SAMORDNINGSFÖRBUNDET
UPPSALA LÄN

2012-08

ANKOM
2012 -08- 2 1
2009:71

Slutrapport – Vitalis 2

Ett rehabiliterings- och samverkansprojekt i Uppsala län 2011-2012 avsett för att främja arbetsåtergång och ökad livskvalitet hos individer med psykisk ohälsa/smärta och som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen

Per Lytsy, Ingrid Anderzén

Styrgrupp

Johan Åberg	Samordningsförbundet Uppsala län
Kjell Haglund (ordförande)	Landstinget Uppsala län
Tomas Hedberg	Arbetsförmedlingen Uppsala län
Christina Anbäcken-Rudfeldt	Försäkringskassan Uppsala län
Ove Ellenius	Uppsala Kommun
Per Lytsy	Uppsala universitet/Akademiska sjukhuset
Ingrid Anderzén	Uppsala universitet/Akademiska sjukhuset

Projektledare

Ingrid Anderzén	Uppsala universitet/Akademiska sjukhuset

Projektgrupp Vitalis 2

Ingrid Anderzén	projektledare
Åsa Andersén	sjuksköterska/projektassistent
Kerstin Bravo	projektansvarig socionom Uppsala kommun
Viviann Ericson Jardemyr	sekreterare
Anna Finnes	psykolog
Lill Haglund	projektansvarig Försäkringskassan
Mervi Karman	projektansvarig Arbetsförmedlingen
Carina Lundeén	psykolog
Kerstin Lundh	sjuksköterska
Per Lytsy	läkare
Anna Löfgren	psykolog
Olof Molander	psykolog
Anna Olsson	läkare
Eva Toreberg	sjukgymnast
Robert Wålinder	läkare
Annika Åbrink	arbetsterapeut

SAMORDNINGSFÖRBUNDET
UPPSALA LÄN

Innehållsförteckning

Slutrapport – Vitalis 2 1
Sammanfattning 4
Målgrupp: 4
Mål: 5
Resultat: 5
Budget: 5
Framgångsfaktorer/Lärdomar: 6
Beskrivning av projektet 8
Deltagarna 8
Beskrivning av målgruppen 8
Arbetssätt, aktiviteter och metoder 10
Projektets mål/resultat och effekter för deltagarna 14
Personal 14
Personal, arbetsfördelning och samverkan 18
Resultat och effekter för personalen 18
Organisationerna 18
Beskrivning av projektorganisationen 18
Samverkan och samordning mellan aktörer 18
Resultat och effekter för organisationerna 19
Samverkan 19
Projektets budget 20
Avvikelser 21
Förutsättningarna för implementering 21
Styrgruppens samlade beslut, bedömningar, avsikter och värderingar utifrån rapporten 22
Fallbeskrivningar 23
Fallbeskrivning: Ann-Marie 23
Fallbeskrivning: Peter 25
Fallbeskrivning: Linda 27
Fallbeskrivning Inga 30
Exempel på diagnoser enligt sjukintyg 32

Sammanfattning

Vitalis 2 är ett interventions-, samverkans- och forskningsprojekt som vänt sig till personer i Uppsala län som under perioden 2011-06-30 – 2011-12-31 utförsäkrats från sjukförsäkringen. Projektet är upplagt som en randomiserad forskningsstudie där de deltagare som samtyckt till medverkan slumpats till en behandlingsintervention eller sedvanlig handläggning. De deltagare som ingått i interventionsarmen har efter bedömning av läkare och psykolog erbjudits en individuellt anpassad multimodal rehabilitering som vid behov omfattat åtgärder och behandling av läkare, psykolog, arbetsterapeut, sjukgymnast och/eller socionom. Tonvikt i behandlingsarbetet har legat på psykoterapiformen ACT, Acceptance and Commitment Therapy, en evidensbaserad kognitivt-beteendeinriktad terapi som syftar till att öka psykiskt välbefinnande och psykisk flexibilitet. Behandlingen har vid behov kunna pågå/kommer att kunna pågå i upp till ett år.
Projektet är ett samverkansprojekt där interventionen inkluderat nära samarbete med andra rehabiliteringsaktörer såsom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Representanter för dessa organisationer har arbetat heltid inom projektet och regelbundet deltagit i möten och utbytt information av relevans för det övergripande samarbetet i projektet så väl som information för att främja individuella deltagares möjlighet till arbetsåtergång. Projektgruppens behandlare har på individuell basis haft regelbunden kontakt med Arbetsförmedlingens handläggare.

Det huvudsakliga syftet med Vitalisprojektet är att öka deltagarnas möjligheter att komma tillbaka till arbete samt att långsiktigt förebygga återfall i sjukskrivning. De långsiktiga målen kommer att utvärderas vetenskapligt vid Uppsala Universitet, bland annat med hjälp av erhållna medel från Rehsam.

Vitalis 2 har samfinansierats av Samordningsförbundet i Uppsala län och Uppsala läns landsting. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har bidragit med varsin heltidsanställning i projektet.

Målgrupp:

Målgruppen är personer som varit sjukskrivna eller uppburit sjukersättning under lång tid och som på grund av de nya sjukskrivningsreglerna uppnått maxtid inom sjukförsäkringen och därför utförsäkras. Målgruppen har valts ut på basis av att deras sjukskrivningsproblematik i huvudsak utgörs av psykisk ohälsa och/eller smärta. Personer med allvarlig psykisk ohälsa har exkluderats, liksom personer i pågående fungerande arbetsrehabilitering. Målgruppen är heterogen och den medicinska problematiken har som regel varit mer omfattande än vad som framgått av de sjukintyg som legat till grund för Försäkringskassans bedömning vid sjukskrivning. De flesta deltagare har, förutom sina medicinska problem, också haft andra icke-medicinska omständigheter som bidragit/underhållit psykisk ohälsa och som förhindrat arbetsåtergång.

Totalt sett identifierades 384 möjliga deltagare av Försäkringskassan under den aktuella perioden; 273 av dessa kontaktades med förfrågan om deltagande och 121 tackade ja vilket utgör 44 % av de tillfrågade. Av dessa lottades 80 personer till behandlingsgruppen och 41 till kontrollgruppen. Inklusionen skedde löpande allt eftersom individer utförsäkrades.

Genomsnittsålder för målgruppen var 50,5 år (standardavvikelse 8 år) och åldersspannet låg mellan 27-64 år. Åttio procent (80 %) av behandlingsgruppen utgjordes av kvinnor.

Om kring hälften av de utförsäkrades i behandlingsgruppen gjorde det från en 100 % ersättning från det som tidigare kallades tidsbegränsad sjuk- och aktivitetsersättning. Cirka 10 % av gruppen utförsäkrades från långvarigt sjukskrivningsärende. De flesta deltagarna kommer från centralorterna Uppsala och Enköping, men deltagare finns representerade från länets samtliga kommuner.

Mål:

Det övergripande målet med projektet har varit att öka möjligheterna för deltagarna i interventionsgruppen att återkomma i arbete eller studier. Vidare är målet att de som erhållit interventionen skall ha en mindre risk att återfalla i sjukskrivning. Mål för arbetsåtergång och förebyggande av sjukskrivningar är långsiktiga och kommer att utvärderas på ett och två års sikt.

Konkreta mål har varit att deltagarna skall sätta upp självständiga mål och en egen handlingsplan och att de skall kunna delta i Arbetsförmedlingens introduktionsprogram.

Resultat:

Projektet har genomförts utifrån vad som anförts i projektplanen. Rutiner för urval, inklusion, randomisering, löpande behandlingsarbete och samverkan mellan organisationer har överlag fungerat bra och som planerat. Bortfallet, det vill säga de deltagare som exkluderats eller hoppat av, har varit i förväntad storleksordning (10 stycken i behandlingsgruppen, 2 i kontrollgruppen). Individuell samverkan med Arbetsförmedlingen i förekommande fall arbetsgivare har skett för deltagarna. Inom behandlingsarmen finns flera exempel på deltagare som förflyttat sig från att stå mycket långt från arbetsmarknaden till att våga pröva att arbetsträna eller att försöka återgå till sin anställning.

Budget:

Vitalis 2 har haft en budget på drygt 4 milj kr. Landstingets kostnader för projektet har varit högre än budgeterat. Orsaken till det är främst att Landstinget har haft anställd personal i projektet under kv 1 2012, eftersom individerna som deltog i projektet inte var färdigbehandlade. Detta hade inte

budgeterats. Medel har omfördelats till Landstinget från Arbetsförmedlingen, Uppsala kommun och Försäkringskassan då de inte förbrukat hela sin tilldelade budget. Samordningsförbundets kostnader för Vitalis 2 slutar på 3,2 milj kr. Eftersom projektet har ersatts med 0,8 milj kr från rehabgarantin har kostnaden för Samordningsförbundet minskat med samma belopp, enligt projektplan.

