

## **Ansökan om medel från Samordningsförbundet Skåne Nordost för**

### **DISA-processen (DISA står för Diagnosgrupp I Samarbete)**

#### **Bakgrund**

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. Med utgångspunkt i det aktuella kunskapsläget, låter sig rekommendation om någon enskild åtgärd eller något åtgärdsprogram för gruppen cancerpatienter inte göras utifrån ett traditionellt evidensbaserat perspektiv.

Cancer påverkar i hög grad patientens möjligheter till yrkesarbete. Förutom själva sjukdomen och/eller biverkningar av behandlingen, kan arbetsförmågan också påverkas av att vård och konvalescens tar tid i anspråk. Bättre behandlingsmöjligheter har förbättrat överlevnaden, men till priset av längre behandlingstider och i många fall mer långvariga och uttalade biverkningar, vilka bidrar till ett ökat behov av rehabiliteringsresurser.

I Sverige registreras varje år 50 000 nyupptäckta cancerfall. Femårsöverlevnaden för många tumörsjukdomar är idag över 50 %. De flesta av patienterna har någon form av rehabiliteringsbehov eller behov av andra stödåtgärder, som främjar yrkesarbete. Rehabiliteringsrådet skriver, 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. När det är relevant bör, enligt Rehabiliteringsrådet, yrkesarbete ingå vid diskussioner om framtiden. Här behöver många aspekter beaktas, såsom information, respekt och kompetens. Uppsatsen "Återgång till arbete vid bröstcancer – Hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande och dess relation till aktuell arbetssituation"<sup>1</sup> (30 högskolepoäng) av Tina Bondesson vid Karolinska Institutet och Stockholm Onkologi stärker synsättet att ett genomtänkt bemötande, leder till ett minskat behov av remitterande till olika delar av vården.

I Rehabiliteringsrådets slutbetänkande, beskrivs hur en cancerdiagnos vanligen väcker många reaktioner både hos den drabbade och hos omgivningen. Olika behandlingar med

---

<sup>1</sup> I arbetet studerades 755 kvinnor som nyligen opererats för bröstcancer. Analysen av enkätsvar visade ett signifikant samband mellan sjukvårdspersonalens tidiga bemötande kring arbetsrelaterade frågor och patientens självrapporterade arbetsförmåga, sjukskrivning och förväntade arbetsåtergång.

operation, strålbehandling och medicinering nedsätter allmäntillståndet med trötthet och andra fysiska och psykiska biverkningar både under behandling och en varierande lång tid efter att den aktiva medicinska behandlingen avslutats. Som nämnts berörs även närstående till patienten. Svensk forskning på området visar att närstående konsumerar sjukvård perioden efter det att en partner diagnostiserats med cancersjukdom. De vanligaste diagnoserna närstående söker för, är psykiska problem i synnerhet bland partners till patienter med lungcancer eller koloncancer.

Rehabiliteringsrådet skriver vidare, att en enhetlig nationell rehabiliteringsstruktur inom cancerområdet saknas och att insatserna runt om 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.

Organiserad cancerrehabilitering utförs idag av psykosociala onkologiska team och mottagningar för psykosocialt stöd och rehabilitering<sup>2</sup>. Uppskattningsvis har minst en tredjedel av cancerpatienterna behov av sådana insatser. Rehabiliteringsrådet menar att det är uppenbart att denna typ av verksamhet behöver byggas upp och förtärkas samt att det är nödvändigt att utveckla samarbetet med Försäkringskassan (och Arbetsförmedlingen och arbetsgivare).

Rehabiliteringsrådet föreslår i sitt slutbetänkande följande:

- rehabiliteringsaspekter, även innefattande arbetslivsinriktad rehabilitering, ska ingå i vårdprogram och kliniska riktlinjer för samtliga cancerdiagnoser
- vården tillsammans med arbetsgivare och Försäkringskassan ska ta fram metoder för att kontinuerligt kartlägga patientens rehabiliteringsbehov, samordna befintliga rehabiliteringsresurser och svara för att fortsatt utveckla åtgärder och behandlingar
- patienter med rehabiliteringsbehov på grund av samsjuklighet ska uppmärksammas och samarbetet mellan vården och Försäkringskassan är i dessa fall extra angeläget
- det behövs en nationell satsning på att kartlägga, samordna och i vissa fall utöka resurser inom området cancerrehabilitering
- cancerrehabiliteringen ska vara en integrerad del i hela vårdprocessen
- Försäkringskassan (och Arbetsförmedlingen) och arbetsgivare bör få ökade kunskaper om cancersjukdomar och behandlingar

---

<sup>2</sup> I Samordningsförbundet Skåne Nordosts område finns specialistteam för onkologisk rehabilitering vid KVH-Fenix i Kristianstad.

