

# **SAMVERKAN INOM ARBETSLIVSINRIKTAD REHABILITERING**

– En sammanställning av kunskap och erfarenheter inom området

Johanna Andersson, Runo Axelsson, Susanna Bihari Axelsson,  
Andrea Eriksson och Bengt Åhgren

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV)

Februari 2010

## Uppdraget

I december 2008 anordnade Samordningsförbundet Göteborg Hisingen (Delta) ett två dagars seminarium i Skövde som syftade till att fastställa kunskapsläget när det gäller samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering. I seminariet deltog forskare från Göteborgs universitet, Karolinska Institutet, Mittuniversitetet, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) och Örebro universitet. Dessutom deltog ansvariga tjänstemän från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, samt Sveriges Kommuner och Landsting.

En av slutsatserna från seminariet var att det behövs en systematisk sammanställning av kunskaper och erfarenheter när det gäller samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering, både från Sverige och från andra länder. I september 2009 fick därför NHV i uppdrag av Socialstyrelsen att göra en sådan kunskapssammanställning. Uppdraget kom ursprungligen från Nationella Rådet för Finansiell Samordning, där Socialstyrelsen ingår tillsammans med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och SKL.

Enligt uppdraget ska kunskapssammanställningen utföras genom ”en litteratursökning av svenska, övriga nordiska och internationella studier som publicerats under de senaste tio-femton åren”. Denna sammanställning ska bland annat belysa ”olika former av samverkan, hur samverkan kan organiseras, hur den kan utvärderas, samt vilka framgångsfaktorer som finns”. Resultaten av sammanställningen ska, enligt uppdraget, redovisas i ”en lättillgänglig rapport som kan nå ut brett samt vid ett seminarium”.

Litteratursökningen och sammanställningen av kunskaper om och erfarenheter av samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering har genomförts under hösten 2009 och januari-februari 2010 av en forskargrupp vid NHV under ledning av professor Runo Axelsson. I gruppen har ingått docent Susanna Bihari Axelsson, universitetslektor Bengt Åhgren, samt doktoranderna Johanna Andersson och Andrea Eriksson. Johanna Andersson har haft ett samordnande ansvar för arbetet med kunskapssammanställningen. Bibliotekarie Susanne Tidblom-Kjellberger har också hjälpt till med litteratursökning och anskaffning av relevant litteratur.

Föreliggande rapport sammanfattar resultaten av kunskapssammanställningen. Först kommer en kort beskrivning av det tillvägagångssätt som använts vid litteratursökningen och sammanställningen av kunskaper och erfarenheter från olika länder. Därefter presenteras resultaten av sammanställningen: olika modeller för samverkan inom olika områden av arbetslivsinriktad rehabilitering, olika hinder och framgångsfaktorer för rehabiliteringssamverkan, samt olika effekter av samverkan och olika metoder för att utvärdera sådana effekter. Slutligen görs ett försök att dra en del slutsatser beträffande olika modeller, hinder, framgångsfaktorer och effekter, samt deras relationer till varandra och till olika länder, målgrupper och problematik i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering.

Förutom denna rapport kommer resultaten av kunskapssammanställningen även att presenteras vid ett eller flera seminarier och de kommer att ligga till grund för en vetenskaplig artikel om de internationella erfarenheterna av samverkan inom arbetslivsrehabilitering.

## Genomförande

Denna kunskapssammanställning bygger på en omfattande litteratursökning med hjälp av sökmotorer i olika databaser med vetenskapliga artiklar och böcker, men även ”grå litteratur” i form av rapporter, utredningar och utvärderingar av olika slag har identifierats och studerats. Dessutom har referenser i den utvalda litteraturen granskats för att på så sätt hitta ännu mer relevant litteratur. Tyngdpunkten i sammanställningen ligger på vetenskapligt publicerade studier av samverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering.

Litteratursökningen omfattade flera olika sökningar i databaserna CINAHL, Cochrane Library, CSA, ISI, PubMed och SveMed+ som täcker en mängd vetenskapliga discipliner såsom medicin, omvårdnad, psykologi, sociologi och socialt arbete. Utöver dessa vetenskapliga databaser har även andra källor använts för att söka efter relevant litteratur, till exempel den svenska databasen LIBRIS, Google och Google Scholar. De sökord som användes i denna litteratursökning var olika begrepp för arbetslivsinriktad rehabilitering och återgång i arbete, som sedan kombinerades med olika begrepp för samverkan, samordning och samarbete. Sökningar genomfördes med både svenska och engelska sökord, samt med så kallade MeSH-termer som används för att indexera, söka och katalogisera artiklar i medicinska tidskrifter. Nedanstående tabell visar de använda sökorden.

Tabell 1. Sökord på svenska och engelska samt MeSH-termer.

<p><i>Svenska:</i></p> <p>Arbetslivsinriktad rehabilitering Arbetslivsrehabilitering Rehabilitering</p>	<p><i>Engelska:</i></p> <p>Vocational rehabilitation Return to work Rehabilitation</p>
OCH	
<p>Samverkan Samarbete Samordning Interprofessionell Interorganisatorisk Intersektoriell</p>	<p>Collaboration Cooperation Coordination Integration Partnership Interprofessional Interorganizational Intersectoral</p>
MeSH: vocational rehabilitation OCH cooperative behaviour	

Litteratursökningen begränsades till material publicerat 1995 och senare, samt till språken engelska, svenska, norska eller danska. Från början genererades över 5000 träffar i de olika databaserna. Från dem rensades majoriteten bort på grund av att de var på ett annat språk än de ovan nämnda, eller att de handlade om ett ämnesområde utan koppling till vare sig samverkan eller arbetslivsinriktad rehabilitering. Även publikationer som inte var vetenskapliga artiklar eller böcker togs bort. Exempel på sådana publikationer var artiklar i populärvetenskapliga tidskrifter och fackpress, samt ledare, intervjuer och insändare i tidskrifter.

Efter de första rensningarna återstod 802 vetenskapliga artiklar och böcker som granskades av forskargruppen. Denna granskning gick till så att artiklarnas sammanfattning och böckernas innehållsförteckning lästes av två personer oberoende av varandra. Artiklar och böcker författade av någon i forskargruppen granskades av någon annan medlem av gruppen. Varje granskare tog sedan ställning till om en artikel eller bok var relevant och därmed skulle inkluderas i det fortsatta arbetet, eller om den skulle exkluderas.

För att bedömas som relevant i detta skede skulle en artikel eller en bok handla om både arbetslivsinriktad rehabilitering och samverkan. När det gällde artiklar och böcker om psykisk ohälsa och muskuloskeletala besvär krävdes inledningsvis inte att de explicit skulle behandla arbetslivsinriktad rehabilitering, utan enbart rehabilitering kunde accepteras. Artiklar och böcker som handlade om rehabilitering av barn och unga eller äldre, det vill säga personer i icke arbetsför ålder, exkluderades däremot. Likaså exkluderades artiklar och böcker om samverkan i form av gemensam utbildning för olika yrkesgrupper under grundutbildning eller vidareutbildning, så kallad interprofessionell utbildning.

I de fall där båda granskarna var eniga i sin bedömning inkluderades eller exkluderades artiklar och böcker, men om granskarna var oeniga eller om det fanns tveksamheter lyftes frågan upp till diskussion i forskargruppen. Om inte enighet kunde nås utifrån sammanfattningen av en artikel eller innehållsförteckningen av en bok lästes dessa i sin helhet för att sedan inkluderas eller exkluderas. Det visade sig att samtliga böcker och ett stort antal artiklar kunde exkluderas på grund av att de inte handlade om samverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering. Det visade sig också att flera doktorsavhandlingar inom området kunde exkluderas, eftersom artiklar från avhandlingarna redan hade inkluderats.

De inkluderade artiklarna granskades sedan mer ingående med hjälp av ett granskningschema som omfattade studiens inriktning, syfte och intervention, vilken modell för samverkan som studerats, vilken målgrupp, vilka aktörer, vilka hinder, framgångsfaktorer och effekter av samverkan som identifierats, samt en bedömning av den vetenskapliga kvaliteten (design, urval, datainsamling och dataanalys). I samband med denna granskning exkluderades ytterligare ett antal artiklar och 37 artiklar kvarstod som relevanta. I de artiklar som inkluderats granskades sedan referenslistorna för att upptäcka ytterligare relevant litteratur. Om någon referens verkade relevant lästes först sammanfattningen och om den då fortfarande verkade relevant gjordes en grundligare granskning enligt schemat. På detta sätt inkluderades ytterligare 15 artiklar. Totalt innebar det 52 inkluderade vetenskapliga artiklar.

Som tidigare nämnts har även en del ”grå litteratur” identifierats och studerats. Det finns flera offentliga utredningar och rapporter, inte bara från Sverige utan även från andra länder, som behandlat samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Det finns också flera utvärderingar av försöksverksamheter och lokala samverkansprojekt inom området. Denna typ av publikationer har inte tagits med i kunskapssammanställningen, men de har använts som bakgrundslitteratur, tillsammans med en del läroböcker och antologier inom samverkansområdet, för att sätta in de inkluderade studierna i ett större sammanhang.