Framgångsfaktorer/Lärdomar:

Vitalis 2 är en förlängning av Vitalis 1, och tillsammans är erfarenheten från dessa två projekt att arbetsformen med multidisciplinärt omhändertagande, fokus på psykologisk behandling/ terapi och nära samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan utgör tre viktiga faktorer i arbetsrehabilitering för personer med i genomsnitt mycket lång arbetsfrånvaro och komplex problembild. Vi framhåller att dessa tre utgångspunkter är viktiga framgångsfaktorer:

Multidisciplinär kompetens
Den multidisciplinära kompetensen i teamet möjliggör att deltagarnas medicinska tillstånd kan bedömas/behandlas samtidigt som andra specialiteteter/behandlingar kan kopplas in. Teamarbetet innebär en flexibilitet där deltagarnas behov av rehabiliteringsinsatser kan anpassas till deltagarnas önskemål. Denna ansats och flexibilitet anses vara av stort värde för att utforma individuellt stöd och rehabilitering. Den multidisciplinära kompetensen är också nödvändig i arbetet vid arbetsrehabilitering, som är ett bredare begrepp än enbart medicinsk rehabilitering. Eftersom deltagarna följs över tid har teamet möjlighet att omvärdera och anpassa rehabiliteringsstrategin om behov uppstår.

Psykoterapi med ACT
Psykoterapiformen ACT är en relativt ny men evidensbaserad behandlingsmetod som fokuserar på funktion och livskvalitet snarare än symtomreduktion. Detta bedöms vara en ändamålsenlig utgångspunkt för målgruppen som ofta har kroniska och komplexa besvär och där den långvariga arbetsfrånvaron ofta i sig medfört beteenden och förhållningssätt som bidrar till/upprätthåller ohälsa. Projektet har eftersträvat att all personal, i synnerhet behandlande personal, arbetat utifrån "ACT-perspektivet" i sin kontakt med deltagarna.

Samverkan
Denna typ av projekt förutsätter nära samverkan mellan flera organisationer som deltagarna kommer i kontakt med, i huvudsak Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Samverkan behövs för att skapa strukturer, engagemang och stöd inom organisationerna på övergripande nivå såväl som att utforma rutiner för att stödja projektets deltagare på individuell nivå. Samverkan har regelbundet skett mellan behandlarna i projektet och Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och vid ett par tillfällen har gemensamma

utbildningsdagar/träffar genomförts för att öka samsyn och förståelse för respektive organisations uppdrag och arbetssätt.
Erfarenheten är att samverkansorganisationerna har delvis olika kulturer, attityder. På individuell nivå präglas samverkan i stor utsträckning av upparbetat förtroende och förståelse i kontakten med enskilda medarbetare/handläggare.
Styrkorna och vinsterna med den samverkan och samordning som funnits i projektet är att fler aktörer har involverats i den process som återgång till arbete innebär i syfte att öka individernas möjligheter och förutsättningar att komma vidare ut i arbete och bli självförsörjande. Samverkansarbetet har möjliggjort att helhetssynen och förståelsen för målgruppen och dess problematik har ökat hos alla medverkande parter.

Beskrivning av projektet

Deltagarna

Beskrivning av målgruppen

Målgruppen för projektet är kvinnor och män som bor Uppsala län och som under perioden juni 2011-06-30 – 2011-12-31 uppnått maxtid i sjukförsäkringen och därmed utförsäkrats. Urvalet av målgruppen har skett på Försäkringskassan och skett på basis att projektdeltagarnas sjukskrivningsproblematik i huvudsak utgjorts av psykisk ohälsa och/eller smärta (diagnoskoder enligt ICD 10: F32, F33, F 41, F43, R52, M79.7). Ytterligare inklusionskriterier var ålder 20-64 år och minst 25 % arbetsoförmåga. Både deltagare med arbetsgivare respektive arbetslösa har inkluderats. Personer med allvarlig psykisk ohälsa (framför allt psykossjukdom, bipolär sjukdom typ 1 och hög suicidrisk) har exkluderats. Deltagare som vid urvalet hade pågående och fungerande psykoterapi eller pågående deltagande i annan rehabiliterings- eller samverkansprojekt exkluderades.

Totalt sett identifierades via Försäkringskassan 384 personer som förväntades utförsäkras under den aktuella tidsperioden och som grovt uppfyllde inklusionkriterierna vad gäller sjukskrivningsdiagnoser. Urvalet förfinandes genom att läkare och annan sjukvårdsutbildad personal från projektet granskade sjukintyg och tillhörande handlingar. Det förfinade urvalet resulterade i att 111 personer exkluderades, främst på grund av att de hade felaktiga diagnoser och/eller allvarlig psykiatrisk sjukdom, men även på grund av friskskrivning, flytt från länet, påbörjat arbete, ej behärskade svenska språket, hade pågående missbruk, utvecklingsstörning eller bedömdes ha en hög aktuell suicidrisk.

Av de sammanlagt 273 personer som kontaktades för förfrågan om medverkan i projektet tackade 121 ja, vilket utgör 44 %. Hälften av de som tackade nej gjorde detta skriftligen, hälften svarande inte alls.

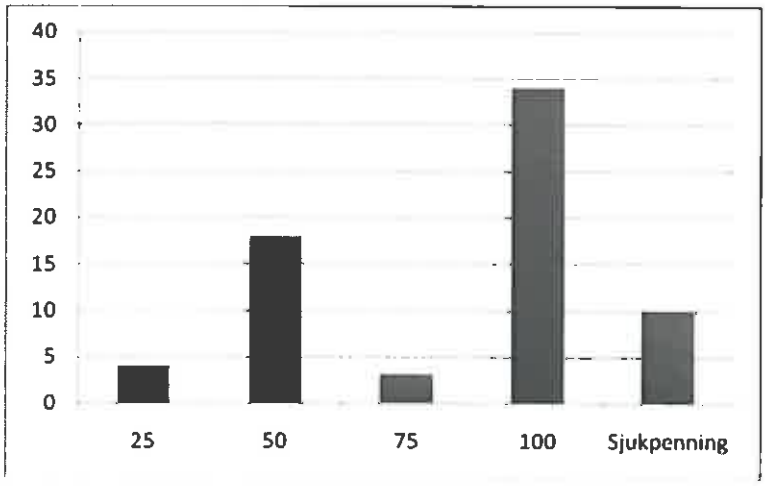
De som efter samtycke inkluderats i projektet randomiserades till att antingen hamna i interventionsgruppen eller kontrollgruppen. Initialt randomiserades deltagarna i förhållande 1:1, men då andelen intresserade deltagare totalt sett visade sig vara lägre än vad som antagits slopades randomiseringen efter cirka halva inklusionstiden och samtliga personer som gav samtycke inkluderades därefter i interventionsarmen. Denna förändring genomfördes efter beslut i styrgruppen.

Totalt sett inkluderades 80 personer i behandlingsgruppen och 41 personer i kontrollgruppen. Två personer i kontrollgruppen och 10 personer i interventionsgruppen har lämnat projektet alternativt exkluderats under projekttiden enligt orsaker som redovisas i tabell 1 nedan.

Tabell 1. *Orsaker till bortfall av deltagare under projekttid, per juni 2012*

Bortfall under projekttiden		
Orsak	**Interventionsgrupp**	**Kontrollgrupp**
På egen begäran (skäl ej angivet)	5	2
Språkproblem	1	
Avböjt pga. försök med arbete/arbetsträning	2	
Exkluderad pga. allvarlig psykisk sjukdom	1	
Exkluderade pga. allvarlig somatisk sjukdom	1	
Totalt:	**10**	**2**

Behandlingsgruppen i Vitalis 2 bestod av 80 personer, varav 16 män (20 %). Åldersfördelningen stäckte sig från 27-64 år med en genomsnittsålder på 50,5 år (standardavvikelse 8 år).
De allra flesta i behandlingsgruppen som utförsäkrades gjorde det från en 100 % ersättning från det som tidigare kallades tidsbegränsad sjuk- och aktivitetsersättning. Cirka 10 % av gruppen utförsäkrades från långvarigt sjukskrivningsärende.

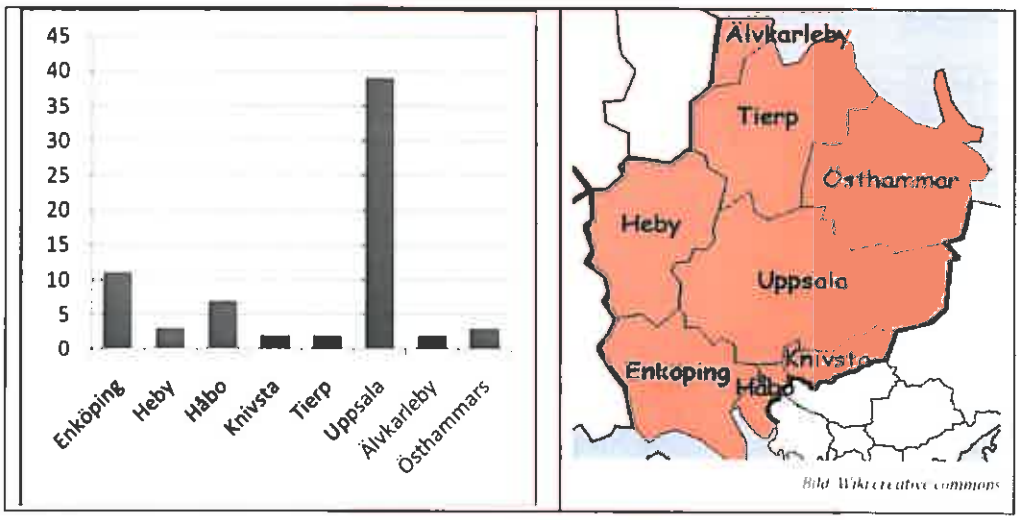


Figur 1. *Interventionsgruppens grad av sjukfrånvaro vid utförsäkring (sjuk- och aktivitetsersättning alternativt sjukpenning), antal.*

Målgruppen valdes ut på basis av breda aspekter av psykisk ohälsa och/eller smärta. Urvalsmetoden har resulterat i en målgrupp med heterogen medicinsk problematik. Som regel har deltagarna efter bedömning konstaterats ha en mer omfattande sjuklighet än vad som framgått av de diagnoser som stått på

sjukintygen. Exempel på sjukskrivningsdiagnoser för målgruppen finns i bilaga i slutet.

