

Under denna rubrik publicerar redaktionen de originalartiklar som inkommit till redaktionen och passerat extern granskning.

Multidisciplinär teamrehabilitering vid muskuloskeletala besvär

En kvalitativ studie ur patientperspektiv

Iréne Sjöberg, Birgitta Grahn, Gunvor Gard, Lennart Hellström

Syftet med denna studie var att få en fördjupad förståelse av patienternas förväntningar på insatserna och upplevelse av effektivitet vid multidisciplinär rehabilitering vid nack-ryggproblem samt att identifiera faktorer som kan leda till riktlinjer för förändring/förbättring i rehabiliteringsarbetet. Studien har genomförts med kvalitativa intervjuer som en multipel fallstudie med åtta strategiskt utvalda patienter. Triangulering genomfördes med hjälp av sjukskrivningsdata. I studien framkom att individen upplever rehabiliteringsaktörerna som kompetenta i sina professioner men merparten av deltagarna upplevde inte multidisciplinär rehabilitering som effektiv och kände sig inte delaktiga i processen. Slutsatsen är att insatser behövs för att utveckla teamets metodik och pedagogik för att på bästa möjliga sätt integrera individen i rehabiliteringsprocessen.

Iréne Sjöberg, leg. sjukgymnast, är verksam inom Primärvården, Kalmar läns landsting. Sjukgymnastiken, Samrehab, Repslagarhuset, Box 701, 572 28 Oskarshamn

Birgitta Grahn, dr med vet, leg sjukgymnast, är forskningsledare vid FoU-centrum, Landstinget Kronoberg och FoU-Kronoberg och är adjungerad till Institutionen för rörelseorganens sjukdomar, Sjukgymnastutbildningen, Lunds universitet.

Gunvor Gard är docent i sjukgymnastik och universitetslektor vid Inst. För Rörelseorganens sjukdomar, Lunds universitet.

Lennart Hellström är för närvarande verksam i Kalmar län som överläkare i samhällsmedicin, forskare och försäkringsläkare. Tidigare verksam som allmänläkare och företagsläkare med särskilt intresse för rehabiliteringsfrågor. Folkhälsocentrum, Oskarshamn.

Bakgrund

Patienter med besvär i rörelseorganen är en växande patientgrupp som behandlas med olika behandlingsmetoder med varierande vetenskaplig evidens (1). Enligt SBU bör denna patientgrupp få tillgång till ett mer tvärprofessionellt omhändertagande för att uppnå ett bättre rehabiliteringsresultat och för att minska de samhällsekonomiska kostnaderna (2,3). En noggrann anamnes och fysikalisk undersökning är av stor vikt initialt. Att behandlaren är engagerad och har förmåga att samråda med patienten har stor betydelse för prognosen och för att förhindra att besvären blir kroniska (4). Individens egen uppfattning om och förmågan att hantera problem har visat sig vara en stark prediktor för ett gott rehabiliteringsresultat (5). Rehabilitering i multidisciplinära team har visat god effekt (6). Med multidisciplinär rehabilitering avses samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter där medicinska, psykologiska, pedagogiska, sociala och tekniska insatser kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intresse (7). Det främsta målet med all rehabilitering är att återupprätta fysisk och psykisk funktion och/eller återupprätta individens roll inom familjen, det sociala nätverket eller arbetsgemenskapen (8).

Utvecklingen av synen på hälsa bygger idag på en mer holistisk definition där individens handlings- och aktivitetsförmåga är utgångspunkten. Enligt WHO omfattar hälsa idag fysisk funktion, aktivitet, delaktighet, miljö och personlighet (body functions and structure, activity, participation, environmental factors and personal factors, ICF) (9, 10,11). Man har vidgat begreppet hälsa till att inte bara innefatta samspelet mellan kropp och själ, utan man avser också balan-

sen i individens psykosociala och fysiska omgivning både ur objektiv och subjektiv synvinkel, vilket betyder att man nu även innefattar hur individen själv upplever situationen och/eller omgivningen (9). Det är betydelsefullt att i rehabiliteringsprocessen ta till vara en individs egna copingstrategier och grad av motivation (5,12). Copingsstrategier kan delas in i problemfokuserad coping och känslfokuserad coping. Problemfokuserad coping är inriktad på att lösa eller minska problemet och känslfokuserad coping kan beskrivas vara det sätt man hanterar de negativa känslor som kan bli följden i en pressad livssituation (13). Motivation beskrivs som ett biopsykosocialt fenomen där individens inre process påverkar styrka, riktning och varaktighet i individens mål-inriktade beteende (5). En individs mål och motivation kan successivt ändras under en rehabiliteringsprocess. Initialt kan patientens inriktning vara att bli helt fri från sin smärta/besvär. Allt efter tidens gång kan sedan individen omvärdera sina mål och bli, genom till exempel dosering av belastning och/eller förändring av arbetsmiljö, motiverad till arbetsåtergång även om individen inte är helt smärt/besvärsfri (14). Motivation bör tolkas i ett socialt sammanhang, och anges i relation till vilken situation/aktivitet det gäller, med individens olika valmöjligheter i beaktning (15).

Effektiv rehabilitering förutsätter en kombination av klinisk behandling och sociala interventioner som är relevanta i patientens fysiska och sociala miljö och att man också väger in individens behov och önskemål i rehabiliteringen. I de sociala interventionerna innefattas bland annat patientens roll på sin arbetsplats, där en mycket viktig faktor för återgång i arbetet är arbetsgivarens och arbetskamraternas förhållningssätt (8). En studie visar att väl fungerande arbetsgivare har

ett aktivt förhållningssätt i rehabiliteringsfrågor och lyckas bra med arbetslivsinriktad rehabilitering (16).

Forskning visar också att det är betydelsefullt att klienterna är delaktiga i rehabiliteringsprocessen när mål sätts upp och att de får bidra med egna insatser i processen (9). Individens egen känsla av att själv kunna hantera och anpassa sitt beteende till de krav som ställs (self-efficacy) har visat sig vara en stark prediktor för ett gott rehabiliteringsresultat (17). Att uppleva en känsla av sammanhang i tillvaron dvs att uppleva meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet är också betydelsefullt för ett positivt rehabiliteringsresultat (18). Detta förutsätter att rehabiliteringsaktörerna har ett förhållningssätt som inbjuder individen att aktivt delta i rehabiliteringsprocessen. Ytterligare en viktig del i det rehabiliterande arbetet är att stärka individens förmåga att kunna hantera sin vardag och ta ansvar för sin hälsa och livssituation. Detta är en process som utgår från individens egna önskemål och utvecklar patientens empowerment. En stor del i rehabiliteringsprocessen är då att tillse att individen ges möjlighet att medverka och själv formulera rehabiliteringsmål och också får stöd i att nå sitt mål genom att hitta egna vägar och strategier (14).