- forskningen särskilt kring arbetslivsinriktad rehabilitering bör intensifieras
- renodlade RCT-studier av interventioner inom cancerrehabilitering bör kompletteras med kvasiexperimentella studier<sup>3</sup> och kvalitativa studier.

Centralsjukhuset Kristianstad (CSK), KVH-Fenix och Försäkringskassan ansöker utifrån detta om medel från Samordningsförbundet Skåne Nordost, för 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.

### **Problembeskrivning**

Den 30 december 2011 gjorde Försäkringskassan 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 arbets sökande.

I 48 % av sjukfallen översteg sjukskrivningstiden 1 år. I c:a 75 % av sjukfallen hade Försäkringskassan inte haft något personligt möte med den försäkrade.

Försäkringskassan handlägger idag ärenden 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 sätter ned arbetsförmågan. Sjukskrivna personer, som saknar anställning, får en personlig handläggare utifrån vilken dag han/hon är född.

För personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av tumörsjukdom vill Försäkringskassan frångå handläggning utifrån arbetsgivarspåret (och dagindelning för dem som saknar anställning). Istället vill Försäkringskassan att alla personer, som är sjukskrivna på grund av nedsatt arbetsförmåga till följd av tumörsjukdom och/eller har arbetsförmåga till följd av annan diagnos/sjukdom, som är en konsekvens av tumörsjukdom, ska handläggas av samma personliga handläggare (två st).

I sin handläggning arbetar Försäkringskassan med olika metoder. En metod är avstämningmöten. Avstämningmöte 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

<sup>3</sup> Kvasiexperimentella studier fördelar inte personer till experiment- och kontrollgrupp genom randomisering. I kvasiexperimentella studier används begreppet jämförelsegrupp istället för kontrollgrupp. Ofta används olika statistiska metoder för att skapa jämförbarhet mellan de jämförda klientgrupperna.

försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering. Vid ett avstämningsmöte, är det ofta lämpligt att upprätta en rehabiliteringsplan/plan för återgång i arbete.

Försäkringskassan tror att det för den aktuella diagnosgruppen kan finnas anledning att försöka utveckla (avstämnings)mötesrutiner med andra yrkesgrupper än läkare, då många som är sjukskrivna till följd av tumörsjukdom och/eller har arbetsförmåga till följd av annan diagnos/sjukdom, som är en konsekvens av tumörsjukdom sannolikt har kontakt med exempelvis psykologer, kuratorer eller sjukgymnaster. Dessa yrkesgrupper kan finnas både på CSK och på KVH-Fenix. Försäkringskassan tror också, att det finns behov av att med stöd av och i dialog med framförallt CSK men även KVH-Fenix arbeta med att utveckla arbetet med när/hur Försäkringskassans handläggningsmetoder kan användas på ett så bra sätt som möjligt för den aktuella målgruppen.

Under 2011 utvecklade CSK sitt arbete med cancervård och startade med fyra team för gynekologisk cancer, kolorektalcancer, bröstcancer och lungcancer. Teamen hålls samman av läkare eller sjuksköterska. I arbetet med patientprocesser (som är aktiviteter/åtgärder som så långt möjligt ska tillgodose patientens behov när han/hon söker kontakt med sjukvården – från diagnos, eller uteslutande av diagnos, till behandling, rehabilitering och ibland lindrande vård i livets slutskede) ingår en s.k. kontaktsjuksköterska, som är en sjuksköterska med specialistkunskaper inom cancervård och psykosocialt stöd och som finns för att patienten ska få ett så bra omhändertagande som möjligt. I en kontaktsjuksköterskas arbete ingår att svara på frågor, ge råd samt erbjuda stöd och samordning när det gäller vård och behandling av cancersjukdomen. Målsättningen är också, att varje patient ska ha en egen rehabiliteringsplan innehållande bedömning, åtgärder, mål, ansvar, tidsplan och uppföljning.