De allra flesta deltagarna kommer från Uppsala läns centralorter, Uppsala och Enköping, men deltagare från alla Uppsala läns kommuner finns representerade, se figur.



Figur 2. *Deltagare i behandlingsgruppen fördelat på kommunnivå (n=69)*

Arbetssätt, aktiviteter och metoder

Projektet har dels utgjorts av en individuell bedömning och interventionsdel som genomförts inom ramen för hälso- och sjukvården, dels har projektet utgjort ett samverkansprojekt mellan de ingående organisationerna med syfte att skapa arbetsmetoder och gemensamt synsätt som tar hänsyn till de olika organisationernas uppdrag men samtidigt optimerar möjligheterna att stödja individernas arbetsåtergång.

Deltagarna har påbörjat projektet inom en period på fyra månader innan de utförsäkrats. Under denna period har deltagarna i interventionsgruppen kallats för bedömning och behandling. Syftet har varit att påbörja en förändringsprocess som optimerar deltagarnas möjligheter att tillgodogöra sig Arbetsförmedlingens introduktionsprogram redan innan detta påbörjas.

Varje deltagare har träffat en läkare och en psykolog individuellt för en 1,5-2 timmars samtal/bedömning som förutom sedvanlig sjukhistoria och medicinsk

och psykologisk bedömning även har fokuserat på hur individen ser på sin situation och var han eller hon befinner sig i förhållande till arbetsåtergång. Varje deltagares psykiska hälsa har förutom klinisk bedömning kompletterats med självskattningsinstrument (MADRS-S) för gradering av depressiva symtom, hälsobedömningen (EQ-5D) för gradering av funktionsnedsättning samt besvär och självskattad hälsa samt med en strukturerad diagnostisk intervju för psykiatrisk sjuklighet (MINI).

Därefter har varje deltagare diskuterats på en behandlingskonferens där läkare, psykolog, arbetsterapeut, sjukgymnast och socionom deltagit. Läkaren och psykologen har redogjort för deltagarens situation och önskemål och därefter har "teamet" tillsammans lagt upp en strategi för vidare utredning och behandling. Denna har sedan återkopplats till deltagaren av en kontaktperson från teamet. Centrala frågor vid teambedömningen har varit hur patientens symtom påverkar dennes funktion och arbetsförmåga; hur de befintliga problemen vidmakthålls; styrkor och utvecklingsområden samt huruvida teamet bedömer om arbete/utbildning är möjligt.

Både behandlingsgrupp och kontrollgrupp har även följts med enkäter där den första distribuerades vid projekttidens början och de andra två efter sju respektive tolv månader. Enkäterna omfattar frågor från om sociodemografi, självskattad hälsa, allmän hälsa (SF-12) psykisk hälsa (GHQ-12, HAD), frågor om livsstil och smärta (Lintons smärtindex). Merparten av enkätfrågorna utgörs av validerade instrument som tidigare använts inom forskning. Syftet med enkätinstrumenten är att möjliggöra en longitudinell utvärdering av deltagarnas hälsa under projektidén samt möjliggöra jämförelser mellan interventions- och kontrollgruppen över tid.

Behandling och uppföljning har individualiserats efter varje deltagares behov och önskemål och upplägget har varit avsiktligt flexibelt. Terapiformen ACT, Acceptance and Commitment Therapy, har varit central i alla behandlingskontakter i projektet och de deltagare som ansetts vara intresserade och hjälpta av terapi har fått detta, vanligen mellan 5-15 träffar. Utöver psykoterapi har läkare kunna initiera medicinska utredningar hos andra specialister samt skött kontakten med andra vårdgivare. Arbetsterapeut har kunnat erbjuda besök på arbetsplats (om sådan funnits), i hemmet eller kartläggning kring ergonomi och aktivering via arbetsterapins verkstad. Sjukgymnast har kunnat erbjuda bedömning/ behandling samt råd om träning/träningsprogram.
Socionom har kunnat erbjuda genomgång av ekonomi och ekonomiska konsekvenser av utförsäkring samt hjälp med kontakter inom socialförvaltning m.m. För utförligare beskrivning av arbetssätt för varje specialist se avsnittet om personal.

Varje vecka har "teamet" träffats för att diskutera nya deltagare, och varje månad har samtliga deltagares status diskuterats. Syftet har varit att inte tappa några deltagare samt att vid behov kunna omvärdera bedömnings- och behandlingsbehov under projektets gång.

Efter att teamet sammanträtt och kommit överens om ett förslag till åtgärder och insatser har detta återkopplats till deltagaren och utifrån dennes önskemål har sedan olika behandlingsinsatser initierats. Behandlingen har som regel påbörjats innan Arbetsförmedlingens introduktionsprogram och pågått under så väl som efter denna, allt efter individuellt behov. Varje deltagare har erhållit en kontaktperson som har följt deltagaren och skött löpande kontakt.

Om ACT som behandlingsmetod

Det är vanligt att man inom psykoterapiforskning och behandling tar fram behandlingsmanualer som fokuserar särskilt på en viss diagnos, t ex smärta eller depression. Ett problem med detta är att flertalet diagnoser överlappar vad gäller symtomkriterier och därmed liknar varandra på flera sätt och dessutom är samsjuklighet med flera olika diagnoser samtidigt vanligt. T ex är det vanligt att smärta och depression ofta samexisterar och förvärrar varandra men också att de svarar på liknande behandlingar. Därför krävs behandlingsmetoder som innehåller bedömning och behandling av depression och smärta samtidigt för förbättrat utfall. I Vitalis 1 framgick det direkt av läkarutlåtanden att 35% av kvinnorna hade samsjuklighet med både smärta och psykisk ohälsa. Utöver det uppgav 9 av 10 kvinnor själva att de hade någon form av fysisk smärta, knappt hälften att de använde antidepressiv medicin och en tredjedel att de använder sömnmedel. Graden av samsjuklighet får därför anses vara stor i den grupp som ingår i Vitalisprojektet och därmed även behovet av en sk transdiagnostisk behandlingsmodell.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) är en behandlingsmodell som primärt fokuserar på funktion och livskvalitet snarare än på symtomreduktion. Enligt teoriramen som ACT bygger på är psykiskt lidande ett resultat av upplevelsebaserat undvikande vilket syftar på rutinmässiga försök att undvika smärtsamma tankar, emotioner och fysiska sensationer även om detta begränsar livskvaliteten. Det är alltså inte vilken typ av symtom patienten har som är det väsentliga utan hur patienten förhåller sig till dessa. Ett aktivt undvikande dvs. hög nivå av upplevelsebaserat undvikande har associerats med större förekomst av psykopatologi inklusive depression, ångest och låg livskvalitet. Målet i ACT är att minska upplevelsebaserat undvikande och istället öka psykologisk flexibilitet och därmed utveckla en bredare mer flexibel beteenderepertoar med större möjlighet att agera i enlighet med valda livsmål och värderingar också i närvaro av symtom av olika slag eller andra svåra omständigheter. En sidoeffekt av att leva ett sådant mer effektivt och funktionellt liv är att självrapporterad psykologisk ohälsa ofta minskar. ACT har visat lovande resultat som behandlingsmodell vid flertalet problem och i olika populationer t ex vid depression, tvångssyndrom och social fobi. ACT har också visat sig vara effektiv som behandlingsmodell i beteendemedicinsammanhang inklusive vid långvarig smärta. Enligt American Psychological Association har ACT starkt stöd vid behandling av långvarig smärta. Vad gäller just arbetsrehabilitering har ACT visat lovande resultat i en studie med svenska

socialarbetare med kortvarig sjukfrånvaro (<20 dgr) . Sjukfrånvaro minskade i gruppen som tog del av en fyra sessioner lång ACT intervention. I en nyligen publicerad studie behandlade man individer som var långtidssjukskrivna till följd av depression och dessutom arbetslösa. Man fann signifikanta resultat gällande förbättring av depressionssymtom men inga skillnader vad gällde sjukfrånvaro.