Patienter med besvär från rörelse- och stödjeorganen som är föremål för multidisciplinärt omhändertagande har hittills oftast haft en längre sjukskrivningsperiod eller många korta sjukskrivningar bakom sig (6). Hos patienter som söker för muskuloskeletala besvär har tidigare studier visat att det finns en klar övervikt för kvinnor, första generationens invandrare, lågutbildade och arbetslösa (19). Dessa patienters besvär är oftast komplexa och är mer av biopsykosocial natur än ett isolerat kroppsligt fenomen. Denna patientgrupp hamnar lätt på fel nivå

i vårdkedjan genom att vården ofta enbart fokuserar på den fysiska funktionen när tonvikten i rehabiliteringen borde ligga mera på aktivitet, deltagande och miljö (9,14). Det handlar till stor del om att stärka patientens förmåga att "dosera livet" och hantera sina besvär för att i första hand sträva efter en så bra livskvalité som möjligt och därefter en eventuell arbetsåtergång (20).

Efter första SBU-rapporten, som utkom i början av 1990-talet, beslutade Försäkringskassan och Kalmar läns landsting att avsätta Dagmar-medel för bildande av lokala rehabiliteringsteam i Kalmar län som sedan kom att ingå i gängse klinisk verksamhet. Huvudmålet med teamrehabiliteringen var att minska sjukskrivningstiden och öka livskvaliteten för patienter med muskuloskeletala besvär. Från mitten av 1990-talet och framåt bildades multidisciplinära team över hela Kalmar län, framförallt i primärvården men även inom slutenvården. Patienter med långvariga besvär från rörelseorganen remitteras till dessa rehabiliteringsteam av läkare i primärvården men det förekommer även att sjukgymnaster, arbetsterapeuter och/eller beteendevetare initierar till deltagande i multidisciplinär rehabilitering. Ett flertal rehabiliteringsprojekt har genomförts och utvärderats i Kalmar län under de senaste åren. Resultaten visar på vissa samverkansvinster men i de flesta redovisningar saknas belegg för att insatserna haft effekt på patient/samhällsnivå (21). Att man i tidigare utvärderingar inte haft med patientperspektivet, gör det angeläget att med en kvalitativ ansats utvärdera multidisciplinär rehabilitering utifrån patientens synvinkel.

Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva förväntningar på och upplevda effekter av

multidisciplinär teamrehabilitering vid muskuloskeletal besvärssproblematik, samt att identifiera faktorer som kan leda till att rehabiliteringen förbättras.

Frågeställningar

- Vilka förväntningar finns på arbetsåtergång vid rehabiliteringens början?
- På vilket sätt beaktas patientens egna önskemål och förväntningar i rehabiliteringen?
- Ges patienten möjlighet till delaktighet i rehabiliteringsprocessen?
- Vad uppnåddes med den multidisciplinära rehabiliteringen enligt patienten?

Metod

Studien har genomförts med kvalitativa intervjuer som en multipel fallstudie av åtta strategiskt utvalda patienter. Triangulering genomfördes med hjälp av sjukskrivningsdata. Studien är godkänd av forskningsetik-kommittén vid Linköpings Hälsouniversitet Dnr 01-306.

Patienter

Inklusionskriterier var 1) diagnostiserade besvär från rörelse- och stödjeorganen 2) att kunna förstå och tala svenska språket samt 3) att ha deltagit i rehabilitering i team under de senaste två åren. Informanterna valdes ut strategiskt så att de hade så stor spridning som möjligt i kön, ålder, yrke samt geografisk spridning inom Kalmar län.

Urvalet av patienter till studien genomfördes med hjälp av rehabiliteringsaktörer i de lokala multidisciplinära teamen. Telefonkontakt togs med rehabiliteringsteam i Kalmar län som informerades om projektet. Rehabiliteringsteamets medlemmar tog kontakt med patienter som uppfyllde urvalskriterierna och informerade om studien och

gjorde förfrågan om deltagande. Tio patienter tillfrågades och samtliga accepterade att delta. Med dessa patienter, som tackade ja till deltagande i studien, togs telefonkontakt och tid och plats för intervjun bestämdes. Två av informanterna kunde sedan inte tidsmässigt komma för intervju. Således deltog åtta patienter, sex kvinnor och två män. Medianåldern var 53,5 år, med spridning 34-56 år. Tre av patienterna hade vårdyrken, två hade administrativa arbetsuppgifter, en var trädgårdsanläggare, en studerade, och en maskinförare. Fem av patienterna hade diagnostiserade besvär från halsrygg/skuldra/övra extremitet och tre av patienter hade diagnoser i ländrygg/bäcken/nedra extremitet. Alla hade haft längre och/eller upprepade korta sjukskrivningsperioder, alltifrån partiell sjukskrivning i sex månader till heltidssjukskrivning i två år. Fem patienter var gifta. Tre var ensamstående. Fem av patienterna hade vuxna barn som flyttat hemifrån. Tre av patienterna hade minderåriga hemmavarande barn, varav två av dessa patienter var ensamstående. Sjukdomsförloppen varierade från två år till mer än tio år. Två patienter hade inte varit sjukskrivna före deltagande i rehabiliteringsteam, men blev sjukskrivna i samband med detta. En patient hade varit sporadiskt korttidssjukskriven helt och halvt under en två-årsperiod.

Intervju

De kvalitativa intervjuerna gjordes utifrån en frågeguide. Frågeguiden inleds med bakgrundsfrågor om personens ålder, yrke, diagnos, sjukskrivningstid, tidigare rehabilitering och behandling. Frågorna övergår sedan till mer specifika frågeställningar gällande patientens deltagande i planeringen av teamrehabilitering, förväntningar, engagemang och deltagande, plus frågor angående effekt och hur uppföljning har skett. Intervjun avslutas

med att patienten har möjlighet att lämna synpunkter på förändringar/förbättringar gällande teamrehabilitering och/eller ytterligare tillägg. Intervjuguidens frågor hade en öppen formulering och informanten fick fritt berätta om sina uppfattningar, utifrån de ställda öppna frågorna. Samtliga informanter intervjuades under juni månad 2001. En av intervjuerna genomföres i informantens hem och de övriga sju på informantens närmaste vårdcentral. Tiden för varje intervju var mellan 45 och 90 minuter lång. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades sedan ordagrant av sekreterare. Utskriften av intervjun skickades till patienten för eventuell komplettering.

Sjukskrivningsdata

Datainsamling angående informantens sjukskrivning skedde vid intervjutillfället då informanten lämnade upplysning om sjukskrivning före deltagande i multidisciplinär rehabilitering. Informanterna svarade också på frågan om vad de själva ansett om sina

möjligheter att återgå i arbete vid rehabiliteringens start som genomförts mellan 3-6 månader före intervjutillfället. Data angående informanternas aktuella sjukskrivning i oktober 2001 samlades in via Försäkringskassan.