Generellt kan sägas att det har varit svårt att dra skarpa gränser mellan vad som ska inkluderas och exkluderas. Detta beror inte minst på att det råder en viss begreppsförvirring när det gäller samverkan. Olika forskare använder likartade begrepp på olika sätt i olika sammanhang (Axelsson & Axelsson, 2006). Genom de parallella granskningarna och diskussionerna i forskargruppen har dock detta problem minimerats och urvalet av artiklar har förhoppningsvis genomförts på ett konsekvent sätt.

## Resultat

Det är ett omfattande material som har granskats och analyserats i denna kunskapssammanställning. Det handlar om studier av samverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering från många olika länder. Det visade sig dock att mer än hälften av de inkluderade studierna kommer från Sverige. Detta beror sannolikt på den omfattande försöksverksamhet på detta område som har bedrivits i Sverige. De övriga studierna kommer från länder som Kanada, USA, Australien, Storbritannien, Nederländerna, Norge, Danmark och Island. De flesta studierna utanför Sverige kommer från Kanada. Det är möjligt att det finns relevanta studier även från andra länder, till exempel från Tyskland och Frankrike, men dessa är i så fall publicerade på tyska respektive franska och har därför inte inkluderats i denna sammanställning.

Kunskapssammanställningen bygger på studier från olika länder men också på studier som behandlar olika former av arbetslivsinriktad rehabilitering. Studierna rör olika typer av målgrupper. Det handlar om personer som är sjukskrivna i olika stor utsträckning, under olika perioder, med eller utan anställning. Det handlar också om personer med olika typer av problematik, framför allt muskuloskeletal besvär eller psykisk ohälsa, samt personer som dessutom har missbruk och/eller sociala problem.

I den följande resultatredovisningen presenteras först olika modeller för samverkan inom olika områden av arbetslivsinriktad rehabilitering. Sedan behandlas olika hinder och framgångsfaktorer som identifierats i samband med sådan samverkan. Slutligen behandlas olika effekter av rehabiliteringssamverkan, samt olika metoder för att utvärdera sådana effekter.

### Modeller för rehabiliteringssamverkan

Kunskapssammanställningen visar att det finns många olika modeller för samverkan som används inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Det handlar om övergripande strukturella modeller för samverkan mellan olika berörda organisationer, som går under beteckningen interorganisatorisk samverkan (Huxham & Vangen, 2005). En sådan samverkan kan vara mer eller mindre komplex och formaliserad till sin karaktär. Det handlar också om processinriktade modeller för samarbete mellan olika specialister eller yrkesgrupper, som innebär en interprofessionell samverkan (se till exempel Willumsen *et al*, 2009). I det sistnämnda fallet handlar det mer om arbetsformer än om strukturella förhållanden.

### Strukturella modeller

Samverkan mellan olika organisationer innebär samtidigt ofta en samverkan mellan olika samhällssektorer. Det är detta som brukar kallas för intersektoriell samverkan (Axelsson & Axelsson, 2007). Interorganisatorisk och intersektoriell samverkan kan vara mer eller mindre komplex beroende på hur många olika organisationer och sektorer som är inblandade. Den kan också vara mer eller mindre formaliserad i avtal, överenskommelser och andra strukturella arrangemang (Leutz, 1999; Åhgren & Axelsson, 2005). Ur litteraturgenomgången framträder fyra grundläggande modeller för interorganisatorisk och intersektoriell samverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering med olika grader av komplexitet och formalisering.

## Case management

Det finns många olika former av case management (se Shaw *et al*, 2008b). Det kan vara frågan om en försäkringshandläggare (Dewa *et al*, 2009) eller en rehabiliteringsspecialist (Franche *et al*, 2005), som fungerar som ett personligt ombud för en individ och hjälper denne att hitta rätt till olika rehabiliteringsinsatser och stödformer under rehabiliteringsperioden. Case managers kan vara anställda av försäkringsbolag eller försäkringskassor, beroende på hur sjukförsäkringssystemet är utformat. De kan också vara anställda av medicinska kliniker eller av arbetsgivare. Case management innebär inte så mycket en samverkan mellan berörda organisationer, utan det är framför allt frågan om en samordning av deras insatser gentemot en person som är i behov av en sådan samordning. Nedanstående tabell visar några exempel på case management inom arbetslivsinriktad rehabilitering.

Tabell 2: Exempel på case management.

<i>Referens</i>	<i>Land</i>	<i>Målgrupp</i>	<i>Modell</i>	<i>Aktörer</i>
Davis & Rinaldi, 2004	Storbritannien	Klienter med psykiska funktionshinder som ska ut i arbetslivet ("supported employment").	En modell där varje klient har en case manager i form av en arbetslivs-koordinator som har expertis och ansvar för kontakter med arbetslivet, samt ger kontinuerligt stöd till klienten.	Kliniska team inom psykiatri (läkare, psykolog, kurator, sjuksköterska), arbetsterapeuter, arbetsförmedling, lokala arbetsgivare och utbildningsanordnare, samt case manager och klienter.
Drews <i>et al</i> , 2007	Danmark	Personer med mer än tre veckors sjuk-skrivning.	En traditionell modell, som innebär en dialog med de sjukskrivna för att bedöma deras behov av olika åtgärder, samt ett lågkostnadsprogram som går ut på att öka deras motivation, sätta mål och planera för återgång i arbete.	Traditionell case manager (rehabiliterings-handläggare), sjukskrivna och olika rehabiliteringsspecialister; alternativ case manager (socialarbetare), sjukskrivna och specialist i socialmedicin.
Ammendolia <i>et al</i> , 2009	Kanada	Sjukskrivna arbetare med arbetsskador.	Ett program för återgång i arbete med hjälp av en case manager (koordinator) som identifierar hinder och möjliga lösningar, utarbetar och genomför en rehabiliteringsplan, samt utvärderar resultatet av denna.	Intressenter på arbetsplatsen (arbetsgivare, arbetsledare, fackföreningar, företagshälsovård) olika vårdgivare, försäkringsbolag, samt case manager och den sjukskrivne med familj, vänner och kollegor.

## Partnerskap mellan organisationer

Partnerskap innebär en mer formaliserad samverkan mellan två eller flera organisationer. Det kan handla om formella samarbetsavtal eller formella strukturer för kommunikation och informationsutbyte. I Storbritannien används begreppet partnerskap i många olika sammanhang, som ett alternativ till konkurrens och marknadsmekanismer, men det är ofta oklart om det är formella eller informella överenskommelser som ligger till grund för dessa partnerskap (National Audit Office, 2001). I Norge talas det också om partnerskap mellan kommunernas socialtjänst och den nya arbets- och välfärdförvaltningen, som är en sammanslagning av den norska arbetsförmedlingen och försäkringskassan (NOU 2004:13). Nedanstående tabell visar några olika exempel på partnerskap inom arbetslivsinriktad rehabilitering.

Tabell 3: Exempel på partnerskap mellan organisationer.

<i>Referens</i>	<i>Land</i>	<i>Målgrupp</i>	<i>Modell</i>	<i>Aktörer</i>
Lal & Mercier, 2002	Kanada	Arbetslösa personer med psykisk ohälsa.	Programbaserad intersektoriell samverkan mellan olika organisationer för att erbjuda arbetsträning i form av parkskötsel ("grön rehabilitering").	Kommunalt konsortium, kommunledning, lokal arbetsförmedling, mentalsjukhus, specialiserad arbetsförmedling, samt privat bostadsutvecklingsbolag.
Metzel <i>et al</i> , 2005	USA	Personer med fysiska eller psykiska funktionshinder.	Skriftliga överenskommelser om samverkan mellan minst två myndigheter i samband med "supported employment".	Myndigheter för arbetslivsinriktad rehabilitering, utbildning och psykisk hälsa, samt frivilliga organisationer inom området.
King <i>et al</i> , 2006	Australien	Personer med psykisk ohälsa.	Intersektoriell samverkan genom formella överenskommelser mellan berörda organisationer, formella kommunikationsstrukturer, samt regelbundna gemensamma utbildningsinsatser.	Arbetsförmedling och psykiatrisk hälso- och sjukvård.
Gilbride <i>et al</i> , 2007	USA	Arbetslösa och handikappade personer.	Frivilligt partnerskap i form av ett konsortium mellan myndigheter och arbetsgivare för att hitta lämpliga jobb för handikappade.	Olika arbetsgivare och offentliga myndigheter för arbetsförmedling och handikappfrågor.

## Samlokalisering

Flera forskare verkar vara överens om att en samlokalisering av olika organisationer, eller delar av organisationer, till en gemensam lokal skapar goda förutsättningar för gränsöverskridande samverkan (se McColl *et al*, 2009). I en studie beskrivs samlokalisering av organisationer till och med som en ”fullständig integration” (King *et al*, 2006). I Sverige har bedrivits flera försök med samlokalisering av statliga och kommunala myndigheter i så kallade medborgar- eller servicekontor (SOU 2009:92). Sveriges Kommuner och Landsting har också föreslagit en försöksverksamhet med en gemensam ingång till arbetsförmedlingen, försäkringskassan och kommunernas ekonomiska bistånd, arbetsmarknads- och flyktingverksamhet (SKL, 2010). Nedanstående tabell visar några exempel på samlokalisering av olika organisationer som är verksamma inom arbetslivsinriktad rehabilitering.

