under hela sjukfallet beroende på omständigheterna. Ett sätt att ta upp förutsättningarna för sjukersättning kan vara i anslutning till att impulser som tyder på stadigvarande nedsatt arbetsförmåga framkommer. Till följd av den utökade kompetens kring cancersjukdomar och med stöd från medicinska dokument som kommer in, upplever DISA-handläggarna att deras arbete med utredning av förutsättningarna för sjukersättning har underlättats. Dialogen med de försäkrade är avgörande för att kunna förklara vad som gäller för en enskild individ.

Ett parallellt spår är här kontakten med läkare. När det finns impulser om att sjukersättning kan vara aktuell är det bra med en kontakt med läkaren för att stämma av om arbetsförmågans nedsättning. Beroende på underlaget behövs eventuellt en komplettering av det medicinska materialet, vilket handläggaren då kan resonera med läkaren om.

Arbetsätt KVH-Fenix samt erfarenheter inom DISA

Erfarenhet och lärdomar från Fenix - enheten för cancerrehabilitering och psykosocialt stöd

Fenix - enheten för cancerrehabilitering och psykosocialt stöd till patienter som har eller haft cancer och till närstående har funnits sedan 2003. Fenix-teamet har organisatoriskt tillhört primärvården och varit en del av ASIH (tidigare KVH Kvalificerad Vård i Hemmet). I samband med en översyn av den palliativa vården i Skåne flyttades dock delar av Fenix över till Skånevård Kryh, divisionen Kirurgi. En del kompetens gick förlorad, då den inte gavs utrymme att gå över till den nya organisationen. De tjänster som flyttades över var sjuksköterska (0,75), sjukgymnast (0,5) och kurator (1,0).

I Sverige finns ett fåtal öppenvårdsenheter liknande Fenix som arbetar med specialiserad cancerrehabilitering. I teamet fanns fram till oktober 2013 flera olika yrkesföreträdare med lång erfarenhet av och speciell kompetens inom cancerrehabilitering. Behandlingsarbete med patienter och närstående bedrivs både individuellt och i grupp.

Vid starten av DISA i maj 2012 var alla Fenix-medarbetare involverade i DISA och bidrog med sin kompetens i rehabilitering av cancerpatienter oavsett diagnos, ålder eller om de var sjukskrivna eller ej.

De senaste åren har regional och nationell cancerrehabilitering uppmärksamats alltmer och det finns idag sex regionala cancercentra. Det finns ett regionalt vårdprogram för cancerrehabilitering och ett nationellt vårdprogram väntas bli klart under 2014. I båda dessa beskrivs sjukvårdens ansvar att kontinuerligt bedöma rehabiliteringsbehov, upprätta individuella rehabiliteringsplaner och samverka med andra aktörer t ex försäkringskassan och arbetsförmedlingen för att underlätta återgång i arbete. Det uppskattas att ca 30 % av cancerpatienterna är i behov av specialiserad cancerrehabilitering för att återgå till en fungerande vardag med god livskvalitet.

Samverkan med Försäkringskassan och Centralsjukhuset har under processtiden medfört positiva erfarenheter:

- Området cancerrehabilitering har kommit mer i fokus.
- Det har varit positivt med två handläggare på Försäkringskassan som har bättre kunskap om och förståelse för patienter som är sjukskrivna på grund av cancerdiagnos.
- Kontaktsköterskan inom DISA har utbildats till rehabkoordinator och har kunskap om de rehabiliteringsinsatser som kan erbjudas. Arbetsmodellen med ett rehabiliteringssamtal där patientens behov kartläggs medför att de patienter som är i behov av specialiserade rehabiliteringsinsatser tidigt kan hänvisas till Fenix.
- Bedömningen av rehabiliteringsbehov är sedan DISA infördes mer strukturerad och arbetsmodellen följer väl det regionala vårdprogrammets intentioner. Dock inkluderas ännu inte de patienter som inte omfattas av sjukpenning till följd av att de t.ex. passerat pensionsåldern eller är studerande.

I behandlingsarbetet på Fenix upprättas en individuell rehabiliteringsplan tillsammans med patient/närstående. Planen följs kontinuerligt upp under behandlingstiden.

De insatser som kan vara aktuella är olika former av fysisk rehabilitering av sjukgymnast som t.ex. basal kroppskänedom, akupunktur, fysisk träning i form av bassängrträning samt psykisk rehabilitering i form av bearbetande samtal, psykosocialt behandlingsarbete, kognitiv beteendeterapi och sexualrådgivning.