Analys

Texten analyserades genom fyra olika faser enligt cross-case principen som innebär att varje forskningsfråga analyseras för sig tvärs igenom materialet, genom alla intervjuerna (22).

Fas 1: En första helhetsläsning (naivläsning) för att bekanta sig med materialet och få en helhetsuppfattning av intervjun.

Fas 2: En andra genomläsning. En analys utifrån de olika frågeställningarna för att plocka ut meningsbärande enheter och skilja relevant från irrelevant.

Fas 3: Kategorisering av meningsbärande enheter till mera övergripande begrepp.

Tabell 1. Studiens resultat i form av teman, huvudkategorier och underliggande kategorier

1. Rehabiliteringsprocessen	2. Patientens verklighet
1:1 Upplevelse av rehabilitering - struktur/samarbete - motivation - delaktighet - bemötande - kommunikation/information 1:2 Behållning - måloppfyllelse - uppföljning - återgång i arbete	2:1 Vardagen - yttre krav - ekonomi 2:2 Sjukdom - smärta/besvär - behandling - bedömning - dosera livet 2:3 Inre processer - önskemål - upplevda krav - påverkan på själen - tidsfaktor

Fas 4: Kategorierna sammanförs till övergripande teman.

Kategorierna belyses med citat som redovisas så att informant nummer och sidan i intervjun kan identifieras t ex (inf.3 sid.7). För att uppnå en god trovärdighet i studien genomfördes analysen av texten parallellt av en legitimerad psykolog med lång klinisk erfarenhet av denna patientgrupp och med erfarenhet av utvecklingsarbete. I de fåtal fall där meningsskiljaktighet uppstod skedde en diskussion fram till att konsensus uppnåts. Triangulering genomfördes med hjälp av sjukskrivningsdata.

Resultat

Resultatet kan indelas i två teman med två respektive tre huvudkategorier inom varje tema och vissa underkategorier (tabell 1)

1.Rehabiliteringsprocessen

I denna studie framkom att rehabiliteringsteamets arbetssätt inte inbjöd individen att aktivt delta eller givit utrymme för individen att påverka rehabiliteringsprocessen.

Fem av informanterna remitterades till multidisciplinär rehabilitering av distriktsläkare och tre via Försäkringskassan. Fyra informanter uppgav att det skedde i samråd med respektive remittent. Fyra informanter uppgav att det ej var i samråd utan det kom en formell kallelse.

1:1 Upplevelse av rehabiliteringen

Denna kategori bestod av fem aspekter; struktur/samarbete, motivation, delaktighet, bemötande och kommunikation/information. Teamets sammansättning och under vilka omständigheter rehabiliteringsprocessen bedrivs utgör struktur och är av betydelse för individens upplevelse av rehabiliteringen.

Struktur/samarbete

Ur materialet framgick att teamstrukturen inte inbjöd till aktivt deltagande i rehabiliteringsprocessen. Sex informanter upplevde sig inte ha fått information om hur teamet fungerade eller vad som förväntades av individen i rehabiliteringsarbetet. En informant beskrev sig till viss del veta hur teamet arbetade på en tidigare erfarenhet i eget arbete. En informant beskrev dialog och upplevde ett gott samarbete.

".....vi pratade väldigt ingående om vad som kunde tänkas vara bra....." (inf 6 sid 4).

"...jag har bett en gång. Inbjudit alla för att träffa alla samtidigt. Men det var det ingen som ville ställa upp på. Det blir en sådan rundgång på alltihop..." (inf 2 sid 7).

"...det jag fick en känsla av var att jag tyckte att alla frågade precis likadant. Alla hade samma....precis som dom hade haft samma mall att titta efter. Det vet jag att jag kände ett par tre gånger. Jaha nu kommer hon med den frågan också. Till slut var det precis....jag orkar inte att hålla på att tjafsa om det här." (inf 3 sid 4)

Motivation

Teamet hade inte frågat om eller hur de åtta informanterna blivit motiverade till multidisciplinär rehabilitering. Informanterna upplevde att teamet hade haft sina motiv som utgångspunkt och att de hade "remitterats" till rehabiliteringsteamet. Informanterna upplevde att de var i olika faser och hade olika motiv/förväntningar på vad rehabiliteringen skall/bör leda till. Ur materialet går även att utläsa att rehabiliteringsaktörerna inte alltid haft samma bild (motiv/målformulering) inbördes i teamet. Sju av informanterna hade inte haft möjlighet att diskutera sin egen motivation eller målsättning med teamet.

Fem av dem ville bara bli av med sin smärta och få hjälp med sina besvär och var därför följsam i föreslagen rehabilitering. En av dessa fem informanter önskade annan rehabilitering men övertalades till deltagande. Två av informanternas motiv till deltagande i multidisciplinär rehabilitering var ansökan om sjukbidrag. En informant såg multidisciplinär rehabilitering som en möjlighet att få hjälp till att komma i lönearbete på deltid.

"...nej det var...att ropa på hjälp...samtidigt vill jag inte att dom bara skall släppa mig och skita i det här och att jag skall få de dåliga pengarna.....och sedan har jag lika ont i alla fall..." (inf 2 sid 4).

"...verkligen bra...jag såg det som en oerhörd chans.....det var det också för att jag hade väntat på det..." (inf 6 sid 4).

"... men ibland så känns det väl som om det bara löper på..... tiden bara löper på och värken finns där; känner mig lite vilsen om det här..." (inf 8 sid 3).

Delaktighet

Fem av informanterna upplevde att de inte varit delaktiga i rehabiliteringsprocessen eller i formulerandet av målen. Två av informanterna hade varit delaktiga till viss del och en informant kände sig mycket delaktig.

"..... jag fick vara med lite, men det var mycket att andra också bestämde.....jag hade nog inte så jättemycket att säga till om. Man känner inte så....det är så mycket folk vet du.....man sjunker ner lite..." (inf.1 sid.2)

"... vi gjorde verkligen detta tillsammans...pratade väldigt ingående om vad som kunde tänkas vara bra..." (inf 6 sid 4).

Bemötande

Sex av informanterna upplevde de enskilda rehabiliteringsaktörerna, deras kompetens

och bemötande som gott. Sex av informanterna saknade kontinuitet i läkarkontakten och återkoppling efter insatser. Patienterna uttryckte att man önskade mer kontinuitet i läkarkontakten. Sex av informanterna efterlyste en mer stödjande funktion från rehabiliteringsaktörerna och två upplevde att rehabiliteringsaktörerna inte engagerade sig.

".....de jobbade på som attan och liksom stöttade mig hela tiden.....jag kände mig inte orolig för fem öre" (inf 1 sid 4).