I Vitalis erhöll de deltagare som av teamet bedömdes ha behov individuell ACT-behandling hos psykolog. Alla psykologer i Vitalis har haft regelbunden handledning i metoden för att säkerställa kvaliteten i behandlingen. Behandlingen baseras på en manual bestående av sex olika moduler där kärnprocesserna i ACT ingår. Under behandlingen tar deltagaren del av innehållet i form av övningar tillsammans med psykologen. Dessutom har deltagaren hemuppgifter mellan sessionerna. Ett centralt inslag är att skilja mellan vad som går att kontrollera och vad som inte går att kontrollera. Strategin blir då dels att träna på att aktivt problemlösa kring sådana omständigheter som går att förändra t ex genom att ta hjälp av andra, aktivt välja aktiviteter som man uppskattar etc. Sådant som inte går att förändra eller kontrollera, vanligtvis sådant som händer på "insidan" t ex smärtsamma minnen eller tankeinnehåll, känsloreaktioner eller smärtsensationer, utgör ofta det som deltagaren tenderar att "fastna i". Försök att kontrollera och hålla ifrån sig smärtsamma upplevelser kan också bidra till att man slutar göra saker som har att göra med t ex det sociala livet, fritidsaktivteter, arbete eller hälsofrämjande saker som träning och sunda vanor vilket i förlängningen leder till att livet kan uppfattas som innehållslöst. Strategin blir i det här fallet att träna på att närma sig och acceptera de omständigheter som inte går att förändra eller kontrollera istället för att fasta i en fruktlös kamp emot sådant som man inte rår på. Målet är att hitta långsiktiga och funktionella strategier för att hantera upplevda hinder för att kunna välja meningsfulla aktiviteter och inslag i livet. Alla medarbetare som arbetat med behandling och träffat patienter / projektdeltagare har genomgått utbildning i ACT med målet att ACT-principerna ska prägla hela ArbetRehabs rehabiliteringsarbete.

Återkopplingsmöte

Resultatet från bedömningarna och behandlingarna delgavs till deltagaren vid ett återkopplingsmöte. Vid mötet medverkade deltagaren sedan i upprättandet och utformningen av en slutgiltig åtgärdsplan. Åtgärdsplanen skulle sedan ligga till grund för genomförandet av individens rehabilitering, innan individen påbörjade arbetsintroduktionen vid Arbetsförmedlingen.
Rehabiliteringsprocessen inleddes så snart det var möjligt.
Varje deltagare hade under tiden för deltagande i studien en utsedd kontaktperson, vilken fastställdes vid team-konferensen. Deltagarens ordinarie behandlande läkare fick av projektets läkare kännedom om att personen deltog i projektet Vitalis 2.

Individuella möten
Inom projektet har det även funnits möjlighet till samverkansmöten utifrån deltagarnas egna önskemål. Exempelvis har personal från projektet kunnat medverka vid första mötet hos arbetsgivare där deltagaren skall påbörja arbetsträning.

Slutseminarium Vitalis
Resultaten från Vitalis 1 och 2 kommer att presenteras på ett symposium den xx oktober 2012. Symposiet har namnet "Kvinnors hälsa - samverkan och rehabilitering för återgång i arbete". Till symposiut har även externa föreläsare inbjudits och per den 1 aug 2012 hade drygt 60 personer registrerat sig på symposiet (se bilaga 1).

Projektets mål/resultat och effekter för deltagarna

Det övergripande målet med projektet har varit att öka möjligheterna för deltagarna i interventionsgruppen att återkomma i arbete eller studier. Vidare är målet att de som erhållit interventionen skall ha en mindre risk att återfalla i sjukskrivning. Mål för arbetsåtergång och förebyggande av sjukskrivningar är långsiktiga och kommer att utvärderas på ett och två års sikt, resultat vilka faller utanför ramen för denna rapport.

Studiedeltagarna har utgjorts av en heterogen population som har olika medicinska och psykologiska resurser och som har olika synsätt och önskemål om komma tillbaka till arbete. Inom projektet finns erfarenhet av deltagare som valt att hoppa av projektet av olika skäl. Det finns också flera exempel på deltagare som utryckt uppskattning och att de äntligen fått den hjälp de behövt. Preliminära resultat från detta projekts föregångare, Vitalis 1, talar för att de som erhållit intervention har förbättrat sin psykiska hälsa jämfört med dem som inte fått intervention.

Personal

Beskrivning av personalen
Projektets intervention har utgått från en tvåstegsmetod där alla deltagare först träffat läkare och psykolog för individuella möten. Sedan har "ärendet" diskuterats i teamet och där teamet enats om ett förslag på vidare behandlingsupplägg som sedan återkopplats till deltagaren. Utöver rena "behandlare", det vill säga yrkeskategorier som träffar deltagarna i sin kliniska gärning, har projektet även haft en representant från Arbetsförmedlingen respektive en representant från Försäkringskassan i projektet på heltid.

Läkare
Teamets läkare har gått igenom tidigare och nuvarande hälsotillstånd; sjukskrivningsorsak, aktuell position i rehab-kedjan; nytillkomna diagnoser, genomförda behandlings- och rehabiliteringsinsatser, bedömning av funktionsförmåga och bedömning av genomförda insatser för att träna funktionsförmåga. Betydelse av livsstilsfaktorer, hälsofrämjande insatser och bedömning av vilka individspecifika hinder och resurser som finns.
Läkare har även använt sig av depressionsskattningsinstrumentet MADRS-S samt bedömt deltagarna symtom/funkton utifrån GAF, (Global Assessment Functioning Scale). Psykiatrisk screening har genomförts med instrumentet M.I.N.I (Mini-International Neuropsychiatric Interview) av antingen läkare eller psykolog.
En viktig uppgift för läkaren har varit att i samråd med övriga team-medlemmar ta ställning till om ytterligare medicinsk utredning/behandling är indicerad och i så fall om detta bör ske inom ramen för projektet eller av annan vårgivare. Läkare har skött kontakt med andra vårdgivare och om samtycke från deltagare informerat dennes fasta vårdkontakt (husläkare) om projektets och dess syfte.

Psykolog
Projektets psykologer har gjort en beteendeanalys baserat på patients egen beskrivning av sin problembild. Analysen har utgått ifrån etablerade omständigheter, respondent betingning, diskriminativt/a stimuli, respons och problembeteende samt förstärkningsmekanismer. Analysen har syftat till att kartlägga hur den aktuella problembilden påverkar/begränsar deltagaren i dennes livsföring och vilka etiologiska och vidmakthållande faktorer som finns. Vidare har analysen syftat till att identifiera krav och stressfaktorer samt vilka strategier som deltagare har för att hantera problemen beteendemässigt och kognitivt/emotionellt. Slutligen har psykologen gjort bedömning av intresse, behov och förväntad nytta av psykoterapi inom ramen för projektet samt deltagarens motivation till förändring samt tillit till egen förmåga att åstadkomma förändring och tilltro till rehabiliteringens förväntade nytta. Psykiatrisk screening har genomförts med instrumentet M.I.N.I (Mini-International Neuropsychiatric Interview) av antingen läkare eller psykolog.

Arbetsterapeut
Projektets arbetsterapeut har kartlagt klientens dagliga aktiviteter, aktivitetsmönster och nivå/intensitet, återhämtning/sömn, matvanor, boendemiljö och fritidsaktiviteter. Därefter har aktivitetsanalys genomförts med Model of Human Occupation (MoHO) som teoretisk grund och med hjälp av Canadian Occupational Performance Measure (COPM), tillsammans med deltagaren identifierat problemområden och vilka aktiviteter som deltagaren värderar högt. Vidare har arbetsterapeut inhämtat uppgifter om utbildning, arbetshistorik, arbetsuppgifter, psykosocial och fysisk arbetsmiljö, trivsel på arbetsplats, färdigheter vid utförande av arbete samt klientens egen vision om arbetsåtergång.
Arbetsterapeuten har haft möjlighet att besöka deltagaren på arbetsplatsen och/eller i hemmet. Praktisk undervisning/träning kring ergonomi, samt

aktivering har genomförts genom att projektet använt Akademiska sjukhusets arbetsterapiverkstad.

I de fall där så behövts har arbetsterapeut haft nära samarbete med distriktsarbetsterapeut och/eller arbetsterapeut på arbetsförmedlingen.
De strukturerade instrument som använts för vokational analys är: Worker Roll Intervju (WRI), Work Impact Scale (WEIS-S, ver2), Assessment of Work Characteristics (AWC) och Assessment of Work Performance (AWP).

Frågor som beaktats vid aktivitetsbedömning

- Hur har aktivitetsförmågan påverkats av patientens hälsoproblem
- Vilka aktivitetsresurser har patienten
- Finns det behov av insatser för att stärka patientens aktivitetsförmåga, vilka?
- Finns arbetsgivare
- Har andra arbetsuppgifter eller anpassning av arbetsmiljön hos arbetsgivaren utretts
- Finns behov av bedömning av arbetsmiljö/andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren
- Har arbetsförmågan utretts i relation till arbetsmarknad i stort
- Finns behov av utredning av arbetsförmågan i relation till arbetsmarknad i stort

Socionom
Projektets socionom har gått igenom den sociala och ekonomiska situationen vilket omfattat genomgång av:

- Uppväxtförhållanden
- Familjesituation (civilstatus, ev. partners aktuella sysselsättning, barn)
- Förhållande kring barn (skola, barnomsorg, särskilda omständigheter kring barnen)
- Privat nätverk och socialt stöd (känslomässigt stöd, informativt stöd, materiellt stöd, tillfredställelse med situationen).
- Professionellt nätverk (ev. behandlingskontakter)
- Boende (hur, var, hur stort, hur många, tillfredsställelse med boende)
- Ekonomi (hushållets försörjning, inkomster, skulder, skulder till kronofogde, medlem/rätt till A-kassa, tillfredställelse med den ekonomiska situationen, behov av rådgivning eller insatser).