Den individuella behandlingstiden varierar beroende på individuella behov.

DISA-erfarenheter från CSK och Fenix

- Alla sjukskrivna cancerpatienter erbjuds kontakt med DISA och ges därmed möjlighet till bedömning av rehabiliteringsbehov. Det arbetet har blivit systematisk och strukturerat sedan metoden med DISA/kontaktsjuksköterska och samarbetet med Försäkringskassan infördes. Det innebär ökad patientsäkerhet och mer jämlik vård.
- Bland många patienter som fått framför allt adjuvant behandling är det vanligt med fysiska rehabiliteringsbehov. Patienterna kan ha behov av insatser/behandling för att kunna återfå en fungerande vardag och på så vis underlätta förutsättningarna att återgå i arbete.
- I processansökan för DISA fanns en önskan att pröva förutsättningarna för en ökad användning av Fysisk Aktivitet på Recept (FAR) efter avslutad behandling. Arbetsgruppen har diskuterat saken med Karin Haug, sjukgymnast och FAR-ansvarig på Centralsjukhuset i Kristianstad. De flesta patienter som DISA har kontakt med har fysiska begränsningar i sådan omfattning, att det inte är aktuellt med FAR. Inom DISA har man istället arbetat med att alla patienter ska få information om betydelsen av fysisk aktivitet i samband med cancerbehandling och de uppmanas att försöka vara fysiskt aktiva. Efter avslutad behandling får alla patienter allmänna råd om fysisk aktivitet. Råden är samma som för friska individer.
- Det fanns en förhoppning att DISA skulle pröva om det fanns möjlighet att på ett strukturerat sätt arbeta för en gemensam planering kring den enskilde (istället för att patienten/den försäkrade gjorde en rehabiliteringsplan med sjukvården och ytterligare en med Försäkringskassan). Det har diskuterats inom arbetsgruppen, som kom överens om att ha gemensamma planeringsmöten mellan den försäkrade/patienten, Försäkringskassan, arbetsgivare och sjukvården. Däremot resulterade arbetet inte i ett gemensamt dokument eftersom det inte ansågs genomförbart. Sjukvården har ansvar för att alla patienter ska ha en rehabiliteringsplan, vilken inte kunnat ersättas med ett gemensamt dokument. Vinsten anses istället vara själva mötet och att respektive organisation bidrar med sin kompetens för att patienten ska kunna återgå i arbete på bästa möjliga sätt.
- Vad gäller arbetsgivare har arbetsgruppen gjort flera försök att få dem att komma på informationsmöten, men intresset har varit svalt.
- Närstående är en viktig grupp att involvera i cancerrehabiliteringen dels för att de kan vara en resurs för framgångsrik rehabilitering och dels för att de kan ha egna behov av att delge sina erfarenheter eller få samtalsstöd. Forskning visar att närstående är en utsatt grupp där det är vanligt förekommande med ökad sjukfrånvaro samt hög konsumtion av sjukvård. Särskilt närstående till patienter med hjärntumör är en utsatt grupp med ett ökat behov av stöd. Detsamma gäller närstående till patienter med palliativ sjukdom.

- I DISA har lärdomen om att samverkan över gränserna mellan olika organisationer är oerhört givande och kunskapsökande gjorts samtidigt som det kan vara komplicerat. Det gäller att vara uppmärksam på den egna rollen och att rollerna är olika även om målet är gemensamt med patientens/den försäkrades bästa är i fokus. Sjukvårdens roll är att hjälpa patienten tillbaka till en fungerande vardag igen medan Försäkringskassans roll är att ge stöd för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete.
- Genom samverkan i DISA har ökade kunskaper vad gäller återgång i arbete vunnits, vilket gör det enklare att ha med vid träffar med patienterna för rehabiliteringssamtal eller individuellt anpassad behandling. Framför allt har delaktigheten och engagemanget i denna fråga ökat vilket också bidrar till ett ökat intresse och därmed bättre förutsättningar för ett gott samarbete med Försäkringskassan.

Fortsättningen efter DISA

Då DISA gett mycket positiva erfarenheter är det något som ska fortsätta även efter projekt tiden slut. Det arbetssätt som arbetats fram kommer fortsätta och formaliseras via ett samarbetsavtal mellan Försäkringskassan och Skånevård KryH. Samarbetsavtalet innehåller överenskommelse om diskussioner om sjukskrivna, kompetensöverföring och fortsatt utveckling.