".....de brydde sig inte alls.....nej inte ett dugg" (inf 2 sid 7).

"...dom har varit justa för dom är så olika och dom arbetar med så olika delar av människan kan man säga men de kompletterar varandra så oerhört bra också....." (inf 6 sid 5).

Kommunikation/information

Fem av informanterna uttryckte att teamets medlemmar gav för knapphändig eller ingen information. Tre av informanterna upplevde missförstånd på grund av dålig eller brist på kommunikation. En informant upplevde information/kommunikation som god.

".....jag vet att en del beror på min mottaglighetmitt behov och därför var min mottaglighet mycket storjag fick höra av mig vid behov..."hade flera uppföljningar...det behövdes inte mer..." (inf.6 sid.8)

".....va då inte menade. Han ville inte att jag skulle sitta hemma och deppa utan jag skulle komma ut ett par timmar per dag. Här har jag gått sedan maj förra året för att han skrev en sådan sak på remissen. När man pratar med läkarna säger dom en helt annan sak än vad dom skriver på pappren...." (inf 1 sid. 7).

1:2 Behållning

Den andra huvudkategorin under temat rehabiliteringsprocessen är behållning, med tre aspekter; måluppfyllelse, uppföljning och återgång i arbete.

Måluppfyllelse

Eftersom ingen gemensam målsättning var formulerad tillsammans med individen så upplevde inte informanterna att det blev någon måluppfyllelse. Fem av informanterna upplevde inte att man genom teamrehabiliteringen uppnådde något resultat. Smärtan/besvären kvarstod efter genomgången rehabilitering och informanterna beskrev ovisshet inför framtiden. Två av informanterna uppgav att de var nöjda med vad som uppnåts och att de nått sitt mål helt, en hade nått det delvis.

".....ja till en viss del gjorde det ju det. Man fick ju det jobb som man väntat på i 7-8 år. Så jag fick ju det jobbet.....". (inf 1 sid 1).

"...jag vet inte hur jag skall säga.....men det blev ju inte alls vad jag trodde. För mig var det en besvikelse i stället....". (inf 5 sid 13)

"...eftersom jag vet nu.....följer det lik-som..... så mår jag bättre, men tar jag i med någotså vet jag att jag mår sämre....". (inf 8 sid 9).

Uppföljning

Sex av informanterna uppgav att det inte skett någon uppföljning och en informant att uppföljning skett med ett enstaka telefonsamtal. En informant angav att det under rehabiliteringen varit flera träffar men inte någon mer samling.

".....hade flera uppföljningsträffar..... det behövdes inte mer...." (inf.6 sid.7)

"... nej.. den där biten, att man fick höra att man skulle träffa den och den, det har ju

inte fungerat.. om det är till någon nytta vet jag inte..."(inf 4 sid 7).

Återgång i arbete

Vid rehabiliteringens början ansåg fem informanter att de inte skulle kunna återgå i arbete inom en överskådlig framtid. Tre av informanterna trodde sig kunna återgå i arbete på deltid.

".....jag förstod ju att 100% det var ju omöjligt, men jag ville ju.....50% det ville jag....i alla fall testa, det har jag varit inne på". (inf 3 sid 8).

".....så dålig.....tveksam till arbete överhuvudtaget". (inf 7 sid 6).

"... jag tänker vad ska jag kunna göra? Jag kan ju inte sitta på ett kontor en hel dag... det finns inte en möjlighet..." (inf 5 sid 12).

2. Patientens verklighet

Temat patientens verklighet kunde uppdelas i tre kategorier: vardagen, sjukdom och inre processer. Långvariga muskuloskeletala besvär är för många en livshändelse som medför stor inverkan på det dagliga livet och individens handlande beror i hög grad på hur samspelet med omgivningen utvecklas.

2:1 Vardagen

Kategorin vardagen bestod av två aspekter; yttre krav och ekonomi. Patientens vardag/verklighet utgjordes av familjesituationen, socialt nätverk, arbetsplats och rehabiliteringsaktörerna. Dessa yttre förutsättningarna hade betydelse för rehabiliteringsprocessen.

Yttre krav

Verkligheten/vardagen hade betydelse för rehabiliteringsprocessen enligt samtliga informanter. Fyra av informanterna upplevde speciellt arbetskamrater/arbetsgivare i samband

med arbetsprövning som oerhört kravfyllt. Informanterna beskrev outtalade krav från bland annat arbetskamrater och svårigheter i att inte veta hur mycket/lite som förväntades i arbetsprövningssituationen. Tre av informanterna upplevde outtalade krav från Försäkringskassan. En informant upplever inga yttre krav utan mer en yttre process som positiv för rehabiliteringsprocessens framskridande.

"... Skolan blev så beroende av mig så var jag hemma för att vila.. för 5 dagar i veckan är ju ganska mycket. Det var ju 4,5 timme men det var för mycket. Då blev dom liksom sura på en annan för att man var hemma. Men jag var ju bara praktikant. Ändå gjorde de sig beroende av mig...(Inf 1 sid 5)..

".....ja det kände jag....jag kände att det var nog mer Försäkringskassan som hade den biten.....att det var konstigt att man inte kunde jobba och så där. De som var mycket friskare än jag var ju sjuk-skrivna, men så ifrågasattes jag då.....". (inf 3 sid 4).

Ekonomi

Sju av informanterna uttrycker en oro över sin ekonomiska situation och ovisshet om sjukskrivningen skall förlängas.

".....oron kanske var mera typ så här tänk om de inte tycker att jag skall vara sjukskriven överhuvudtaget...? Hur skall jag klara det? Den tanken finns ju.....". (inf 3 sid 4).

".....nu har det blivit en ond cirkel. Pengarna räcker inte och då blir det social-bidrag. Jag kan inte gå till någon annan läkare heller för jag har inte pengar till det.....det är ett helvete....". (inf 2 sid 9).

".....men pengarna räcker inte och jag orkar inte....trädgården skall jag be någon hela tiden om hjälp och då är det jobbigt.

Jag skall flytta i augusti....fruktansvärt kämpigt att ta det beslutet. Jag har bott där i 25 år och byggt huset och allting och trivs bra på alla sätt, men....". (inf 5 sid 4).

2:2 Sjukdom

Ur materialet framkommer att såväl patient som rehabiliteringsaktörer till stor del agerar i rehabiliteringsprocessen efter den biomedicinska modellen. Kategorin sjukdom delades in i följande fyra aspekter; smärta/besvär, behandling, bedömning och att dosera livet.

Smärta/besvär

Samtliga patienter upplever att smärta och sjukdom upptar en stor del av vardagen. Sex av informanterna uttrycker att man fått lägga kraft på att "bevisa" sjukdom/besvär.

".....den läkaren där..... påstår att det inte fanns någon orsak till värken utan att det skulle sitta här (pekar på sitt huvud).....". (inf 6 sid 3).