Sjukgymnast
Projektets sjukgymnast har genom journalgranskning gått igenom tidigare genomförda sjukgymnastinterventioner och rehabiliteringsinsatser samt haft kontakter med och försökt samordna insatser från sjukgymnaster i andra förvaltningar såsom exempelvis Primärvården i både offentlig och privat regi. Den huvudsakliga arbetsuppgiften för projektets sjukgymnast har utgjorts av individuella

bedömningar och behandling av funktionsförmåga hos projektets smärtpatienter. Bedömningarna har haft ett beteendemedicinskt perspektiv med särskilt fokus på kroppsmedvetande enligt Gertrud Roxendahls koncept Basal Kroppskännedom. Dessutom vid behov sedvanlig sjukgymnastisk bedömning av aktuella funktionsstörningar hos varje individuell patient. Sjukgymnasten har framför allt träffat patienterna med smärtdiagnoser.
Individuella behandlingar har genomförts vid projektets mottagning med huvudsyfte att stärka patientens egen förmåga. Därför har sjukgymnasten medvetet undvikit så kallade "passiva behandlingar" som exempelvis akupunktur och istället fokuserat på undervisning och träning/handledning individuellt utformat på grundval av sjukgymnastbedömning av varje enskild patient.

Ibland har behandlingar genomförts tillsammans med respektive psykolog.

Hembesök har utförts för kartläggning och rådgivning angående ergonomi i hemsituationen och för att undersöka möjligheter för fortsatt träning i egen regi.

Arbetsplatsbesök på möjliga arbetsträningsplatser har genomförts tillsammans med psykolog för att stödja patienten inför starten av arbetsträning.
Utslussning till friskvård, besök på gym, utformning av träningsprogram är också aktiviteter som sjukgymnasten utfört för att bibehålla bestående beteendeförändringar med avseende på fysisk aktivitet och kroppsliga funktioner.

Projektkoordinator vid Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen
I Projektet deltog även en representant från Arbetsförmedlingen och en representant från Försäkringskassan. Arbetsförmedlingens representant bidrog med kunskap om arbetsmarknadsläget och de krav som arbetsmarknaden ställde på individen. Arbetsförmedlingen hade även möjlighet att göra enskilda bedömningar av deltagarnas möjlighet att återgå till arbetslivet och hade kännedom om de möjligheter som fanns att tillgå.
Projektansvarig från Försäkringskassan stod för det primära urvalet och kontakten med de handläggare personerna hade vid Försäkringskassan.
Om en deltagare ville påbörja arbetsträning redan under tiden för rehabiliteringen eller planera för arbetsåtergång togs en kontakt med deltagarens handläggare på Försäkringskassan samt utsedd representant på Arbetsförmedlingen gällande detta.

Personal, arbetsfördelning och samverkan

Inom interventionsdelen har arbetet lagts upp utifrån klinisk praxis, det vill säga att ansvarig behandlare har skött löpande kontakt med deltagaren och bokat in möten därefter. Alla deltagare har sedan regelmässigt, med ny genomgång varje månad, diskuterats vid teamets behandlingsmöten. Syftet med återkommande diskussioner kring varje deltagare har varit att löpande ge möjligheter till att utvärdera/omvärdera behovet av vård- och rehabiliteringsinsatser.
I samband med behandlingsmötena har även ett möte med Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens representant hållits, där syftet har varit att kunna lyfta frågor och bemöta problem som rör arbetsrehabiliteringen.
Samverkan har skett löpande utifrån deltagarnas behov och uppsatta handlingsplaner.

Resultat och effekter för personalen

Projektet Vitalis 2 är en förlängning av Vitalis 1 och en stor del av personalen har varit med i båda projekten. Detta innebär att det idag finns ett etablerat och upparbetat samarbete och kontaktnät mellan behandlare och samverkande organisationers medarbetare vid Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommunen i Uppsala län. Samarbetet med handläggare vid Arbetsförmedlingen, men även med Arbetsförmedlingens specialister (arbetspsykologer och arbetsterapeuter) har förstärks betydligt under projektets gång. Helhetssynen och förståelsen för denna målgrupp och dess problematik har ökat hos alla medverkande parter under projekttiden.

Organisationerna

Beskrivning av projektorganisationen

Vitalis 2 Projektet är ett samverkansprojekt som omfattar samarbete mellan Samordningsförbundet Uppsala län, Försäkringskassan Uppsala län, Uppsala Kommun, Arbetsförmedlingen, Landstinget Uppsala län (genom ArbetsRehab, Akademiska sjukhuset) och institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet. Projektets huvudman är landstinget i Uppsala län. I styrgruppen finns representanter från samtliga organisationer.

Interventionsdelen sker inom ramen för ArbetsRehabs verksamhet vid Akademiska sjukhuset. Forskningsdelen bedrivs på Uppsala universitet.

Samverkan och samordning mellan aktörer

Samverkan har främst skett mellan projektets fasta personal och handläggare/specialister vid Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Resultat och effekter för organisationerna

Styrkorna och vinsterna med den samverkan och samordning som funnits i projektet är att fler aktörer har involverats i den process som återgång till arbete innebär i syfte att öka individernas möjligheter och förutsättningar att komma vidare ut i arbete och bli självförsörjande. Samverkansarbetet har möjliggjort att helhetssynen och förståelsen för målgruppen och dess problematik har ökat hos alla medverkande parter. Vidare har de gemensamma utbildningsinsatserna som genomfördes under pågående projekttid varit en framgångsfaktor som bör inkluderas i samverkansarbetet vilket ytterligare bidragit till att förståelsen för målgruppen ökat men även att förståelsen för respektive aktörs organisation stärkts.
De olika kompetenserna och organisationerna som arbetat tillsammans har lärt av varandra och kompetens har delats mellan de olika organisationerna; landstinget, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen samt kommunen.

Samverkan

Samverkan är ett målinriktat arbete som syftar till att effektivisera de rehabiliteringsresurser som finns i samhället och är nödvändig för att förhindra att helhetssynen går förlorad när organisationer och dess aktörer blir allt mer specialiserade inom sina respektive professioner. De framgångsfaktorer respektive hinder som uppkommer i och med denna arbetsform kan dels vara strukturella inom de organisationer som ska samverka, dels hänga samman med arbetsprocessen inom vilken samverkan bedrivs.
Denna typ av projekt förutsätter nära samverkan mellan flera organisationer som deltagarna kommer i kontakt med, i huvudsak Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Samverkan behövs för att skapa strukturer, engagemang och stöd inom organisationerna på övergripande nivå såväl som att utforma rutiner för att stödja projektets deltagare på individuell nivå. Samverkan har regelbundet skett mellan behandlarna i projektet och Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och vid ett par tillfällen har gemensamma utbildningsdagar/träffar genomförts för att öka samsyn och förståelse för respektive organisations uppdrag och arbetssätt.
Samverkansorganisationerna har delvis olika kulturer, attityder och mål vilket utgör en brist på gemensam måluppfyllelse för projektdeltagarna. På individuell nivå präglas samverkan i stor utsträckning av upparbetat förtroende och förståelse i kontakten med enskilda medarbetare/handläggare.

Under projekttiden har kontinuerliga projektmöten hållits med samtlig berörd projektpersonal från de olika organisationerna. Uppföljning och avstämning av var deltagarna befunnit sig i processen har varit en central punkt under dessa möten, dels för att diskutera deltagarnas utveckling, dels för att fånga upp eventuella behov av fortsatta stödåtgärder.
Konkret har samverkan inneburit att behandlare från projektet följt deltagarens process före, under och ofta även ett tag efter, deltagande i Arbetsförmedlingens Arbetslivsintroduktion. Projektets behandlare har haft regelbundna kontakter med deltagarens arbetsförmedlare, och har deltagit på kartläggnings- och avstämningsmöten. Varje deltagares kontaktperson har i samråd med

deltagaren inför det första kartläggningssamtalet på Arbetsförmedlingen utformat ett dokument som beskrivit deltagarens önskemål och behov i kontakten med arbetsförmedlingen. För vissa deltagare har detta arbete hjälpt dem att för första gången på många år formulera vad de skulle vilja inom området arbete/studier. Syftet har varit att deltagaren formulerar självständiga mål som kan utgöra grunden för en egen handlingsplan Under processen på Arbetsförmedlingen har kontaktpersonen ofta fått pendla mellan att vara deltagarens språkrör, medlare och en representant för vården.

Projektets budget

Budgeten för projekt Vitalis 2 var totalt 4 030 345 kronor. Fördelningen av medel mellan de olika samverkande organisationerna syns i tabell nedan. Landstinget har medfinansierat Vitalis 1 och 2 med medel från rehabiliteringsgarantin (totalt för båda projekten 1 252 kronor). För Vitalis 2 så står rehabiliteringsgarantin för 809 000 kronor. Landstingets kostnader för projektet har varit högre än budgeterat. Orsaken till det är främst att Landstinget har haft anställd personal i projektet under kv 1 2012, eftersom individerna som deltog i projektet inte var färdigbehandlade. Detta hade inte budgeterats. Medel från de samverkande organisationernas överskott har därför använts av Landstinget och ArbetsRehab.