Tabell 4: Exempel på samlokalisering.

<i>Referens</i>	<i>Land</i>	<i>Målgrupp</i>	<i>Modell</i>	<i>Aktörer</i>
Lindqvist & Grape, 1999	Sverige	Långtidsarbetslösa personer med långvarig sjukdom och sjukpenning, psykosociala problem, samt alkohol- eller drogmissbruk.	Samverkansprojekt med olika grad av fysisk närhet mellan de deltagande organisationerna, där gemensam lokal innebär en mer omfattande samverkan.	Arbetsförmedling, arbetsmarknadsinstitut, försäkringskassa, socialtjänst, primärvård, psykiatri, arbetsgivare och fackföreningar.
Siggeirsdóttir <i>et al</i> , 2004	Island	Sjukskrivna personer med fysiska och psykiska besvär.	Lokalisering av ett rehabiliteringsteam till en teknisk skola, där rehabilitering kan integreras med utbildning och de sjukskrivna kan få hjälp tillbaka till arbete eller till fortsatt utbildning.	Läkare, sjukgymnast, socialarbetare (kurator) och psykolog, samt lärare vid teknisk skola.
Hultberg <i>et al</i> , 2005a	Sverige	Arbetslösa och sjukskrivna personer med muskuloskeletala besvär.	Placering av handläggare från försäkringskassa på vårdcentraler.	Handläggare från försäkringskassa och rehabiliteringspersonal inom primärvård (läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, kurator och sjukgymnast).
Waghorn <i>et al</i> , 2007	Australien	Arbetslösa eller sjukskrivna personer med psykisk ohälsa	Samlokalisering av arbetsmarknadsspecialister och psykiatriska rehabiliteringsteam.	Frivilliga eller privata arbetsmarknadsorganisationer och psykiatriska rehabiliteringsteam inom den offentliga hälso- och sjukvården.



## Finansiell samordning

Finansiell samordning innebär att berörda organisationer slår samman finansiella resurser för arbetslivsinriktad rehabilitering i en gemensam budget för gemensamma insatser inom området. Detta innebär en struktur för samverkan inom vilken det kan bedrivas olika rehabiliteringsaktiviteter. Det är en svensk modell, som utvecklats i olika försöksverksamheter under 1990-talet (Ds 2003:2). Det finns en liknande modell i Storbritannien, men den används mest för samverkan i olika former av "community care" mellan den statliga hälso- och sjukvården (NHS) och den kommunala socialtjänsten (se Glendinning *et al*, 2002). I båda länderna handlar det om en frivillig finansiell samordning och det är en ganska begränsad del av de berörda organisationernas budget som slås samman. I Sverige har det dock bildats ett stort antal lokala samordningsförbund för finansiell samordning (SKL, 2007). Nedanstående tabell visar några exempel på finansiell samordning inom arbetslivsinriktad rehabilitering.

Tabell 5: Exempel på finansiell samordning.

<i>Referens</i>	<i>Land</i>	<i>Målgrupp</i>	<i>Modell</i>	<i>Aktörer</i>
Sandström <i>et al</i> , 2004	Sverige	Arbetslösa och sjukskrivna personer med komplex problematik, som behöver stöd och insatser från flera olika myndigheter.	Försöksverksamhet med finansiell samordning i ett rehabiliteringsprojekt med politisk styrelse och styrgrupp av chefer från berörda myndigheter.	Socialtjänst, försäkringskassa, samt hälso- och sjukvård; dessutom samarbete med arbetsförmedling och arbetsmarknadsinstitut.
Hultberg <i>et al</i> , 2005b	Sverige, Storbritannien	Arbetslösa och sjukskrivna, samt utsatta grupper i gränslandet mellan sjukvård och socialtjänst.	Sammanlagning av budgetar som grund för samverkan mellan olika myndigheter inom arbetslivsinriktad rehabilitering och olika samhällsbaserade välfärdstjänster, till exempel äldreomsorg, psykiatrisk öppenvård och missbruksvård.	Försäkringskassa, hälso- och sjukvård, samt socialtjänst (i Storbritannien bara sjukvård och socialtjänst).
Ståhl <i>et al</i> , 2009b	Sverige	Sjukskrivna personer med behov av samordnad rehabilitering.	Finansiell samordning i två samordningsförbund med olika aktiviteter för att underlätta återgång i arbete och för att använda tillgängliga resurser på ett så kostnadseffektivt sätt som möjligt.	Arbetsförmedling, försäkringskassa, socialtjänst, samt hälso- och sjukvård.

## Processinriktade modeller

Interorganisatorisk och intersektoriell samverkan innebär i allmänhet också en samverkan mellan olika professioner eller yrkesgrupper. En sådan samverkan kan också vara mer eller mindre komplex fast i en dimension som framför allt handlar om kontakter, relationer och arbetsprocesser. Tre grundläggande modeller för interprofessionell samverkan framträder ur litteraturgenomgången. Dessa processinriktade modeller kan beskrivas som olika positioner utefter en glidande skala med olika grader av ”intensitet” i samverkan (Konrad, 1996).

## Kontakter och informationsutbyte

Den enklaste formen av interprofessionell samverkan är informella kontakter mellan olika rehabiliteringsspecialister som ger hjälp och stöd till en gemensam klient eller patient. Det kan handla om enkla förfrågningar (de Buck *et al*, 2002), eller mer omfattande konsultationer mellan enskilda handläggare och specialister inom olika organisationer och myndigheter (Arnetz *et al*, 2003). Det kan också vara frågan om en informell grupp av professionella som träffas regelbundet för att diskutera gemensamma klienter (Bång *et al*, 2001), eller ett professionellt nätverk för kontakter och informationsutbyte i samband med en rehabiliteringsprocess (Karjalainen *et al*, 2008). Nedanstående tabell visar några exempel på interprofessionella kontakter och informationsutbyte inom arbetslivsinriktad rehabilitering.

Tabell 6: Exempel på interprofessionella kontakter.

<i>Referens</i>	<i>Land</i>	<i>Målgrupp</i>	<i>Modell</i>	<i>Aktörer</i>
Friesen <i>et al</i> , 2001	Kanada	Sjukskrivna arbetare med muskuloskeletala problem.	En modell för regelbunden kommunikation och allmänt positiva relationer mellan olika intressenter på mikro-, meso- och makronivå.	Företagsledning och anställda, kollegor, fackföreningar och andra intressegrupper, läkare, representanter för olika vårdprofessioner, rehabiliteringsspecialister, samt olika tillsynsmyndigheter.
de Rijk <i>et al</i> , 2007	Nederländerna	Sjukskrivna arbetare.	Två olika nätverk för utvärdering av arbetslivsinriktad rehabilitering: ett med regelbundna möten och ett för informella kontakter och informationsutbyte.	Företagsledning och representanter för anställda (arbetarråd), företagsläkare, försäkringsläkare och rehabiliteringsexpert.
Thorstensson <i>et al</i> , 2008	Sverige	Långtids-sjukskrivna personer.	Kontakter mellan handläggare inom försäkringskassan och läkare inom hälso- och sjukvården i samband med beslut om sjukersättning och rehabilitering.	Handläggare inom försäkringskassan och läkare inom hälso- och sjukvården.

## Flerpartsmöten

Möten mellan berörda parter i en rehabiliteringsprocess kan vara mer eller mindre frekventa och omfattande. Det kan vara frågan om tre- eller fyrpartsmöten mellan berörda organisationer och myndigheter för samordning och gemensamma aktiviteter vid behov (Norman & Axelsson, 2007). Det kan också vara frågan om mer regelbundna och systematiserade flerpartsmöten, där det handlar om att gemensamt utreda, planera och genomföra olika rehabiliteringsinsatser, ibland också tillsammans med den person som är i behov av sådana insatser (Jakobsson *et al*, 2002). Dessa möten kan vara mer eller mindre formaliserade till sin karaktär och de kan styras av riktlinjer som är mer eller mindre evidensbaserade (se till exempel Waghorn *et al*, 2007; Loisel *et al*, 2009a). Nedanstående tabell visar några olika exempel på flerpartsmöten i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering.

Tabell 7: Exempel på flerpartsmöten.