"....tröttheten är det absolut värsta. Jag kan stå ut med värken.....det kan gå, men tröttheten den klarar jag inte av.... och det är inget att göra åt.....". (inf 5 sid 12).

".....han tittade i sina papper och säger som så.... proverna visade inget reumatiskt". Det är bara att gå och arbeta igen.....då grät jag när jag gick därifrån.....liksom därför har man väl fått det där också att man visar taggarna utåt ibland (skratt). Det enda han slog ner på var min övervikt.....". (inf 7 sid 3).

Behandling

Man kunde ur materialet tolka att informanterna till viss del var behandlingsresistenta.

Sju av informanterna beskrev att de genomgått "mängder med olika" medicinska behandlingar med marginell effekt eller

försämring. Två av informanterna beskrev alternativmedicinsk behandling med god effekt men att ekonomin hindrade fortsatt behandling. En informant upplevde positiva behandlingsresultat.

".....fortlöpande kontakt hela tiden....helt idealiskt.....man sågs också eftersom jag var och tränade 2-3 ggr/vecka". (inf 6 sid 4).

".....akupunkturen kanske gjorde så pass att jag orkade jobba någotsånär....jag orkade.....men jag var väldigt dålig efter varje gång så jag fick lov att ta det då jag inte hade något planerat för det var bara att gå hem och lägga sig....". (inf 7 sid 7).

Bedömning

Vissa informanter upplevde att sjukvården inte gjort tillräckligt för dem och sökte andra möjligheter för att få hjälp. Fem av informanterna önskade en bedömning av annan läkare (second opinion), men inte hörsamats av rehabiliteringspersonalen.

"jag frågade faktiskt min husläkare en gång då vi satt och pratade om jag kommer att gå till en annan läkare.....så att han skulle gå igenom mina problem...."det kan väl räcka med mig sa han".....och nu har det väl gjort det...". (inf 4 sid 7).

".....däremot så gick det ju bakvägen och kom fram till min läkare att jag hade sökt mig runt....och det känns ju.....Usch!! Det känns som om man hade med småbarn att göra ibland.....". (inf 5 sid 10).

Dosera livet

Sju av informanterna hade själva försökt hitta en balans i vardagen genom att dosera sin belastning och genom detta hålla besvären på en hanterbar nivå. Fyra av informanterna tog hjälp av sitt sociala nätverk för att klara detta, tre svarade att sjukgymnasten hade

hjälpit dem att dosera belastningen. En informant upplevde att rehabiliteringen påverkat vardagen negativt eftersom det tar tid att ta sig till de olika besöken/behandlingarna samt att försöka nå rehabiliteringsaktörer i telefon.

"... får parera smärtan hela tiden....jag får ju ont när jag tränar för mycket....jag måste tänka mig för mycket nogare.....hur jag går....jag testat hela tiden". (inf 1 sid 9).

2:3 Inre processer

Huvudkategorin inre processer bestod av fyra aspekter; önskemål, upplevda krav, påverkan på själen och tidsfaktor.

Önskemål

Ett av de övergripande målen för den multidisciplinära rehabiliteringen var att minska sjukskrivningarna. Informanterna önskade främst att få hjälp med sin smärta och sina besvär, inte att återgå i arbetet. Samtliga informanter uttryckte önskemål om att få hjälp med sin sjukdom/smärta.

".....det viktigaste var ju att hitta en balanserad situation så att.....som skulle kunna hålla i längden alltså". (inf 6 sid 3).

".....att inte ha så bråttom ut i arbetslivet. Det är lite för bråttom med det kan jag säga. Då blir det bara fel....." (inf 1 sid 6).

Upplevda krav

Sju av informanterna uttryckte att de yttre kraven gav en inre press som ledde till negativa inre reaktioner. En informant upplevde att de yttre kraven stod i proportion och ledde till en utveckling av individens inre resurser.

".....då säger jag till min man "jädrrar vad ont jag har idag". Då vet han att då

är det ont. Man tänker kanske så även då man träffar dom här.... (rehabiliteringsaktörerna)..... Säger jag att jag har svårt att sitta så är det svårt att sitta.....det är ingenting jag kör med.....". (inf 3 sid 6).
 ".....jag har träffat så många andra som bara går och lider. Dom nöjer sig med det svar dom får och sedan går dom bara och lider.....jag kommer aldrig att ge mig....." (inf 2 sid 8).

Påverkan på själen

Samtliga informanter beskrev sin egen personlighet som "starka personligheter" som exempel envis, rak, konstruktiv och så vidare. Sex informanter upplevde att rehabiliteringen hade påverkat dem negativt psykiskt.

".....då blir man lite så här....ja man blir ledsen och man tycker att det görs ingenting. Det gör ju att man vid vissa tillfällen blir deprimerad helt enkelt.....det sätter sig på psyket....." (inf 8 sid 2).
 "....när man känner att det tippas över gränsen.....när man inte hittar någon utväg liksom.....då finns det inte mycket kvar. Jag har använt nästan alla mina

reserver.....". (inf 2 sid 13).

Tidsfaktor

Sammanlagt i materialet framkommer att sex informanter har synpunkter på tidsaspekten. Tre av dem anser att multidisciplinär rehabilitering kommer i ett för sent skede i rehabiliteringen. Tre av dem upplever att när väl rehabiliteringen är påbörjad så går rehabiliteringsprocessen för fort.

".....jag har hållit på i 7 år....då är det svårt att hålla begreppen isär och exakta datum och månader och så där....ja gud vad jag har....väntat". (inf 2 sid 9).

".....det är ett besked.....det står högt i kurs. För det handlar ju om så mycket, den ekonomiska biten och sådana grejor. Det är jobbigt att hålla på och inget händer. Det mesta man får höra är bara att vänta. Vi hör av oss.....". (inf.4 sid 7).

Sjukskrivning

Vid rehabiliteringens start svarade informanterna på frågan om hur de bedömt möjlig återgång i arbete. Informanternas egen uppfattning om återgång i arbete och den faktiska sjukskrivningsgraden i oktober 2001 överensstämmer väl (tabell 2).

Tabell 2. Sjukskrivningens omfattning före och efter deltagande i multidisciplinär rehabilitering och informantens egen bedömning av möjlig återgång i arbete.