Tabell: 2 Budgetöversyn för Vitalis 2

Vitalis 2		
Totalbudget 1 juli 2011 - 31 mars 2012		
Bidragande:	**Beviljade medel fr SoF**	**4 030 345**
	LUL, rehabgarantl	-1 200 000
	Beräknad kostnad projektet	**2 830 345**

Fördelning kostnader:	**Total budget**	**Totalt utfall**
Landstinget Arbetsrehab	2 927 003	2 977 365
FK	395 024	384 750
AF	408 645	403 355
Uppsala kommun	299 070	204 070
Beviljade medel från SoF	**4 030 345**	**3 970 345**
LUL egenfinansiering, rehabgaranti	-1 200 000	-809 000
Totalkostnad för SoF	**2 830 345**	**3 161 345**

Avvikelser

Projektet avsåg att randomisera de personer som samtyckt till antingen behandlingsgrupp eller kontrollgrupp i förhållandet 1:1, det vill säga lika stor chans att hamna i de olika grupperna. Initialt följdes detta upplägg, men efter halva projektiden var andelen intresserade deltagare lägre än vad som antagits. För att säkerställa antalet deltagare i interventionsgruppen slopades randomiseringsförfarandet och alla som gav samtycke inkluderades därefter i interventionsarmen. Denna förändring genomfördes efter beslut i styrgruppen.

Förutsättningarna för implementering

Föreliggande projekt, Vitalis 2, är en förlängning av projektet Vitalis 1 (som omfattade över 300 deltagare, varav över 200 i intervention). Projekten liknar varandra mycket och båda bygger i sin tur på erfarenheter från flera mindre och liknande projekt som bedrivits under åren 2004-2011 vid ArbetsRehab/CEOS, Akademiska sjukhuset. Gemensamt för dessa projekt är att de dels innehållit en interventionsdel som syftat till att stödja individerna, medicinskt, men främst deras psykologiska flexibilitet, vilja, motivation och tilltro till sin förmåga att komma tillbaka till arbete. Dels har projekten innehållit en samverkansdel där samarbete och informationsutbyte mellan olika organisationer (vanligen Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen) utgjort hörnstenar för att öka samsyn kring mål och metoder och minska risken att de deltagande individerna faller mellan stolarna.

Vitalis 2 har vänt sig till personer som i genomsnitt haft mycket lång tids arbetsfrånvaro, inte sällan på grund av medicinsk diffus problematik. Målgruppen har som regel under lång tid haft ett stort vårdutnyttjande och har i många fall även erhållit olika rehabiliteringsinsatser. I brist på tidigare framgång i medicinsk och arbetsmarknadsmässig rehabiliteringen har målgruppen som regel kommit att bli lågprioriterad inom hälso- och sjukvården, och inte sällan saknar dessa individer resurser att själva ställa krav på stöd och hjälp.
Målgruppen tillhör den stora grupp av personer som omförsäkras från sjukförsäkringen till arbetslöshetskassan. Denna omförsäkring utgör en påfrestning för många och utanför ramen för projektet så erbjuds inget särskilt stöd för målgruppen utöver det som omfattas av Arbetsförmedlingens introduktionsprogram. Projektet har med sina flexibla kliniska kontaktmöjligheter och sin multidisciplinära sammansättning haft goda möjligheter att ge målgruppen olika typer av vård och stöd. Ur det perspektivet har deltagarna erbjudits en stödfunktion som "ordinarie verksamhet" inte kunna ge eller haft för avsikt att ge.

Arbetsmetoden med multidisciplinärt individinriktat stöd i kombination med samverkan mellan berörda organisationer/myndigheter förespråkas och används på olika vis så väl nationellt som internationellt. Även om uppläggen varierar så finns det starkt vetenskapligt stöd att dessa metoder är av värde.

ArbetsRehab är en nyskapad enhet vars syfte är att vidareutveckla arbetsmetoder och samverkansformer mellan medicinska, psykologiska och sociala insatser som underlättar återgång i arbete och minskar det hälsorelaterade utanförskapet för patienter/personer med psykisk ohälsa och smärta. Vidare är ArbetsRehabs uppgifter att implementera nyvunna kunskaper i ordinarie vård, vilket nu också sker genom en pilotverksamhet gentemot smärtenheten vid Akademiska sjukhuset. Det arbetssätt och de erfarenheter som upparbetas i Vitalisprojekten håller således på att implementeras som ett komplement till kliniskt sjukvård.

Det är av stor betydelse att forskning, ny kunskap och metoder kring återgång i arbete utvecklas systematiskt och även når den kliniska vården och handläggningen. Fortfarande saknas det mycket kunskap om metoder för återgång i arbete, och det är av stor betydelse att det som finns utarbetat tillgängliggörs för dem som är verksamma inom området arbetslivsinriktad rehabilitering.

Styrgruppens samlade beslut, bedömningar, avsikter och värderingar utifrån rapporten

Här bör i möjligaste mån kunna utläsas hur styrgruppen reagerat och värderat innehållet i rapporten, och hur man tänkt arbeta vidare med frågorna.

Kommentar [PL1]: Här bör styrgruppen skriva något.

Fallbeskrivningar

Namn, omständigheter och arbetsplatser i fallbeskrivningarna är avidentifierade och delvis modifierade.

Fallbeskrivning: Ann-Marie

Ann-Marie är en 55- årig kvinna som under många år arbetat som lärare. Efter att ha upplevt flertalet omorganisationer samt konflikter med chefer så blev Ann-Marie sjukskriven 2005.

Hon har problem med depressiva episoder samt panikångestattacker, även detta i perioder. Har nyligen fått smärta i rygg/axlar Ann-Marie är mycket intensiv och brinner för olika saker men kan ibland ha svårt att hålla struktur och att slutföra saker. Hon lever på försörjningsstöd och förutom ovanstående har hon även mycket skulder, samt ansvar för en vuxen son som inte mår bra.

Under samverkan fick Ann-Marie arbetsträna halvtid i ett växthus och stormtrivdes. Tyvärr fanns ej möjlighet till anställning. Hon har även gått en kurs där hon fått skriva CV och personligt ansökningsbrev.

Efter bedömningssamtal i Vitalisprojektet i december 2011 erbjuds Ann-Marie kontakt med arbetsterapeut samt psykolog. Hon får hjälp med kommunikationsfärdigheter samt att försöka påverka sin aktivitetsbalans. Vi kommer överens om att hon ska ha sjukgymnastkontakt via sin vårdcentral. Ann-Marie erbjuds även möjlighet att få prata om svårigheterna i kontakt med socialtjänsten, med Vitalisteamets socionom. Ann-Marie träffar sin husläkare som uppmanar henne att komma igång med träning. Ann-Marie tycker det låter som en bra idé men har lite svårt att få till träningen på egen hand. Hon uteblir från sjukgymnastbesök av ekonomiska skäl. Hon har även under en period inte råd att hämta ut sin medicin då hon enbart får ersättning för utlägg i efterhand från socialtjänsten.

Efter att Ann-Marie varit på mottagningen vid några tillfällen under en och en halv månad börjar hon lämna återbud och utebli från besök. På grund av den pressade ekonomiska situationen har hon svårt att ha råd att ta sig till mottagningen (då hon reser från en mindre ort i södra Uppland) samt på grund av sitt ibland kaotiska liv glömmer hon bort inbokade möten. Vi kommer överens om att fortsatt företrädesvis ha kontakt med henne via telefon.

Ett flertal avstämningsmöten hålls på Arbetsförmedlingen under våren 2012. Då Ann-Marie har en egen idé om att försöka dra igång en verksamhet får hon låna en lokal via en förening och hon får möjlighet att arbetsträna där. Ann-Marie brinner för idén och lyckas fixa i ordning i lokalen och planera för verksamheten. Tidigt i processen signalerar hon dock att hon känner sig ensam och att handledaren i föreningen inte är så aktiv i att stötta henne. Efter ett par månader slutar handledaren och ingen ny tillsätts. Arbetsförmedlingen som inte skjuter till några ytterligare resurser, ställer sig tveksamma till att hon ska

komma ut i något arbete, trots att Ann-Marie visat tidigare att hon klarat arbetsträning på 50%. Det som dock blir tydligt är att arbetsträningen inte fungerar, då den bygger för mycket på eget ansvar och då ingen möjlighet till stöttning eller feedback finns. Lokalen, som Ann-Marie har tilldelats, visar sig inte heller vara lämplig för verksamheten som planeras. Ann-Marie blir alltmer nedslagen, deppig och får mer ångest. Hon säger att hon är öppen för att pröva något annat, t ex att gå någon kurs, men får inget gehör för detta från Arbetsförmedlingen. Till slut uppmanas Ann-Marie av Arbetsförmedlingen att själv undersöka om hon kan få finansiellt stöd från annan part för att fortsätta bedriva verksamheten. Detta framstår från början som en övermäktig uppgift för henne.

Nu i mitten av augusti 2012 har Ann-Marie lyckats göra en ansökan om finansiellt stöd samt även sökt ett jobb på deltid. Ann-Marie säger sig ha uppskattat stödet från Vitalis-projektet även om den största delen av kontakten skett per telefon. Trots en mycket pressad situation, både socialt och ekonomiskt, har Ann-Marie fortsatt att sträva mot att hitta en meningsfull sysselsättning. Det är oklart i dagsläget hur det kommer att gå för Ann-Marie, men när man ser tillbaka på tiden i Arbetslivsintroduktion bedöms det som önskvärt att hon hade fått mer handfast stöd och lotsning, i att hitta och få en lämplig arbetsträningsplats att fungera.