<i>Referens</i>	<i>Land</i>	<i>Målgrupp</i>	<i>Modell</i>	<i>Aktörer</i>
Lindqvist, 2003	Sverige	Multiproblematiska klienter: arbetslösa och långtidssjukskrivna personer med många och diffusa fysiska och psykiska problem.	Tre- eller fyrpartsmöten om klienternas situation med handläggare från berörda myndigheter, samt klienternas läkare.	Arbetsgivare, företagshälsovård, sjukhus, vårdcentraler, socialtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedling, arbetsmarknadsinstitut, skyddade verkstäder.
Franche <i>et al</i> , 2005	Kanada, USA, Australien	Sjukskrivna personer med arbetsskador.	Standardisering, systematisering och formalisering av rehabiliteringsprocessen, bland annat genom checklistor och strukturerade protokoll, som kan underlätta kontakter och kommunikation mellan intressenter som är inblandade i olika insatser för återgång i arbete.	Arbetare och deras familjer, fackliga representanter, arbetsledare och chefer, olika vårdgivare, samt försäkringshandläggare.
Kärrholm <i>et al</i> , 2006	Sverige	Personer som är långtidssjukskrivna på grund av muskeloskeletala eller psykiska problem, värk eller missbruk.	Systematisk, multiprofessionell, multisektoriell, klient- och lösningsinriktad samverkan, som innebär att berörda parter gemensamt utformar en rehabiliteringsplan och sedan regelbundet följer upp hur den genomförs.	Arbetsgivare, företagshälsovård, försäkringskassa och den sjukskrivne personen.

## Multidisciplinära team

Den mest intensiva formen av samverkan är när representanter för olika professioner och organisationer arbetar kontinuerligt tillsammans i multidisciplinära team. Det kan vara frågan om kliniska team med olika rehabiliteringsspecialister (Øyeflaten *et al*, 2008), eller samverkansgrupper med specialister och handläggare från olika organisationer och myndigheter som ibland går under beteckningen interventionsteam (Briand *et al*, 2008). Teambegreppet är i allmänhet inte så klart och tydligt definierat, utan det kan i dessa fall vara frågan om antingen multidisciplinära eller interdisciplinära team och ibland även ”transdisciplinära” team, beroende på hur täta kontakterna är mellan deltagarna och hur beroende de är av varandra (se Thy-lefors *et al*, 2005). Nedanstående tabell visar några olika exempel på multidisciplinära team i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering.

Tabell 8: Exempel på multidisciplinära team.

<i>Referens</i>	<i>Land</i>	<i>Målgrupp</i>	<i>Modell</i>	<i>Aktörer</i>
Seebohm & Secker, 2003	Storbritannien	Arbetslösa personer med psykisk ohälsa.	Tre olika verksamheter, där psykiatriska öppenvårdsteam kompletteras eller samarbetar med olika arbetsmarknadsspecialister.	Sjuksköterskor, kuratorer, arbetsterapeuter, samt olika arbetsmarknadsspecialister från arbetsförmedling eller från kommunen.
Norendal Braathen <i>et al</i> , 2007	Norge	Långtidssjukskrivna personer med muskuloskeletal och lätta psykiska besvär.	Multidisciplinärt team vid en rehabiliteringsklinik i samverkan med arbetsgivare och försäkringskassa.	Läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, kurator och idrottspedagog, samt arbetsgivare och handläggare från försäkringskassa.
Tjulin <i>et al</i> , 2009	Sverige	Sjukskrivna arbetare.	Ett program initierat av en offentlig arbetsgivare för att främja återgång i arbete med hjälp av ett multidisciplinärt team och en case manager.	Arbetstagare, arbetsledare, specialister från företagshälsovård, case manager och projektkoordinator.
Loisel <i>et al</i> , 2009b	Kanada	Sjukskrivna personer med arbetsrelaterade muskuloskeletal besvär.	Multidisciplinärt team för samarbete mellan olika rehabiliteringsspecialister och även för samverkan med olika externa intressenter.	Läkare, arbetsterapeut, kinesiolog, ergonom, psykolog och teamkoordinator, samt familjeläkare, arbetsgivare och handläggare av sjuksättningar.

## Hinder och framgångsfaktorer

Samverkan har beskrivits som välfärdsstatens nya arbetsform (Danermark & Kullberg, 1999). Det finns ett stort behov av samverkan för att motverka den fragmentering av olika välfärdstjänster som orsakas av en ökad specialisering av olika professioner och organisationer. Detta gäller även inom arbetslivsinriktad rehabilitering, där ett flertal yrkesgrupper, myndigheter och andra organisationer är inblandade och har ansvar för olika delar av rehabiliteringsprocessen. De olika professionerna är specialiserade på olika sätt och organisationerna har olika uppdrag och mål. Olikheterna hos de inblandade aktörerna skapar hinder för samverkan, men kan samtidigt även utgöra viktiga framgångsfaktorer (Øvretveit, 1996).

### Hinder för rehabiliteringssamverkan

Litteraturen om samverkan handlar till stor del om olika hinder och svårigheter i samband med interprofessionell och interorganisatorisk samverkan. Två brittiska forskare går så långt att de säger att hindren är så svåra att om det inte finns klara fördelar med att samverka så är det i allmänhet bäst att undvika samverkan (Huxham & Vangen, 2005). Det finns en rad olika hinder för samverkan beskrivna i litteraturen om samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Dessa hinder kan på liknande sätt som de olika modellerna för rehabiliteringssamverkan delas in i hinder som beror på strukturella förhållanden och hinder i arbetsprocessen.

#### Strukturella hinder

Det finns ett antal hinder för samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering som tillskrivs strukturella förhållanden i de organisationer och samhällssektorer där samverkan äger rum. Dessa hinder kan sammanfattas i följande punkter:

- Ett centralt tema i beskrivningarna av hinder för rehabiliteringssamverkan är en upplevelse av *bristande stöd* för verksamheten. De handläggare och specialister som är engagerade i samverkan upplever ofta ett bristande stöd från sina respektive organisationer. Detta kan ta sig flera olika uttryck, exempelvis bristande tid för aktiviteter i samverkan (de Rijk *et al*, 2007), bristande ekonomiska resurser för verksamheten (Lindqvist & Grape, 1999), samt ett bristande intresse från de samverkande organisationerna (Norman & Axelsson, 2007). Dessa upplevelser av bristande stöd kan tolkas som ett tecken på bristande legitimitet för gränsöverskridande arbete, vilket i sig också kan vara ett hinder för samverkan (van Raak *et al*, 2005).
- Ett annat hinder för rehabiliteringssamverkan är en *bristande kontinuitet* i arbetet (Thorstensson *et al*, 2008). Detta kan till exempel bero på personalomsättning (Loisel *et al*, 2005a) eller omorganisationer (Wihlman *et al*, 2008). Det kan också vara så att de individer som är föremål för samverkan samtidigt har kontakter med andra specialister, till exempel andra läkare eller sjukgymnaster, vilket försvårar kontinuiteten i rehabiliteringsprocessen (Dewa *et al*, 2009). En annan orsak till bristande kontinuitet är fysiskt avstånd mellan de samverkande organisationerna. En studie av samverkan på vårdcentraler visade att verksamheten upplevdes fungera bättre då representanter för andra organisationer, till exempel handläggare från försäkringskassan eller socialtjänsten, fanns på plats i vårdcentralerna (Hultberg *et al*, 2003).
- Några studier pekar på *bristande incitament* som ett hinder för samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering (de Buck *et al*, 2002). Det handlar i detta sammanhang om in-

citament både på organisatorisk och på individuell nivå. På organisationsnivå finns det en rädsla för kostnadsöverföringar mellan berörda myndigheter, vilket kan utgöra ett allvarligt hinder för samverkan. Finansiell samordning är ett sätt att övervinna detta hinder (Hultberg *et al*, 2007). På individnivå påpekas att arbete i samverkan inte alltid är bra för karriären. Samverkan kan vara utvecklande och lärorikt för de deltagande individerna, men karriär görs inom den egna organisationen och där är det inte alltid meriterande att arbeta gränsöverskridande (Axelsson & Axelsson, 2009).

- Förutom de deltagande individernas upplevelser av olika strukturella hinder för samverkan finns det också grundläggande *strukturella skillnader* mellan de samverkande organisationerna som kan utgöra hinder för samverkan. De olika myndigheterna som samverkar i arbetslivsinriktad rehabilitering har olika uppdrag och olika politiska direktiv. De arbetar under olika lagar och regelverk, samt med olika ansvar och ansvarsområden (Lindqvist, 2003). De har också olika informationssystem med olika krav på konfidentialitet (Hultberg *et al*, 2005b). Dessa skillnader förändras dessutom över tiden, med nya uppdrag och politiska direktiv, vilket kan leda till målkonflikter och försvåra ett långvarigt engagemang i samverkan (Eriksson *et al*, 2008).