Informant	1	2	3	4	5	6	7	8
Sjuksskrivningsgrad före rehabilitering	Hel	Ej sjukskr.	Hel	Ej sjukskr.	Hel	Hel	Hel	Hel
Egen uppfattning om möjlig återgång i arbete efter rehabilitering	Bedöm. Ingen	Bedöm. Ingen	Bedöm. Halv	Bedöm. Ingen	Bedöm. Ingen	Bedöm. Halv	Bedöm. Ingen	Bedöm. Halv
	arb.åtg.	arb.åtg.	arb.åtg.	arb.åtg.	arb.åtg.	arb.åtg.	arb.åtg.	arb.åtg.
Sjukskrivningsgrad i oktober 2001	Hel	Hel	Halv	Hel	Hel	Halv	Hel	Hel
Överensstämmelse	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej

Diskussion

Studien visade att dessa informanter inte upplevde den multidisciplinära rehabiliteringen som effektiv och inte kände sig delaktiga i processen. Den metod som användes, multipla fallstudier, är en forskningsdesign där inriktning och fokus ligger mera på process än på resultat och på att upptäcka snarare än att bevisa. Genom att använda denna metod lyfts informanternas tankar, upplevelser, förväntningar, uppfattningar och önskningar fram (22). I materialet ingår sex kvinnor och två män. Att det är fler kvinnor än män överensstämmer med den kliniska verkligheten där tidigare studier har visat att i gruppen patienter med långvariga muskuloskeletal besvär är kvinnor överrepresenterade (6). Det lilla patientmaterialet gör att studien bör tolkas med försiktighet.

Efter de två första intervjuerna granskades det nedskrivna materialet av leg. psykolog med hänblick på intervjutekniken. Synpunkter och råd ledde till att de övriga sex intervjuerna kunde genomföras med en förbättrad kvalitet. Efter åtta intervjuer erhöles mättnad.

Genom att använda citat från informanterna sörjdes för god validitet. Trovärdigheten i studien stärktes genom att en leg. sjukgymnast och en leg. psykolog analyserade materialet parallellt och sedan sammanställde teman och kategorier gemensamt och förde en diskussion fram till att konsensus uppnåts. Triangulering med sjukskrivningsdata bidrog också till att höja trovärdigheten.

Resultaten av studien visade att informanterna inte haft inflytande och delaktighet i rehabiliteringsprocessen. Möjligheterna att vara aktivt delaktig i rehabiliteringen upplevdes som liten, deras roll var mer att vara "mottagare" av rehabilitering (23). Rehabiliteringsteamets struktur och hur man bemöter

en individ som skall rehabiliteras är av stor vikt. Samtliga team i studien har haft liknande konstellation i form av sammansättning av professioner. Teamen har haft en något olika tyngdpunkt i sin inriktning gällande utredning/rehabilitering. I vissa av teamen har man både utrett och rehabiliterat medan man i andra team har haft mer inriktning mot utredning och åtgärderna har genomförts av personal i primärvården. Detta kan ha påverkat resultatet framförallt i de rehabiliteringsteam där ordinerade åtgärder/behandlingar utfördes av någon annan än undersökaren. Det blir flera aktörer och det ställer höga krav på samordning.

Resultatet visade att informanterna var följsamma och anpassar sig i rehabiliteringsteamets olika utredning och behandlingsinsatser. Rehabiliteringsaktörerna avgjorde vilka åtgärder som var bäst utifrån sina respektive professioner och individerna accepterar och förlitar sig helt på aktörernas kompetens vilket kan leda till att individen förhåller sig passiv (23). Oavsett rehabiliteringsteamets inriktning bör en framgångsrik rehabiliteringsprocess inriktas på att utveckla individens empowerment. En del av att stärka individens empowerment i rehabiliteringsteamet kan vara att individen delges kunskap om sin smärta / besvär för att kunna ta större ansvar och vara mer delaktig i val av åtgärder utifrån sina egna behov och önskemål. Denna process förutsätter att rehabiliteringsaktörerna till större del intar en pedagogisk/kunskapsförmedlande roll och att individen tillåts vara medaktör och får stöd i att aktivt ta del i det rehabiliterande arbetet.

Resultatet visade också att flertalet informanter inte hade haft möjlighet att diskutera sin egen motivation eller målsättning med teamet, vilket kan tolkas som att information och kommunikation i den multidisciplinära

rehabiliteringen var mycket liten.

I det kliniska arbetet är det betydelsefullt att rehabiliteringsteamet möter individen på hennes/hans egen nivå. Att med en enkel ansats bemöda sig att fånga patientens motivation, copingstrategier, self-efficacy, egna önskemål, behov och målsättning. Situationen som patienten befinner sig i kanske inte alltid är hanterbar och begriplig (15,18). En individs motivation kan i första hand vara att "bli av med sin smärta/besvär" och han/hon kan finna sig i en period där motivationen till arbetsåtgång är mycket liten. Eller tvärtom, individen kan vara motiverad till återgång i lönearbete men är inte motiverad att delta i de rehabiliterande åtgärder som föreslås. Om individen inte upplever de rehabiliteringsåtgärder och de mål som rehabiliteringsaktörerna föreslår som relevanta så minskar individens motivation att aktivt medverka. Förutsättningen för att föreslagna åtgärder och mål skall påverka individens medverkan är att individen själv upplever insatser och mål adekvata och fortsätter att göra detta allt eftersom rehabiliteringen fortskrider (14,16). Studier har visat att individens prestation förbättras om individen själv formulerar sina mål och om individen har hög self-efficacy. Således är det av största vikt att individen får stöd i att skapa sig en realistisk uppfattning om sin förmåga och av sina möjligheter till att aktivt delta i rehabiliteringsarbetet. Om individen inte uppfattar att det finns möjlighet att påverka och delta utifrån sin förmåga och med egen handlingskraft kan det ha en hämmande inverkan på prestationen (15,16,17).

Resultatet visade att de mål som var mest angelägna att få hjälp med var smärta och besvär. Flera av informanterna upplevde inte att man genom multidisciplinär rehabilitering uppnådde något resultat utan smärtan/besvåren kvarstod efter genomgången reha-

bilitering. Några av informanterna hade uppnått sina personligt uppsatta mål. För vissa informanter stämde inte teamets mål och deras egna mål överens. Detta bör beaktas så att rehabiliteringsteamet tidigt möter individen på hans/hennes nivå och hör samman individens önskemål så långt kan ske.

Långvariga muskuloskeletala besvär kan medföra förändringar i livet med i vissa fall stor inverkan i individens vardag. Förutom smärta, och kanske en besvärlig omställning till nya förutsättningar, kan det också bli aktuellt med konkreta förändringar som t ex byte av arbete, bostad, eller en försämrad ekonomi o s v. I forskningen har man kunnat visa att anpassningskrävande levnads händelser kan leda till en ökad känslighet för sjukdom. Hur man som individ hanterar yttre påfrestningar avgörs till stor del av de tidigare erfarenheter individen har, men omgivningen anses ha en viktig roll (20). För att hantera yttre krav kan individen använda sig av s k problemfokuserad coping där man försöker att eliminera eller reducera den belastande faktorn. Det innebär att man förnuftsmässigt analyserar vad som är problemet och sedan åtgärdar det på egen hand eller med hjälp av andra. När individen har svårt att se möjligheten att bli av med eller reducera det egentliga problemet (bli av med smärta/besvär) kan följden bli att man försöker hantera de känslor som påfrestningarna orsakar, s k känslufokuserad coping. I studien kan man se tendenser till att flera av informanterna använder sig mer av känslufokuserad coping, eftersom man hamnade i ett läge där man inte kunde påverka de yttre krav och belastande faktorer som påverkade dem (13,20).