Fallbeskrivning: Peter

Peter är en 52 årig man som arbetat på ett museum i hela sitt vuxna liv. Under en stress- och konfliktfylld period händer mycket på arbetsplatsen. Peter drabbas av cancer vid slutet av denna period och blir sjukskriven 2001.

Då Peter kom till Vitalis projektet i augusti 2011 hade han precis avslutat Samverkan, utan att detta lett till någon vidare planering eller övriga åtgärder. Peter hade då inte arbetat sedan han blivit sjukskriven, men hade fortfarande kvar sin anställning. Peter hade under lång tid haft problem med återkommande depressioner, ångest, svårigheter med sociala situationer samt kvarvarande smärtproblematik efter genomförd operation. Det hände även att han fick panikattacker ibland. Peter hade en mycket stark rädsla för allt som hade med arbetsåtergång att göra – då han starkt upplevde det som att han skulle bli allvarligt sjuk igen om han återgick i arbete. Peter hanterade detta genom att skjuta upp nödvändiga besök och att undvika situationer som innebar krav.

Efter bedömningssamtal i Vitalisprojektet erbjuds Peter kontakt med psykolog. Efterhand att psykologbehandling inletts, påbörjar även Peter en sjukgymnastisk behandling inom projektet. Peter får under behandlingens gång hjälp med hanteringsstrategier för ångest, oro, nedstämdhet och smärta. Behandlingen innehåller även insatser för att höja Peters funktionsnivå och livskvalité.

I oktober 2011 påbörjar Peter Arbetslivsintroduktion. Han inleder, parallellt med behandling inom projekt Vitalis, en fördjupad individuell vägledningsprocess rörande arbete och arbetsmiljömässiga förutsättningar med sin arbetsförmedlare.

I januari 2012 bedömer Vitalis teamet att Peter inte längre väsentligt hindras av generell psykisk ohälsa eller smärta i sitt liv. Symptom hade minskat och livskvalitén hade ökat. Peter hade dock en fortsatt stark rädsla för att återgå i arbete. För att denna rädsla skulle gå över bedömdes det nödvändigt för Peter att pröva någon typ av arbetsträning för att få en positiv erfarenhet av arbete, som inte var hans gamla arbetsplats.

Peter säger, av olika anledningar, nej till de flesta förslag på arbetsträningsplatser som presenteras under våren 2012. Peter uppfattar inte att han kan kompromissa med sina krav på en arbetsträningsplats (för att inte bli sjuk igen) samtidigt som han inte, trots mycket funderande, själv kommit på någon lösning om någon möjlig sysselsättning. Peter börjar dock långsamt och med mycket stöd från Vitalis, i konkreta steg närma sig en möjlig arbetsträningsplats. Då Peter har svårt att tänka sig en möjlig arbetsträningsplats, får han hjälp med detta. Vitalis teamet genomför tre stycken studiebesök tillsammans med Peter. Han får hjälp att skriva CV och personligt brev (Peter har en mycket hög språklig förmåga och ett relativt

omfattande CV, men upplever p.g.a. ångest detta så pass obehagligt att han behöver konkret handfast stöd). Peter stöttas i att söka olika arbetsträningsplatser. Av olika anledningar fungerar det inte. Vissa verksamheter kan ej ta emot Peter. Andra verksamheter besöker/provar Peter att arbetsträna på, utan att han upplever att det är någonting för honom.

Ett flertal avstämningsmöten hålls på Arbetsförmedlingen under våren 2012, där sjukgymnast och psykolog från Vitalis teamet närvarar. Slutligen görs en överenskommelse med Peter: en förutsättning för fortsatt arbetsrehabilitering är att han provar att arbetsträna. Peter får säga nej till ett visst antal förslag på arbetsträningsplatser på en lista och sen vara villig att prova resten av förslagen under en tid, för att sedan utvärdera hur det gått. Det finns även ett alternativ att Peter själv ordnar en arbetsträningsplats – vilket Peter inte såg som möjligt. Peters arbetsförmedlare ringer under mötet upp de arbetsplatser som Peter sett som möjliga och får napp på ett ställe. Ett gemensamt studiebesök genomförs. Ett par dagar efter detta uttrycker Peter att denna arbetsträningsplats inte känns "rätt" för honom. Han berättar att han själv kollat upp möjligheten att få arbetsträna på en annan arbetsplats.

Nu, i mitten av augusti 2012, har Peter arbetstränat 3 timmar/dag, 3 dagar i veckan, under en månads tid över sommaren i en handelsträdgård – den arbetsträningsplats han själv valt och ordnat. En utvärdering planeras att genomföras i slutet av augusti månad.

Till framgångsfaktorerna kan räknas att ACT behandlingen möjliggjort för Peter att få nya perspektiv och andra förklaringsmodeller för sina svårigheter. Genom att förstå att ångest består av obehagliga tankar, känslor och sensationer som kan, men inte nödvändigtvis behöver vara ett hinder i livet - blev det möjligt för Peter att kunna bära dessa och samtidigt kunna våga börja närma sig det som var viktig för honom gällande arbete. Ytterligare framgångsfaktorer har varit att arbetsförmedlare och Vitalis teamet, från bägge håll och i nära samarbete med varandra, arbetat mycket konkret, handfast och uthålligt. Peter har fått hjälp med att hitta, besöka och skriva ansökningar till ett flertal olika arbetsträningsplatser – vilket har varit en förutsättning för honom att komma vidare, inte på grund av bristande förmåga utan på grund av en stor rädsla och upplevelse av obehag.

Fallbeskrivning: Linda

Linda är en ensamstående 35-årig kvinna utan barn. Linda har en treårig gymnasieutbildning samt har läst flera olika högskolekurser inom media och data på högskolan i hemstaden Linköping. Under åren 1996-2002 arbetade hon som datadriftsansvarig på ett företag i Linköping. Hon var sjukskriven för utmattningssyndrom i varierande omfattning under 2002-2004 och beviljades därefter tidsbegränsad sjukersättning. 2004 förlorade hon sin anställning och har sedan dess inte arbetat. 2006 flyttade hon till Uppsala eftersom flera av hennes anhöriga bosatt sig där. Våren 2011 påbörjade Linda en arbetsmarknadsutbildning inom dataområdet via Samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Utbildningen drog ut på tiden p g a att Linda periodvis hade svårt att delta. Vid tiden för inskrivning i projektet skulle hon ut i praktik. Hon skrevs in i projektet Vitalis oktober 2011.

I samband med hög arbetsbelastning utvecklade Linda i början av 2000-talet stressrelaterade besvär i form av panikattacker och depression. Hon hade kontakt med olika psykiatriska öppenvårdsmottagningar och diagnosticerades med paniksyndrom och recidiverande depressioner. 2009 fick hon även diagnosen ADD. Behandling med centralstimulantia för ADD hade inte haft någon positiv effekt, ej heller hade hon upplevt någon påtaglig förbättring av antidepressiv medicinering. När Linda kom till projektet Vitalis hade hon nyligen remitterats för ytterligare utredning kring autismspektrumstörning vid Neuropsykiatriska enheten för vuxna. Den främsta begränsningen enligt henne själv var hennes initiativlöshet och igångsättningssvårigheter. Linda upplevde tilltagande problem med värk i rygg och knän samt var överviktig.

Linda hade en ansträngd ekonomi när hon skrevs in i projekt Vitalis. Hon uppbar aktivitetsstöd enligt lägsta nivån och det fanns många oklarheter varför ersättningen var så låg. Ersättningen täckte inte ens hyran och hon klarade sig genom att låna pengar av sin särbo och av sina föräldrar. Lägenheten var kaotisk eftersom Linda inte förmådde att organisera upp hushållsarbetet. Hon hade beviljats boendestöd från kommunen en till två gånger i veckan men boendestödet fungerade bristfälligt eftersom Linda ofta avsade sig hjälp när hon kände att det tog emot. Linda levde isolerat och hade främst kontakt med sin mamma, som bodde i Uppsala, och med sin särbo.

I åtgärdsplanen föreslogs primärt kontakt med projektets sjukgymnast för att få träningsprogram och stöd i att komma igång med fysisk aktivitet. Linda skulle även inleda behandling hos psykolog i projektet och träffa socialsekreterare för att få ekonomisk rådgivning. Linda fick ett träningsprogram av projektets sjukgymnast att genomföra i ett gym i kvarterslokalen men kom inte iväg på egen hand för att träna. Hon påbörjade psykologbehandling och var engagerad de gånger hon kom. Efter några månader konstaterades att kontakten med projektets medarbetade blev gles. Linda uteblev ofta från besökstider och var svår att nå per telefon. Även utbildningspraktiken avbröts, boendestödet blev bristfälligt och Linda avböjde ersättare när ordinarie var sjukskriven. Från

Vitalis sida försökte man nå handläggaren på Arbetsförmedlingen men även där stötte det på svårigheter då hon inte hade någon personlig kontakt på förmedlingen. Den ekonomiska situationen blev alltmer ohållbar. Dessutom drog den neuropsykiatriska utredningen ut på tiden eftersom Linda glömde eller avbokade tider. Lindas mamma kontaktade projektet och gav uttryck för oro kring sin dotters situation.
Under april månad framstod det tydligt att det fanns behov att samla nätverket kring Linda för att inventera hennes behov och samordna insatserna. Projektets psykolog tog då med Lindas godkännande initiativ till att organisera ett nätverksmöte.