### Hinder i arbetsprocessen

Det finns ett antal hinder för samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering som framför allt hänger samman med den arbetsprocess som bedrivs i samverkan. Dessa processrelaterade hinder kan sammanfattas i följande punkter:

- Det finns många *kulturella skillnader* som kan utgöra hinder för samverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering. Det handlar i detta sammanhang både om professionella och organisatoriska kulturer (Hultberg *et al*, 2005a; Sandström *et al*, 2007). De kulturella skillnaderna visar sig bland annat i olika beteendemönster, samt olika attityder och värderingar. De visar sig också i olika språkbruk. Ett exempel är begreppet arbetsförmåga som ofta tolkas olika av olika professioner och organisationer (Ståhl *et al*, 2009a). Med de kulturella skillnaderna följer dessutom ofta skillnader i status (King *et al*, 2006), som kan försvåra samverkan. För att hantera dessa skillnader behövs en gemensam kultur i samverkan (Briand *et al*, 2008). Annars är det risk att olika professioner och organisationer arbetar med olika mål för verksamheten (Franche *et al*, 2005).
- De olika aktörerna i rehabiliteringssamverkan har ofta en *bristande kunskap* om andra professioner och organisationer som är inblandade, samt deras kompetens och uppdrag, vilket kan utgöra ett hinder för samverkan (Faber *et al*, 2005). Ibland kan det också finnas en negativ inställning till någon annan profession eller organisation redan på förhand (de Rijk *et al*, 2007). Bristande kunskap innebär ofta *bristande förtroende* mellan de olika aktörerna. Detta är ett hinder som kan skapa stora svårigheter i det interprofessionella och interorganisatoriska samarbetet, vilket beskrivs i flera studier (Wihlman *et al*, 2008; Ståhl *et al*, 2009b). För att övervinna dessa svårigheter krävs i allmänhet en lång och förtroendeskapande utvecklingsprocess med stora investeringar i tid och energi från alla berörda parter (Norman & Axelsson, 2007).
- Ett annat hinder för rehabiliteringssamverkan är *bristande kommunikation* mellan inblandade professioner och organisationer, vilket har beskrivits i flera studier (Sandström *et al*, 2007; Ammendolia *et al*, 2009). Detta kan hänga samman med att de olika aktörerna har bristande kunskaper om och förståelse för varandra, men det kan också hänga

samman med oklarheter om roller och ansvar i det gemensamma arbetet (Metzel *et al*, 2005). Många gånger är det därför upp till enskilda handläggare eller specialister i en rehabiliteringsprocess att tolka de riktlinjer som ligger till grund för samverkan. Detta kan leda till olika uppfattningar om vad som är målet med verksamheten och vad samverkan egentligen innebär (Davis & Rinaldi, 2004).

- Några studier pekar på förekomsten av *revirtänkande* som ett hinder för samverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering. Det är ett mycket grundläggande mänskligt beteende att upprätta och försvara revir, som kan vara både professionella och organisatoriska. En gränsöverskridande samverkan kan uppfattas därför ofta som ett hot mot det egna reviret (Axelsson & Axelsson, 2009). Det innebär att deltagande individer försvarar sin egen profession eller sin egen organisation mot andra professioner och organisationer. De olika aktörerna styrs då av den egna organisationens mål (Ståhl *et al*, 2009b) och den egna organisationens intressen prioriteras (Wihlman *et al*, 2008). Detta kan dessutom leda till intressekonflikter gentemot målgruppen (Tjulin *et al*, 2009).
- Ibland kan *ledarskap* utgöra ett hinder för rehabiliteringssamverkan om det inte är anpassat till den speciella arbetsprocess som samverkan innebär. Det gäller såväl ledarskap i multidisciplinära team och samverkansgrupper (Thylefors *et al*, 2005) som ledarskap på olika nivåer inom de samverkande organisationerna (Axelsson & Axelsson, 2009). För att samverkan ska fungera krävs ett ledarskap som respekterar och balanserar alla inblandade professioner och organisationer. Detta är inte alltid fallet i arbetslivsinriktad rehabilitering. I flera studier påpekas att läkarna har en särställning i rehabiliteringssamverkan och att deras inställning till andra professioner påverkar hur det gemensamma arbetet fungerar (Ståhl *et al*, 2009a; Seebohm & Secker, 2003).

## **Framgångsfaktorer för rehabiliteringssamverkan**

Hinder och framgångsfaktorer för samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering tenderar att gå hand i hand och vara olika sidor av samma mynt. Det innebär att en och samma företeelse kan hindra eller främja samverkan beroende på hur den hanteras. Olikheterna hos de olika aktörerna kan ses både som en styrka och som ett problem. Flera forskare påpekar att olika faktorer kan ge framgång i olika situationer. Vissa faktorer anses dock genomgående vara viktiga för en framgångsrik samverkan. Dessa framgångsfaktorer kan på samma sätt som hindren för samverkan delas in i strukturella faktorer och faktorer som rör arbetsprocessen.

### **Stödjande strukturer**

Det finns ett antal strukturella faktorer som kan främja och stödja samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Dessa framgångsfaktorer kan sammanfattas i följande punkter:

- En grundläggande förutsättning för en framgångsrik rehabiliteringssamverkan är att det finns en *tydlig målgrupp* för verksamheten (Wihlman *et al*, 2008), samt att så många *relevanta aktörer* som möjligt involveras i samverkan. Flera studier visar att det är viktigt att identifiera och inkludera professioner och organisationer som kan vara nyckelaktörer utifrån målgruppens behov av rehabiliteringsinsatser (Gilbride *et al*, 2007), samt inse att flera av dessa aktörer kan finnas utanför den egna organisationen eller samhällssektorn (Loisel *et al*, 2005a). En framgångsrik samverkan måste utgå ifrån en helhetssyn på målgruppen och dess behov (Friesen *et al*, 2001).

- En viktig faktor för att uppnå framgång i rehabiliteringssamverkan är att det finns en *stark förankring* av verksamheten i de samverkande organisationerna, samt engagemang och stöd på alla nivåer inom dessa organisationer (Hultberg *et al*, 2005a). För att samverkan ska kunna fungera på ett framgångsrikt sätt räcker det inte med enstaka eldsjälar som driver arbetet framåt, utan det gäller att skapa hållbara strukturer för samverkan (Metzel *et al*, 2005). Det innebär bland annat att det måste finnas tillräckliga gemensamma resurser för verksamheten (Lal & Mercier, 2002), tillräcklig tid för aktiviteter i samverkan (Davis & Rinaldi, 2004; Gilbride *et al*, 2007), samt möjligheter till samlokalisering eller annan fysisk närhet (King *et al*, 2006).
- En annan viktig faktor för en framgångsrik samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering är att det finns *tydliga incitament* för de samverkande organisationerna (Lal & Mercier, 2002). Det kan handla om att samverkan ger ett effektivare resursutnyttjande, men det kan också handla om en bättre kvalitet i verksamheten (Mc Coll *et al*, 2009). I flera studier påpekas också att samverkan inte är något självändamål, utan de deltagande organisationerna måste uppleva att det finns ett behov av att samverka (Jakobsson *et al*, 2005; Axelsson & Axelsson, 2009). Denna motivation måste genomsyra hela organisationerna och i synnerhet omfatta de individer som arbetar med samverkan. Det handlar inte så mycket om ekonomiska incitament, utan snarare om att de får ut något positivt av sitt engagemang (Metzel *et al*, 2005).

### **Faktorer som främjar arbetsprocessen**

Det finns ett antal faktorer som främjar arbetsprocessen i samband med samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Dessa processrelaterade framgångsfaktorer kan sammanfattas i följande punkter:

- Flera studier förespråkar en *standardisering, systematisering och formalisering* av kontakter och informationsutbyte mellan de samverkande aktörerna inom arbetslivsinriktad rehabilitering (Franché *et al*, 2005; Jakobsson *et al*, 2005; Kärrholm *et al*, 2008). Detta kan ske till exempel genom formella överenskommelser om behandlingsprogram, gemensam planering av olika rehabiliteringsinsatser, eller annan form av organisering som ger regelbundenhet och tydlig struktur (King *et al*, 2006). Det är i detta sammanhang viktigt att tydliggöra de olika aktörernas roller, både i samverkan och i den egna organisationen (Davis & Rinaldi, 2004; Gilbride *et al*, 2007).
- En viktig faktor för en framgångsrik rehabiliteringssamverkan är att de samverkande professionerna och organisationerna skapar ett *gemensamt arbetssätt* (Axelsson & Norman, 2007; Kärrholm *et al*, 2008). Det handlar i detta sammanhang framför allt om att skapa ett gemensamt synsätt på målgruppens behov av hjälp och stöd. Detta kan åstadkommas genom en process där de olika aktörerna lär känna varandra och utvecklar en ömsesidig förståelse för varandras olika roller och kulturer (Gard & Larsson, 2006). Att lära känna varandra innebär också att det skapas personliga kontakter och förtroendefulla relationer som underlättar arbetet (Dewa *et al*, 2009).
- Ett sätt att åstadkomma en gemensam grund för rehabiliteringssamverkan är genom *gemensamma utbildningsinsatser* för alla berörda parter (Davis & Rinaldi, 2004). Genom en gemensam utbildning kan det vara möjligt att förbättra kunskaperna om de olika professioner och organisationer som är inblandade, samt deras kompetens och uppdrag i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta kan ge de olika aktörerna en för-



måga att se den egna professionen och organisationen i relation till andra, vilket kan leda till ett ökat ömsesidigt förtroende mellan dem (Norman & Axelsson, 2007). Dessutom kan utbildningen bidra till ett gemensamt språkbruk och en förbättrad kommunikation mellan aktörerna (Metzel *et al*, 2005; King *et al*, 2006).