En del av dessa belastande faktorer var informanternas ekonomi som flertalet informanter berörde och upplevde som en stressfaktor. Ur informanternas synvinkel

blev försörjningen ett behov som skulle tillgodoses. I den rehabiliterande processen kan regelverket (praxis) leda till att den enskilde individen i stor utsträckning upplever att man måste anstränga sig och bevisa sjukdom för att få läkarintyg som ytterligare en tid tryggar den ekonomiska situationen. Mer än hälften av informanterna uttryckte att man fått lägga tid och kraft på att bevisa sjukdom. Detta i sin tur leder till att man fokuserar mer på sjukdom än på hälsa (24,25). Här har framförallt Försäkringskassans aktörer en central roll gentemot individen eftersom de skall arbeta både stödjande och behovsorienterat i de enskilda fallen men också har en tillsyn och kontrollerande roll för sjukförsäkringen. Redan i samband med sjukanmälan gör individen en egen bedömning när det gäller återgång i tidigare arbete. Denna bedömning har visat sig vara en stark prediktor för sjukskrivningens varaktighet (16,26).

Vilken hälsosyn rehabiliteringsaktörerna har är av stor betydelse i rehabiliteringen liksom individens egen syn på hälsa och ohälsa. Olika synsätt leder till att inriktningen på rehabiliteringen kan ta sig olika former. Man kan utläsa ur materialet att fokus på problemets lösningar till största delen sökts inom sjukvårdens ram, med ett biomedicinskt synsätt på hälsa och sjukdom. Med ett enbart biologiskt synsätt så inriktas rehabiliteringen framförallt på medicinska insatser och individen underordnar sig oftast den medicinska kunskapen och intar en passiv och följsam roll. I detta, traditionella medicinska, synsätt innefattas att om smärtan/besvären behandlas med framgång så har individen återfått hälsa. I vår kultur är det oftast också liktydligt med återgång till lönearbete (18, 23).

Det var stora variationer i vad informanterna fått för tidigare behandling innan

rehabilitering i multidisciplinärt team. Behandlingsalternativen var allt från sporadisk sjukgymnastik och enstaka psykologsamtal till mera kontinuerliga behandlingsperioder. Flertalet informanter beskriver att man haft mycket liten effekt av genomförda behandling eller i vissa fall fått en försämring. Endast en informant beskriver positiva behandlingsresultat. I studien framkom inte att den sjukgymnastiska behandlingen riktats i någon omfattning till kroppsmedvetande träning, vilket i kliniska sammanhang har visat sig vara effektivt vid långvariga muskuloskeletala besvär (29).

När det gäller den sjukgymnastiska delen så har antalet randomiserade kontrollerade studier för evidensbaserad sjukgymnastik ökat (4). Frågeställningar gällande vilken form av sjukgymnastisk behandling individen genomgått kunde ha fördjupats så att informationen givit en mer nyanserad bild angående vilka behandlingar som varit aktuella. I behandlingsdelen är det inte bara sjukgymnastiska delen som ingår, utan patienterna beskriver även medikamentell behandling till stor del som verkningslös. Informanterna uttryckte synpunkter på att man blev ordinerad behandling och att man inte fick feedback eller utrymme att diskutera behandlingsresultaten.

Tidsaspekten berördes av informanterna, några informanter upplevde att de haft sina besvär under en längre period och att den multidisciplinära rehabiliteringen borde aktualiserats i ett tidigare skede. Flera av informanterna uppgav att den multidisciplinära rehabiliteringen inte gavs tillräcklig tid utan att den genomfördes alldeles för skyndsamt. Informanterna upplevde sig inte få tid för eftertanke och reflexion. Under rehabiliteringsprocessen gång bör målen anpassas till den enskilda individens önskemål, specifika förutsättningar och behov. Ekberg

beskriver att med individen som aktiv deltagare i arbetslivsinriktad rehabilitering blir processen mer en förändringsprocess. Genom en rehabiliteringsprocess som grundas på kommunikation och feedback möjliggörs att målen kan förändras under rehabiliteringens gång utifrån den som är berörd. En förändringsprocess tar tid och ställer andra krav på rehabiliteringsaktörerna (30). Resultatet i den nu genomförda fallstudien stärker och tydliggör behovet av att även inom den medicinska rehabiliteringen utveckla teamrehabiliteringen till en arbetsmodell med betydligt större patientinflytande. När det gäller medicinsk multidisciplinär rehabilitering behöver rehabiliteringsaktörerna, utöver de yrkesspecifika kompetenserna, kunskap i områden som pedagogisk vägledning och beteendeförändring.

I SBU-rapport 2000 pekar man på god evidens för multidisciplinär rehabilitering av individer med långvariga muskuloskeletala besvär (4). I denna studie framkommer att individen upplever rehabiliteringsaktörerna som kompetenta i sina professioner men merparten av deltagarna upplever inte multidisciplinär rehabilitering som effektiv. Informanterna kände sig ej delaktiga i rehabiliteringsprocessen och möjligheterna för individen att påverka rehabiliteringsprocessen var små.

Informanterna upplevde outtalade krav från omgivningen vilket understryker vikten av god kommunikation. Det framkom också att det i vissa fall fanns osäkerhet i arbetsprovande situationer vilket talar för vikten av information till arbetsledare och ett samarbete med arbetsgivaren på ett tidigt stadium för att underlätta återgången i arbete (16).

Patienter med besvär från rörelse- och stödjeorganen är en grupp där antalet sjukfall har fördubblats sedan 1995 vilket leder till avsevärda konsekvenser för såväl den

enskilda individen som samhället i stort. Kostnaden i Kalmar län för endast sjukpenning var för denna patientgrupp 202 miljoner kronor under 1995. Under 2001 hade kostnaden stigit till 450 miljoner kronor, vilket innebär en fördubbling sedan 1995 (31). Det är därför mycket viktigt att resurserna används på ett optimalt sätt för bästa möjliga effektiva multidisciplinära rehabilitering och att man fortsätter att utveckla den aktuella rehabiliteringsformen. Att alltefter lokala förutsättningar se vilken struktur rehabiliteringsteamet skall ha och hur rehabiliteringen ska genomföras på bästa sätt med individen som aktiv medaktör.