CSK vill utveckla samverkan med Försäkringskassan, då det inte ingått i det utvecklingsarbete som CSK startade under 2011. Ambitionen är även att utveckla samarbetet med KVH-Fenix.

KVH-Fenix vill på samma sätt utveckla samarbetet med Försäkringskassan (och Arbetsförmedlingen och arbetsgivare) och CSK.

## **Aktiviteter**

Som exempel på områden där de ansökande parterna har sett behov av utveckling av arbetssätt och samverkan kan nämnas:

- att CSK och KVH-Fenix kan avsätta resurser för att ge Försäkringskassan möjlighet till ökade kunskaper om tumörsjukdomar, olika faser av sjukdomsförloppet, behandlingsmetoder inklusive biverkningar/konsekvenser
- att en gemensam kunskapsökning om (psykiska) reaktioner/tillstånd med koppling till tumörsjukdomar sker
- att CSK och KVH-Fenix kan avsätta resurser för att stärka Försäkringskassan i bemötandefrågor utifrån ett diagnosperspektiv (hur bör Försäkringskassans kontakter med den försäkrade/patienten se ut, när/hur bör kontakterna tas samt innehåll och information i kontakterna)
- att CSK kan medverka till förbättrade kontaktvägar mellan de samverkande parterna och berörda kliniker på CSK, onkologen i Lund och andra sjukskrivande/behandlande enheter utifrån diagnosperspektivet
- att mötesrutiner mellan patienten/den försäkrade, andra yrkesgrupper inom vården än läkare (så som psykologer, kuratorer och sjukgymnaster) och Försäkringskassans personliga handläggare utvecklas
- att de samverkande parterna kontinuerligt följer upp den försäkrades rehabiliteringsbehov för att utveckla ett strukturerat arbetssätt i syfte att ta tillvara befintliga resurser och utveckla åtgärder och insatser
- att de samverkande parterna får möjlighet att pröva om det skulle kunna finnas förutsättningar att på ett strukturerat sätt arbeta för en gemensam planering kring den försäkrade (istället för som nu att patienten/den försäkrade gör en rehabiliteringsplan med vården och en med Försäkringskassan)
- att de samverkande parterna får möjlighet att pröva om och i så fall vilken vinst det skulle kunna finnas i gemensamma träffar med exempelvis patientgrupper och/eller anhöriggrupper samt arbetsgivare
- att en kunskapsöverföring sker mellan de samverkande parternas verksamheter, organisation, uppdrag etc.
- att pröva förutsättningarna för en ökad användning av Fysisk Aktivitet på Recept (FAR) efter avslutad behandling.

### **Målgrupp för insatsen**

Personer som har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel till följd av tumörsjukdom och/eller arbetsoförmåga till följd av annan diagnos/sjukdom, som är en konsekvens av tumörsjukdom. Upptagningsområde är Samordningsförbundet Skåne Nordosts område,

d.v.s. Kristianstads kommun, Hässleholms kommun, Bromölla kommun, Osby kommun och Östra Göinge kommun.

### **Resultat och effektmål**

Det huvudsakliga målet är, att den enskilde sjukskrivna individen erbjuds bästa möjliga stöd, för att så långt möjligt kunna stanna kvar i arbete/återfå arbetsförmåga. För att kunna uppnå detta behöver Försäkringskassan, CSK och KVH-Fenix utveckla arbetssätt, som kan leda till strukturerade samverkansformer. Ett sätt att se på effekterna av samverkan/samarbete, är om det leder till att den sjukskrivne individen inte behöver bli sjukskriven igen eller öka sjukskrivningsgraden p.g.a. diagnos/sjukdom, som är en konsekvens av tumörsjukdom *efter* ett gemensamt, strukturerat arbete mellan parterna.

Strukturerade arbetsformer skulle sannolikt även leda till en känsla av ökad trygghet för patienten/den försäkrade och förhoppningsvis ett ökat förtroende för de samverkande parterna.

På strukturell nivå är målsättningen att utveckling och organisering av samverkan sker på ett sätt, som är så optimalt som möjligt för den sjukskrivna individen och att respektive organisations resurser och kompetens används utifrån individens individuella behov kopplat till diagnos och prognos.

### **Process**

Försäkringskassan är processägare och utser processamordnare.