- På samma sätt som *ledarskap* kan vara ett hinder för samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering kan det också vara en viktig framgångsfaktor. Flera studier pekar på ledarskapets betydelse för en fungerande rehabiliteringssamverkan (Lal & Mercier, 2002; Wihlman *et al*, 2008; McColl *et al*, 2009). Ledare på alla nivåer måste vara medvetna om vad samverkan innebär och ge stöd till de individer som engagerar sig i sådant arbete. Samverkan kräver också ett ledarskap som inte är revirbevakande, utan istället kännetecknas av en vilja att kompromissa och ge upp delar av det egna reviret till förmån för bättre helhetslösningar (Axelsson & Axelsson, 2009).

## Effekter av rehabiliteringssamverkan

Det övergripande målet för rehabiliteringssamverkan, liksom för all arbetslivsinriktad rehabilitering, är att hjälpa sjukskrivna personer tillbaka till arbete och arbetslösa personer in på arbetsmarknaden så att de kan försörja sig själva (SFS 1962:381). Det kan också visa sig att en person på grund av sjukdom eller andra problem inte har någon möjlighet att fungera i en arbetssituation och då är målet att vederbörande placeras i en lämplig vård- eller ersättningsform. I kunskapssammanställningen finns det inte så många studier av effekterna av samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta beror på olika metodologiska problem i samband med utvärdering av samverkan (Dowling *et al*, 2004), framför allt på svårigheterna att isolera och mäta de speciella effekterna av samverkan i en rehabiliteringsprocess.

## Utvärderingsmetoder

Det finns många olika sätt att utvärdera samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Det krävs dock i allmänhet någon form av jämförelse, antingen en jämförelse över tid eller en jämförelse med en relevant kontrollgrupp, för att visa om det finns något samband mellan samverkan och effekter av rehabilitering. Det kan handla om jämförelser före och efter en rehabiliteringsprocess i samverkan, eller jämförelser mellan en studiegrupp av personer som är eller har varit föremål för rehabiliteringssamverkan och en kontrollgrupp med personer som inte varit föremål för sådan samverkan. En kontrollgrupp kan skapas genom en slumpmässig fördelning (randomisering) av personer till en sådan grupp, eller genom att ”matcha” personerna i studiegruppen mot personer med liknande egenskaper och problembild som då kommer att utgöra en kontrollgrupp (Kärholm *et al*, 2008).

Mätningar av effekter kan göras med hjälp av registerdata från berörda organisationer och myndigheter om sjukskrivning, diagnoser, arbetsförmåga och olika former av ekonomiskt bistånd (Jakobsson *et al*, 2005; Dewa *et al*, 2009). Effekter kan också studeras med hjälp av data från intervjuer och enkäter om upplevelser av samverkan, som riktas antingen till de personer som är föremål för rehabilitering (Åhgren *et al*, 2009) eller till de handläggare och specialister som samverkar i rehabiliteringsprocessen (Hultberg *et al*, 2003; Gard & Larsson, 2006). I flera studier förekommer även en kombination av data från enkäter, intervjuer och register (Marnetoft & Selander, 2000; Arnetz *et al*, 2003; Øyeflaten *et al*, 2008).

Flera forskare påpekar ett behov av uppföljningar och mätningar av effekter över en längre tid, eftersom samverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering kan ha långsiktiga effekter (Sand-

ström *et al*, 2004; Shaw *et al*, 2008; Åhgren *et al*, 2009). I kunskapssammanställningen finns det dock bara en studie med sådan inriktning (Kärholm *et al*, 2008). Denna studie innehåller även en analys av de samhällsekonomiska effekterna av rehabiliteringssamverkan, som flera forskare har efterlyst (Drews *et al*, 2007; Gilbride *et al*, 2007; Dewa *et al*, 2009).

## Utvärderingar av rehabiliteringssamverkan

Majoriteten av de utvärderingar av samverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering som granskats i denna kunskapssammanställning kommer från Sverige. Dessa studier har analyserat effekter av samverkan kring arbetslösa och sjukskrivna personer med olika diagnoser och problem. Nedanstående tabell visar några exempel på sådana utvärderingar.

Tabell 9: Exempel på utvärderingar av rehabiliteringssamverkan.

<i>Referens</i>	<i>Land</i>	<i>Målgrupp</i>	<i>Intervention</i>	<i>Effekter</i>
Marnetoft & Selander, 2000	Sverige	Arbetslösa och sjukskrivna personer med besvär i nacke eller rygg.	Jämförelse mellan ett rehabiliteringsprogram med ett multidisciplinärt team i kombination med en case manager för arbetsträning, samt ett program med enbart ett multidisciplinärt team.	Lägre grad av offentlig ersättning och färre sjukskrivningsdagar hos de personer som genomgått programmet med case management.
Arnetz <i>et al</i> , 2003	Sverige	Sjukskrivna personer med muskuloskeletala besvär.	En handläggare vid försäkringskassa med utökat ansvar för att samordna olika rehabiliteringsinsatser, bland annat tidiga insatser av arbetsterapeut och ergonom.	Färre dagar med sjukskrivning hos studiegruppen jämfört med en kontrollgrupp, men däremot ingen skillnad i upplevd hälsa mellan de båda grupperna.
Hultberg <i>et al</i> , 2006	Sverige	Arbetslösa och sjukskrivna personer med muskuloskeletala besvär.	Samverkan genom placering av en handläggare från försäkringskassa på tre vårdcentraler.	Ingen skillnad i antal sjukskrivningsdagar hos studiegruppen av vårdcentraler jämfört med en kontrollgrupp av vårdcentraler utan samverkan.
Jakobsson <i>et al</i> , 2005	Sverige	Personer med fysiska eller psykiska handikapp, samt arbetslösa och missbrukare.	Systematiska multiprofessionella rehabiliteringsgruppsmöten med ansvar för att upprätta en rehabiliteringsplan och genomföra olika insatser tillsammans med de personer som är föremål för rehabilitering.	Fler personer anställda efter rehabiliteringen i studiegruppen jämfört med två kontrollgrupper från närliggande kommuner, samt en nationell kontrollgrupp.

Kärrholm <i>et al</i> , 2008	Sverige	Personer som är långtids-sjukskrivna på grund av muskeloskeletala eller psykiska problem, värk eller missbruk.	Systematisk, multiprofessionell, multisektoriell, klient- och lösningsinriktad samverkan, som innebär att ett rehabiliteringsteam tillsammans med de sjukskrivna utformar en rehabiliteringsplan och sedan regelbundet följer upp hur den genomförs.	Färre dagar med sjukskrivning hos studiegruppen jämfört med en kontrollgrupp och samma resultat över en sexårsperiod; dessutom stora samhällsekonomiska vinster med den studerade modellen.
Øyeflaten <i>et al</i> , 2008	Norge	Långtidssjukskrivna personer med diffusa fysiska eller psykiska problem med motivation till återgång i arbete.	Fyra veckors multidisciplinärt rehabiliteringsprogram med en kombination av individuella och gruppbaseade övningar samt fysisk aktivitet, utbildning och beteendeförändring.	Mer än hälften av de sjukskrivna tillbaka i arbete efter tre månader och 70 % tillbaka i arbete efter ett år.
Dewa <i>et al</i> , 2009	Kanada	Sjukskrivna personer med psykisk ohälsa.	Jämförelse mellan traditionell case management och en modell för samverkan mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård med hjälp av en case manager.	Bättre hälsoeffekter och en högre kostnadseffektivitet med samverkansmodellen än med traditionell case management.
Åhgren <i>et al</i> , 2009	Sverige	Sjukskrivna och arbetslösa med komplex problematik, som behöver stöd och insatser från flera olika myndigheter.	Finansiell samordning med multidisciplinära team för olika former av arbetslivsinriktad rehabilitering.	Uppfattningar hos målgruppen om att de olika aktiviteterna är väl integrerade och anpassade till deras behov.

Sammanfattningsvis kan konstateras att de flesta effektstudier i kunskapssammanställningen visar positiva effekter av samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Det handlar framför allt om återgång i arbete, minskad sjukskrivning, samt förbättrad fysisk och psykisk hälsa. Det finns några studier som visar oförändrade effekter (till exempel Arnetz *et al*, 2003; Hultberg *et al*, 2006), men det finns inga studier som visar negativa effekter av rehabiliteringssamverkan. Som tidigare nämnts finns det dock en rad metodologiska problem och svårigheter med att mäta effekterna av samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering, till exempel olika kombinationseffekter och påverkande faktorer som är svåra att isolera. Användning av kontrollgrupper kan vara problematiskt, inte minst ur etisk synvinkel. Det är också svårt att mäta oklara begrepp som hälsa och arbetsförmåga på ett entydigt sätt.

## Slutsatser

Som framgått av den tidigare genomgången finns det många olika modeller för samverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering, men dessa uppträder inte alltid i renodlad form. Det finns i praktiken många olika kombinationer av strukturella och processinriktade modeller. Till exempel kombineras case management ofta med flerpartsmöten eller multidisciplinära team. Informella kontakter och informationsutbyte förekommer i alla strukturella modeller och även i situationer för det inte finns någon organiserad samverkan. På samma sätt används multidisciplinära team ofta inom ramen för finansiell samordning och ibland även i kombination med flerpartsmöten. Det kan också förekomma samlokalisering av olika verksamheter i samband med både partnerskap och finansiell samordning.