Rehabiliteringsprocessen bör ses som en förändringsprocess där rehabiliteringsaktörerna, med sina kunskaper, till större del har en stödjande och vägledande funktion och i detta utvecklar/förstärker sin pedagogiska roll. Var och ens profession i teamet är oerhört viktigt men man behöver tillföra andra former av kompetens till teamet (30). Rehabiliteringsaktörerna bör ges möjlighet att utveckla och/eller fördjupa sina kunskaper i motivations-, förändringsarbete, pedagogisk vägledning och empowerment. Att möta individen där denne befinner sig och vägleda patienten i att ta vara på sina egna resurser ställer annorlunda krav på kompetens.

Utifrån denna studies resultat kan vissa slutsatser och rekommendationer ges.

- Flertalet informanter upplevde inte att den multidisciplinära rehabiliteringen varit effektiv utan problemen kvarstod efter genomgången rehabilitering.
- Teamet inbjöd ej patienten som medaktör i rehabiliteringsprocessen och det skapades inte förutsättningar för delaktighet.
- Teamets struktur och motiv var otydlig.

Det formella målet att individen skulle återgå i lönearbete. Individens motiv att delta var i första hand att bli "smärtfri" och det skedde ingen målformulering i samråd mellan individen och teamet.

- Samtliga individer hade bestämda uppfattningar om möjlig arbetsåtergång.
- För att en multidisciplinär rehabilitering ska bli framgångsrik bör individen vara delaktig i rehabiliteringsprocessen. Rehabiliteringen måste ges tid och planeras så att det finns utrymme för feedback, reflexion och kommunikation.
- Multidisciplinär teamrehabilitering bör ske enligt en arbetsmodell där rehabiliteringsaktörernas roller till större del innefattar att stödja och samordna åtgärderna utifrån de berörda individernas förmåga, behov och önskemål under rehabiliteringens gång.
- För att få en effektiv multidisciplinär rehabilitering fordras utbildning av rehabiliteringsteam med inriktning att utveckla kompetensen av förändrings- och optimalt interdisciplinärt samarbete,
- Det är nödvändigt att tidigt i rehabiliteringen ta tillvara individens egen bedömning om möjlig återgång till arbete för att kunna fänga individer som uttrycker tveksamhet, och kunna stödja dessa patienter.

Tack

Stort tack till de patienter som ställt upp och medverkat i intervjuerna. Ett varmt tack till leg. psykolog Veikko Aura för engagemang och god hjälp med analysen i studien.

Referenslista

1. Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU. Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskapssammanställning, 2000. vol II; 68-76, 302-303.
2. Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU-rapport 1991, Ont i ryggen orsak, diagnostik och behandling ; 6, 145.
3. Socialstyrelsen, Stockholm. Vad kostar sjukdomarna 1996. Sjukvårdskostnader och produktionsbortfall fördelat på sjukdomsgrupper.
4. Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU. Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskapssammanställning, SBU. 2000. vol I; 25.
5. Grahm B, Stigmar K, Ekdahl C. Motivation for change in patients with prolonged muskuloskeletal disorders. A qualitative two-year follow-up study. *Physiotherapy reserach international*, 1999; 4: 170-189.
6. Grahm B, Ekdahl C, Borgquist L. Effects of a multidisciplinary rehabilitation programme on health-related quality of life in patients with prolonged musculoskeletal disorders: a 6-month follow-up of a prospective controlled study. *Disability and Rehabilitation*, 1998; 20: 285-297.
7. SOU-1993:10 Rehabilitering inom hälso- och sjukvården för alla åldrar och diagnoser. Socialstyrelsen Stockholm.
8. Nocon A, Baldwin S. Trends in rehabilitation policy. London: Kings Fund 1998. London WIM 0AN ISBN 1-85717-18299.
9. Sivik T, Theorell T. Psykosomatisk medicin (Psychosomatic medicine). Lund, Studentlitteratur, 1995;296-312.
10. ICIDH Geneve: WHO 1980.
11. ICF Geneve: WHO 2001
12. Hildebrandt J, Pflingsten M, Saur P, Jensen J. Prediction of success from a

- multidisciplinary treatment programme for chronic low back pain. Spine, 1997; 22:990-1001.
13. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer publishing company, 1984.
 14. Ekberg K, Arbetsinriktad rehabilitering-synsätt och utvecklingsbehov. Socialmedicinsk Tidskrift nr. 5 ; 2000.
 15. Berglund H, Gerner U, Motivation och återgång i arbete bland långtidssjukskrivna . Socialmedicinsk Tidskrift 1999; 76:e årg. nr. 5:409-420.
 16. Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering. Avhandling. Avdelningen för Epidemiologi Institutionen för Folkhälsovetenskap och Klinisk medicin, Umeå universitet, Umeå,2001.
 17. Lomi, Constantina: Evaluation of a Swedish version of the Arthritis Self-efficacy scale. Lund Dept. of physical Therapy, Lund universi 1995.
 18. Antonovsky A, Hälsans mysterium, Natur och kultur ,Lund,1994.
 19. Grahn B, Ekdahl C, Borgqvist L. Decreased quality of life and increased work environment problems in patients with musculoskeletal disorders. Muskuloskeletal Management 1996; 2: 15-24.
 20. Herting A, Stressens olika ansikten, Folkhälsoinstitutet 1999:1.
 21. Projektrapporter, beredningsenheten Kalmar läns landsting Wargelius 1996, Björk 1999, Zetterberg 1998.
 22. Merriam SB. Case study research in education. San Francisco: Jossey Bass Inc. Publishers, 1988.
 23. Medin J, Alexandersson K. Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande- en litteraturstudie. Linköping, Institutionen för Hälsa och Miljö, avd. för Socialmedicin och Folkhälsovetenskap, Rapport 2000.
 24. Svenning M, Rehabilitering. Idé och verklighet.Lund,Studentlitteratur,1998.
 25. Hane M, Processer som slår ut respektive integrerar oss i arbetslivet. Samtal med 17 personer med erfarenhet. Abonnemangsrapport 73,1999.
 26. Grahn B, Individens egen uppfattning om möjlig återgång i arbete vid ryggproblem, Rapport FoU Kronoberg och FoU-centrum landstinget Kronoberg. 2003:1
 27. Landstingsförbundet. Ny hälso- och sjukvårdslag för utveckling av hälso- och sjukvården. Solna: Utvecklingsproduktion AB, 1982.
 28. Regeringens proposition 1998/99:4. Stärkt patientinflytande. Proparkiv. Sveriges riksdags databas Rixlex.
 29. Roxendal G. Ett helhetsperspektiv - sjukgymnastik inför framtiden (A comprehensive perspective - physiotherapy at the prospect of the future). Lund,Studentlitteratur,1987.
 30. SOU 2000:78 Ekberg K, Arbetslivsinriktad rehabilitering - synsätt och forskningsbehov.
 31. Ohälsostatistik i Kalmar län under 1995-2001. Försäkringskassan i Kalmar län,2001.