Processen drivs dock i samverkan mellan Försäkringskassan, CSK och KVH-Fenix. Samverkansparterna utser sina processmedarbetare. De som arbetar i processen kommer att anställas eller vara fortsatt anställda av den ursprungliga organisationen. Till processen kommer det att knytas en styrgrupp bestående av representanter för samverkansparterna. Samordningsförbundet Skåne Nordost kommer att vara representerad i styrgruppen.

### **Tidsplan**

Uppstart beräknas till maj 2012. Processtiden beräknas till 2 år. Planeringen är att processen allteftersom implementeras i ordinarie verksamheter.

### **Budget**

Utgångspunkten är 1,0 tjänst som personlig handläggare på Försäkringskassan (fördelat på två personliga handläggare). De ska arbeta över hela Samordningsförbundet Skåne Nordosts område. En summa för resor och utbildning har lagts till.

Utgångspunkten är 1,0 tjänst som kontaktsjuksköterska på CSK. En summa för resor och utbildning har lagts till.

För KVH-Fenix är utgångspunkten 0,6 tjänst. En summa för resor och utbildning har lagts till.

Upphandling av utvärdering av verksamheten tillkommer.

Vi har i nuläget svårt att överblicka resursbehovet för år 2, varför en justering kan komma att göras.

<b>Ekonomisk beräkning</b>	År 1	År 2	Summa
Försäkringskassan	500 400	500 400	1 000 800
Resor	15 000	15 000	30 000
Kompetensutveckling	50 000	50 000	100 000
CSK kontakt-ssk	583 800	583 800	1 167 600
Resor	15 000	15 000	30 000
Kompetensutveckling	50 000	50 000	100 000
<i>KVH-Fenix</i>	<i>300 000</i>	<i>300 000</i>	<i>600 000</i>
Resor	15 000	15 000	30 000
Kompetensutveckling	50 000	50 000	100 000
<b>Totalsumma</b>	<b>1 579 200</b>	<b>1 579 200</b>	<b>3 158 400</b>

## Övrigt

Förklaring till beräkning av lönesumma för Försäkringskassans personliga handläggare, är en heltidslön på 30 000 kr/mån plus tillägg för PO (39 %), totalt 41 700 kr/mån. Det ger en helårskostnad för lön på 500 400 kr.

Förklaring till beräkning av lönesumma för CSK:s kontaktsjuksköterska, är en heltidslön på 35 000 kr/mån plus tillägg för PO (39 %), totalt 48 650 kr/mån. Det ger en helårskostnad för lön på 583 800 kr.

Förklaring till beräkning av lönesumma för KVH-Fenix är en heltidslön på 35 000 kr/mån plus tillägg för PO (39 %), totalt 48 650 kr/mån. Det ger en helårskostnad för lön på 583 800 kr. Lönesumman har räknats fram som en genomsnittlig lön för KVH-Fenix professioner, som (inom ramen för DISA-processen) innefattar läkare, kurator, sjukgymnast och sjuksköterska. KVH-Fenix kommer att tillhandahålla handledning. Kostnaden för handledning finns med i beräkningen för KVH-Fenix.

Arbetsförmedlingen kan komma att ansluta sig till processen under processtiden. Den saken får behandlas separat om/när en anslutning blir aktuell.

När det gäller uppföljning och utvärdering skall förutom den externt upphandlade till detta även SUS "sektorsövergripande system för uppföljning av samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet", användas.

Ambitionen är att en parallell process innehållande gemensamma informationsinsatser till närstående och arbetsgivare ska finnas. Resurserna härför bör vara samma som i "huvudprocessen".

### **Metoder för uppföljning**

Processen bör/skall utvärderas. Utvärderingen bör vara processinriktad. Utvärderingen upphandlas separat av Samordningsförbundet Skåne Nordost.

### **Implementering i ordinarie verksamhet**

Implementeringsarbetet kommer att ha fokus på att helt eller delvis implementera de samverkans- och arbetsättsfördelar som parterna menar kommer att bli tydliga under processtiden i det ordinarie arbetet och att de kommer att kunna användas i andra sammanhang/för andra diagnosgrupper.

Varje part ansvarar för att sprida kunskap om DISA-processen inom den egna verksamheten.

***Ulf Kvist***

***Ingrid Vesterberg***

***Weronica Knutsson***

***Sjukhuschef***

***Verksamhetschef***

***Enhetschef***

***CSK***

***KVH-Fenix***

***Försäkringskassan***