När det gäller hinder och framgångsfaktorer i rehabiliteringssamverkan finns det en tydlig spegeleffekt, som innebär att vad som upplevs vara hinder kan vändas till att bli framgångsfaktorer. Det handlar till exempel om förankring av verksamheten i de samverkande organisationerna, kommunikation och kontakter mellan olika professioner och organisationer, samt incitament för deltagande i rehabiliteringssamverkan. Ledarskapet kan också vara ett hinder såväl som en framgångsfaktor i samverkan. Det handlar i detta sammanhang bland annat om skillnaden mellan ett revirbevakande och ett altruistiskt ledarskap.

Effekterna av samverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering är genomgående positiva, även om det finns anledning att vara försiktig med att dra alltför långtgående slutsatser av de studier som hittills publicerats. Det är svårt att utvärdera samverkan, eftersom det är svårt att avgöra om det är själva samverkan eller om det är rehabiliteringsinsatser, hälsotillstånd, arbetsmarknadssituation, eller en kombination av alla dessa faktorer, som ligger bakom de konstaterade effekterna. Det kan också finnas långsiktiga effekter av att de samverkande professionerna och organisationerna lär sig att samarbeta bättre. Utvärderingarna har gjorts framför allt i samband med flerpartssamverkan och multidisciplinära team inom ramen för finansiell samordning, men även i samband med case management.

När det gäller förekomsten av olika modeller för rehabiliteringssamverkan har det tidigare konstaterats att finansiell samordning är en svensk modell, men att det förekommer sammanlagda budgetar även i brittiska partnerskapsmodeller. Partnerskap mellan olika organisationer som är inblandade i arbetslivsinriktad rehabilitering förekommer förutom i Storbritannien även i USA, Kanada och Australien. Case management är ursprungligen en amerikansk modell, men den förekommer i många olika länder. Detta gäller även flerpartsmöten och multidisciplinära team, som är de vanligaste modellerna för samverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering, både i Sverige och i andra länder.

Det finns inte några tydliga mönster i kunskapssammanställningen när det gäller olika målgrupper och problematik i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering. De långtidssjuk-skrivna är den största målgruppen och de har ofta komplexa eller oklara diagnoser. Rehabilitering av denna grupp hanteras därför ofta i flerpartsmöten eller multidisciplinära team, där många olika kunskaper kan kombineras. För personer med klara diagnoser, antingen muskuloskeletala eller psykiska besvär, kan det vara tillräckligt med kontakter och informationsutbyte mellan berörda parter, eller någon form av case management. Det är en angelägen uppgift för fortsatt forskning på området att klarlägga under vilka betingelser och för vilka målgrupper de olika modellerna för rehabiliteringssamverkan är mest ändamålsenliga.

## Litteratur

- Ammendolia, C., Cassidy, D., Steensta, I., Soklaridis, S., Boyle, E., Eng, S., Howard, H., Bhupinder, B. & Cote, P. (2009), "Designing a workplace return-to-work program for occupational low back pain: an intervention mapping approach", *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 10, [www.biomedcentral.com/1471-2474/10/65](http://www.biomedcentral.com/1471-2474/10/65)
- Arnetz, B.B., Sjögren, B., Rydén, B. & Meisel, R. (2003), "Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention study", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 45, no. 5, pp. 499-506.
- Axelsson, R. & Axelsson, S.B. (2006), "Integration and collaboration in public health: a conceptual framework", *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 21, no. 1, pp. 75-88.
- Axelsson, R. & Axelsson, S.B., red. (2007), *Folkhälsa i samverkan – mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.
- Axelsson, S.B. & Axelsson, R. (2009), "From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership", *Journal of Interprofessional Care*, vol. 23, no. 4, pp. 320-330.
- Bang, M., Hagdahl, A., Eriksson, H. & Timpka, T. (2001), "Groupware for case management and inter-organizational collaboration: the virtual rehabilitation team", *Studies in Health Technology and Informatics*, vol. 84, pp. 3-7.
- Berlin, J., Carlström, E. & Sandberg, H., red. (2009), *Team i vård, behandling och omsorg. Erfarenheter och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.
- Briand, C., Durand, M.J., St-Arnaud, L. & Corbiere, M. (2008), "How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability?", *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 18, no. 2, pp. 207-217.
- de Buck, P.D.M., van Amstel, R.J., Buijs, P.C., Maasen, J.H.W., van Dijk, F.J.H., Hazes, J.M.W. & Vliet Vlieland, T.P.M. (2009), "Communication between Dutch rheumatologists and occupational physicians in the occupational rehabilitation of patients with rheumatic diseases", *Annals of the Rheumatic Diseases*, vol. 61, pp. 62-65.
- Danermark, B. & Kullberg, C. (1999), *Samverkan. Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Davis, M. & Rinaldi, M. (2004), "Using an evidence-based approach to enable people with mental health problems to gain and retain employment, education and voluntary work", *British Journal of Occupational Therapy*, vol. 67, no. 7, pp. 319-322.

- Dewa, C.S., Hoch, J.S., Carmen, G., Guscott, R. & Anderson, C. (2009), "Cost, effectiveness, and cost-effectiveness of a collaborative mental health care program for people receiving short-term disability benefits for psychiatric disorders", *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 54, no. 6, pp. 379-388.
- Dowling, B., Powell, M. & Glendinning, C. (2004), "Conceptualising successful partnerships", *Health and Social Care in the Community*, vol. 12, no. 4, pp. 309-317.
- Drews, B., Nielsen, C.V., Rasmussen, M.S., Hjort, J. & Bonde, J.P. (2007), "Improving motivation and goal setting for return to work in a population on sick leave: a controlled study", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 35, no. 1, pp. 86-94.
- Ds 2003:2, Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Stockholm: Socialdepartementet.
- Eriksson, U.B., Engström, L.G., Starrin, B. & Janson, S. (2008), "Falling between two stools; how a weak co-operation between the social security and the unemployment agencies obstructs rehabilitation of unemployed sick-listed persons", *Disability and Rehabilitation*, vol. 30, no. 8, pp. 569-576.
- Faber, E., Bierma-Zeinstra, S.M.A., Burdorf, A., Nauta, A.P., Hulshof, C.T.J., Overzier, P.M., Miedema, H.S. & Koes, B.W. (2005), "In a controlled trial training general practitioners and occupational physicians to collaborate did not influence sickleave of patients with low back pain", *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 58, pp. 75-82.
- Franche, R.L., Baril, R., Shaw, W., Nicholas, M. & Loisel, P. (2005), "Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research", *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 15, no. 4, pp. 525-542.
- Friesen, M.N., Yassi, A. & Cooper, J. (2001), "Return-to-work: the importance of human interactions and organizational structures", *Work*, vol. 17, no. 1, pp. 11-22.
- Gard, G. & Larsson, A. (2006), "How can cooperation between rehabilitation professionals in rehabilitation planning be improved? A qualitative study from the employer's perspective", *Work*, vol. 26, no. 2, pp. 191-196.
- Gilbride, D., Coughlin, J., Mitus, J.S. & Scott, V. (2007), "The consortium for employment success: collaboration as a strategy to optimize employment outcomes for people with disabilities", *Journal of Rehabilitation*, vol. 73, no. 3, pp. 45-55.
- Glendinning, C., Hudson, B., Hardy, B. & Young, R. (2002), *National evaluation of notifications for use of the Section 31 partnership flexibilities in the Health Act 1999*. Leeds and Manchester: Health University of Leeds and National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester.
- Hultberg, E.L., Lönnroth, K. & Allebeck, P. (2003), "Co-financing as a means to improve collaboration between primary health care, social insurance and social service in Sweden: a qualitative study of collaboration experiences among rehabilitation partners", *Health Policy*, vol. 64, no. 2, pp. 143-152.

- Hultberg, E.L., Lönnroth, K. & Allebeck, P. (2005a), "Interdisciplinary collaboration between primary care, social insurance and social services in the rehabilitation of people with musculoskeletal disorder: effects on self-rated health and physical performance", *Journal of Interprofessional Care*, vol. 19, no. 2, pp. 115-124.
- Hultberg, E., Glendinning, C., Allebeck, P. & Lönnroth, K. (2005b), "Using pooled budgets to integrate health and welfare services: a comparison of experiments in England and Sweden", *Health & Social Care in the Community*, vol. 13, no. 6, pp. 531-541.
- Hultberg, E.L., Lönnroth, K., Allebeck, P. & Hensing, G. (2006), "Effects of co-financed interdisciplinary teamwork on sick leave for people with musculoskeletal disorders", *Work*, vol. 26, no. 4, pp. 369-377.
- Hultberg, E., Lönnroth, K. & Allebeck, P. (2007), "Effects of a co-financed interdisciplinary collaboration model in primary health care on service utilisation among patients with musculoskeletal disorders", *Work*, vol. 28, no. 3, pp. 239-247.
- Huxham, C. & Vangen, S. (2005), *Managing to collaborate. The theory of collaborative advantage*. London: Routledge.
- Jakobsson, B., Schuldt Haard, U., Bergroth, A., Selander, J. & Ekholm, J. (2002), "Improved cooperation in vocational rehabilitation with systematic rehabilitation group meetings", *Disability and Rehabilitation*, vol. 24, no. 14, pp. 734-740.
- Jakobsson, B., Bergroth, A., Schüldt, K. & Ekholm, J. (2005), "Do systematic multiprofessional rehabilitation group meetings improve efficiency in vocational rehabilitation?", *Work*, vol. 24, no. 3, pp. 279-290.
- Karjalainen, K.A., Malmivaara, A., van Tulder, M.W., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H. & Koes, B.W. (2008), "Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults", *The Cochrane Library*, issue 4, 2008, [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com)
- King, R., Waghorn, G., Lloyd, C., McLeod, P., McMahan, T. & Leong, C. (2006), "Enhancing employment services for people with severe mental illness: the challenge of the Australian service environment", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 40, no. 5, pp. 471-477.
- Konrad, E.L. (1996), "A multidimensional framework for conceptualizing human services integration initiatives". In: Marquart, J. & Konrad, E.L., eds., *Evaluating initiatives to integrate human services. New directions for evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kärrholm, J., Ekholm, K., Jakobsson, B., Ekholm, J., Bergroth, A. & Schüldt, K. (2006), "Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multi-professional, client-centred and solution-oriented co-operation", *Disability and Rehabilitation*, vol. 28, no. 7, pp. 457-467.
- Kärrholm, J., Jakobsson, B., Håård, U.S., Ekholm, J., Bergroth, A. & Ekholm, K.S. (2007), "The views of sick-listed employees' immediate superiors on co-operation in vocational rehabilitation", *Work*, vol. 29, no. 2, pp. 101-111.

- Kärrholm, J., Ekholm, K., Ekholm, J., Bergroth, A. & Schuldt Ekholm, K. (2008), "Systematic co-operation between employer, occupational health service and social insurance office: A 6-year follow-up of vocational rehabilitation for people on sick-leave, including economic benefits", *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 40, no. 8, pp. 628-636.
- Lal, S. & Mercier, C. (2002), "Thinking out of the box: an intersectoral model for vocational rehabilitation", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 26, no. 2, pp. 145-153.
- Leutz, W.N. (1999), "Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom", *Milbank Quarterly*, vol. 77, pp. 77-110.
- Lindqvist, R. (2003), "Vocational rehabilitation between work and welfare – the Swedish experience", *Scandinavian Journal of Disability Research*, vol. 5, no. 1, pp. 68-92.
- Lindqvist, R. & Grape, O. (1999), "Vocational rehabilitation of the socially disadvantaged long-term sick: inter-organizational co-operation between welfare state agencies", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 27, no. 1, pp. 5-10.
- Loisel, P., Falardeau, M., Baril, R., José-Durand, M., Langley, A., Sauvé, S. & Gervais, J. (2005a), "The values underlying team decision-making in work rehabilitation for musculoskeletal disorders", *Disability and Rehabilitation*, vol. 27, no. 10, pp. 561-569.
- Loisel, P., Durand, M.J., Baril, R., Gervais, J. & Falardeau, M. (2005b), "Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation: perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team", *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 15, no. 4, pp. 581-590.
- Marnetoft, S.U. & Selander, J. (2000), "Multidisciplinary vocational rehabilitation focusing on work training and case management for unemployed sick-listed people", *International Journal of Rehabilitation Research*, vol. 23, no. 4, pp. 271-279.
- McColl, M.A., Shortt, S., Godwin, M., Smith, K., Rowe, K., O'Brien, P. & Donnelly, C. (2009), "Models for integrating rehabilitation and primary care: a scoping study", *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 90, no. 9, pp. 1523-1531.
- Metzel, D.S., Foley, S.M. & Butterworth, J. (2005), "State-level interagency agreements for supported employment of people with disabilities", *Journal of Disability Policy Studies*, vol. 16, no. 2, pp. 102-114.
- National Audit Office (2001), *Joining up to improve public services*. London: The Stationary Office.
- Norendal Braathen, T., Veiersted, B. & Heggenes, J. (2007), "Improved work ability and return to work following vocational multidisciplinary rehabilitation of subjects on long-term sick leave", *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 39, no. 6, pp. 493-499.
- Norman, C. & Axelsson, R. (2007), "Co-operation as a strategy for provision of welfare services: A study of a rehabilitation project in Sweden", *European Journal of Public Health*, vol. 17, no. 5, pp. 532-536.



- NOU 2004:13, En ny arbeids- og velferdsforvaltning. Om samordning av Aetats, trygdeetatens og sosialtjenestens oppgaver. Oslo: Sosialdepartementet.
- van Raak, A., de Rijk, A. & Morsa, J. (2005), "Applying new institutional theory: the case of collaboration to promote work resumption after sickness absence", *Work, Employment & Society*, vol. 19, <http://wes.sagepub.com>
- de Rijk, A., van Raak, A. & van der Made, J. (2007), "A new theoretical model for cooperation in public health settings: the RDIC model", *Qualitative Health Research*, vol. 17, no. 8, pp. 1103-1116.
- Sandström, U., Axelsson, R. & Lundborg, C.S. (2004), "Inter-organisational integration for rehabilitation in Sweden - variation in views on long-term goals", *International Journal of Integrated Care*, vol. 4, [www.ijic.com](http://www.ijic.com)
- Sandström, U., Lundborg, C.S., Axelsson, R. & Holmström, I. (2007), "Variation in views on clients in interprofessional work for vocational rehabilitation in Sweden", *Journal of Interprofessional Care*, vol. 21, no. 5, pp. 479-489.
- Seebohm, P. & Secker, J. (2003), "Increasing the vocational focus of the community mental health team", *Journal of Interprofessional Care*, vol. 17, no. 3, pp. 282-291.
- Shaw, L., Walker, R. & Hogue, A. (2008a), "The art and science of teamwork: enacting a transdisciplinary approach in work rehabilitation", *Work*, vol. 30, no. 3, pp. 297-306.
- Shaw, W., Hong, Q., Pransky, G. & Loisel, P. (2008b), "A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability", *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 18, no. 1, pp. 2-15.
- Siggeirsdóttir, K., Alfredsdóttir, U., Einarsdóttir, G. & Jonsson, B.Y. (2004), "A new approach in vocational rehabilitation in Iceland: preliminary report", *Work*, vol. 22, no. 1, pp. 3-8.
- SFS 1962:381, Lag om allmän försäkring (AFL).
- SKL (2007), *Samverkan för bättre välfärd – en idéskrift om finansiell samordning*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (2010), "Skapa en gemensam ingång!" Skrivelse till Finansdepartementet 2010-02-08.
- SOU 2009:92, *Se medborgarna – för bättre offentlig service*. Stockholm: Finansdepartementet.
- Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G. & Ekberg, K. (2009a), "The work ability divide: holistic and reductionistic approaches in Swedish interdisciplinary rehabilitation teams", *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 19, no. 3, pp. 264-273.

- Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G. & Ekberg, K. (2009b), "A matter of trust? A study of coordination of Swedish stakeholders in return-to-work", *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 19, no.4, pp. 409-418.
- Thorstensson, C.A., Mathiasson, J., Arvidsson, B., Heide, A. & Petersson, I.F. (2008), "Cooperation between gatekeepers in sickness insurance - the perspective of social insurance officers; a qualitative study", *BMC Health Services Research*, vol. 8, [www.biomedcentral.com/1472-6963/8/231](http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/231)
- Thylefors, I., Persson, O. & Hellström, D. (2005), "Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork", *Journal of Interprofessional Care*, vol. 19, no. 2, pp. 102-114.
- Tjulin, A., Edvardsson Stiwne, E. & Ekberg, K. (2009), "Experience of the implementation of a multi-stakeholder return-to-work programme", *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 19, no. 4, pp. 409-418.
- Waghorn, G., Collister, L., Killackey, E. & Sherring, J. (2007), "Challenges to implementing evidence-based supported employment in Australia", *Journal of Vocational Rehabilitation*, vol. 27, no. 1, pp. 29-37.
- Wihlman, U., Lundborg, C.S., Axelsson, R. & Holmström, I. (2008), "Barriers of inter-organisational integration in vocational rehabilitation", *International Journal of Integrated Care*, vol. 8, [www.ijic.com](http://www.ijic.com)
- Willumsen, E., red. (2009), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Åhgren, B. & Axelsson, R. (2005), "Evaluating integrated care: a model for measurement", *International Journal of Integrated Care*, vol 5, [www.ijic.com](http://www.ijic.com)
- Åhgren, B., Axelsson, S.B. & Axelsson, R. (2009), "Evaluating intersectoral collaboration: a model for assessment by service users", *International Journal of Integrated Care*, vol. 9, [www.ijic.com](http://www.ijic.com)
- Øvretveit, J. (1996), "Five ways to describe a multidisciplinary team", *Journal of Interprofessional Care*, vol. 10, no. 2, pp. 163-171.
- Øyeflaten, I., Hysing, M. & Eriksen, H.R. (2008), "Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation", *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 40, no. 7, pp. 548-554.