I början av maj hölls första nätverksmötet. På mötet deltog, förutom Linda, hennes mamma, sjuksköterska på neuropsykiatrin, chefen för boendestödet samt arbetsförmedlare, psykolog och socialsekreterare från projekt Vitalis. Under första mötet gjordes en kartläggning av vilka insatser som pågick och vilka insatser Linda hade behov av. Tydligt framgick att Lindas verbala och sympatiska framtoning med god intellektuell förmåga bidrog till samtliga inblandades överkrav på hennes förmåga och genomförande. Ett andra möte bokades in två veckor senare. Vid detta möte deltog även Försäkringskassan och boendestödjaren. Under mötet skrevs en vårdplanering.
Nätverksmötena innebar att insatserna kring Linda samordnades och konkretiserades. Som exempel kan nämnas att en tydlig plan gjordes för utökning av boendestödet och att boendestödjaren skulle följa med till träningslokalen och stötta upp att träningen blev av, vilket Linda efterfrågat under lång tid. Linda formulerade själv vid mötet att hon ville att boendestödjaren inte skulle låta henne avboka utan komma även när hon avböjde. Kommunens arbetsterapeut som har kunskap kring problematiken kommer också att inleda kontakt med Linda för att se över rutiner och hjälpmedel i vardagen.
Socialsekreteraren fortsatte sin undersökning kring det låga aktivitetsstödet. Orsaken bestod i ett administrativt misstag vilket ledde till A-kassans sänkning. Socialsekreteraren kunde därmed hjälpa Linda att överklaga beslutet och bidra med handlingar för att styrka vilka fel som begåtts. I dagsläget är inte slutgiltigt beslut taget men beredskap finns för att hjälpa Linda att söka försörjningsstöd från kommunen vid behov.
Arbetsförmedlingen undersöker möjligheten för Linda att slutgöra praktiken i den påbörjade utbildningen med relevant stöd utifrån funktionsnivå.

Sammanfattningsvis kan sägas att Linda och hennes mor uttryckte stor uppskattning över att nätverket samlades för att tillsammans göra upp en planering. Inom Vitalis har psykologen fått en annan roll än vad som initialt planerades för och istället för en psykologbehandling blev insatsen mer av lotsande och klargörande kring behov. Socialsekreterarens roll i projektet har också förändrats under tid, och från ren ekonomisk rådgivning intagit en roll som samordnare. Vinsten för Lindas del, förutom att vara delaktig i att en tydlig plan gjordes upp, var att samtliga aktörer träffades vid samma tillfällen och att hon istället för att ha flera olika behandlingar och tider att passa fick träffa alla i det

professionella nätverket samtidigt. Ett datum för nätverket är bestämt för uppföljning i augusti och fram till dess finns en konkret plan där ansvaret för olika delar framgår tydligt.

Fallbeskrivning Inga

Inga 56 år är en av de sista deltagarna som projektet Vitalis tar emot. Hon har varit sjukskriven på heltid sedan drygt tio år tillbaka på grund av ryggproblem, lumbago ischias, knäproblem och besvär med vänster axel. Dessutom har hon en kronisk lungsjukdom. Inga har lång erfarenhet av hotell- och restaurangbranschen. Mat och service är något som Inga brinner för men tyvärr har hennes kroppsliga åkommor för länge sedan satt stopp för arbete inom den sektorn. Det hindrar dock inte Inga från att leva ut sin passion, i perioder har hon på frivillig basis bedrivit caféverksamhet i sitt hem. Inga är överhuvudtaget en otroligt driftig person med en sällsynt uppfinningsrikedom och förmåga att hitta lösningar på alla möjliga problem. Hon beskriver sig själv som kreativ, utåtriktad och som känslomänniska, det är "allt eller inget" som gäller vilket dock också leder till en hel del konflikter. Inga har fått en hel del råd från vården gällande ogynnsamma livsstilsfaktorer i form av övervikt, låg fysisk aktivitet och rökning men har överlag inte följt dessa.

Ekonomi är ett annat stort problem för Inga. Dels är hon skuldsatt sedan 80-talet pga att en egen verksamhet sattes i konkurs. Hon beskriver att hon levt på existensminimum under många år men för närvarande är ekonomin extra ansträngd pga. utförsäkring. Inga vill inte tvingas vända sig till kommunen för försörjningsstöd utan ser det som en absolut sista utväg.

Under bedömningssamtalen blir det uppenbart att Inga trots stora kroppsliga hinder har en hög aktivitetsnivå. Tidvis använder hon kryckor för att kunna ta sig fram utomhus men hon berättar också om renoveringsprojekt där hon själv utför en del praktiskt jobb. Det verkar helt enkelt inte vara så mycket som kan stoppa Inga. Teamet bedömer att med tanke på aktivitetsnivån torde Inga kunna ha någon form av arbetsförmåga i ett anpassat arbete. Hon själv är tveksam och uttrycker att hon gett upp det där med arbete. Hon ser helt inte själv hur hon med alla sina krämpor skulle kunna vara till nytta någonstans. Under några samtal utvecklas dock en viss nyfikenhet på arbete hos Inga, hon uttrycker att hon ju inget hellre vill än arbeta, hon har bara inte kunnat se hur det skulle kunna gå eller på vilken arbetsplats.

På mötena på Arbetsförmedlingen planeras för arbetspraktik. Inga själv vill helst söka ett "riktigt jobb" men alla enas om att det nog är bra att prova vilken typ av arbete som är realistiskt med tanke på Ingas fysiska hinder för att öka sannolikheten att det ska bli långvarigt. Inga går med på att arbetspröva på Kupan, en secondhandaffär. Av arbetsförmedlaren får hon höra att väntetiden tyvärr är lång på Kupan. En kontaktperson har bett arbetsförmedlaren att höra av sig om sex veckor igen, då ska det eventuellt bli en öppning. Inga blir besviken över att det ska ta så lång tid men uppger att hon får ge sig till tåls. Hennes tid på Arbetsförmedlingen förlängs i och med detta även efter Arbetslivsintroduktion. Hon frågar särskilt hur det kommer att bli med ekonomin och får till svar av arbetsförmedlaren att samma villkor gäller efter förlängningen.

Ett par veckor senare ringer Inga sin kontaktperson i Vitalis och är utom sig av besvikelse och ilska. Hon berättar att hon fått besked från Fk att bostadstillägget om ca 5500 dragits in i och med att tre månader gått och hon gått vidare i fördjupad kartläggning och vägledning på Af. Detta innebär att hon nu endast har aktivitetsersättning vilket motsvarar ca 4000 kr i månaden. Inga är arg på alla myndigheter, känner sig missledd och lurad. Hon framhåller att hon varit mycket noga med att fråga kring just de ekonomiska förutsättningarna men att hon fått missvisande information. Dagen efter ringer Inga igen, hon har nu tagit kontakt med sin husläkare och har beställt tid för att få ett sjukintyg så att hon åter kan söka sjukpenning.

Exempel på diagnoser enligt sjukintyg

Lumbago-ischias, Cervicalgi
Nack och skuldermyalgi, tendens till epikondylalgi, knäledsartros
Utmattningssyndrom med panikångest, Status post vestibularisneurit, Status post Bells pares, Tinnitus, Sömnproblem, depression
Långvarig behandlingsresistent smärta.
Depression, Fibromyalgi
Fibromyalgi
Celiaki, hudutslag, klåda, stressyndrom
Fibromyalgi, Diabetes mellitus, st.post. Artoplastik hö höft mm.
Paniksyndrom, Social fobi, Agorafobi, Fibromyalgi.
Recidiverande depression, Panikångestsyndrom, Sömnstörning, Restless legs syndrom.
Ätstörning, Generaliserat ångestsyndrom, Agorafobi
Fibromyalgi, Diskbråck.
Impingementsyndrom vä. Axel, Nack och skuldermyalgi, Depression.
Stressreaktion, Sjukdomskänsla och trötthet, Depressiv episod.
Gonartros, Ångest-depression.
Halsryggsmärta, Ryggvärk.
Depression/ångest, Recidiverande lumbago.
Lumbago, Ångesttillstånd, Tvångssyndrom
Ångest och depressionstillstånd, Personlighetsstörning, ADHD, Sociala fobi.
Status post bröstcancer, Stressreaktion, Depressio mentis med ångest.
Depression, Entesopati
Depression, St post tyroideaoperation
Social fobi, tvångstankar
Kronisk otit, dubbelsidig hörselnedsättning.
Cervikobrakialt syndrom, kroniskt smärttillstånd i nacke och skuldror
Depression med ångest, hypertoni
Astma, Fibromyalgi, Menieres sjukdom
Diskbråck
Lumbago med ischias, depression
Depression
Smärtor i höger arm efter trauma
Myalgi, höger skuldra, arm, nacke
Utmattningsdepression, generell myalgi, knäledsartros.
Myalgi av fibromyalgityp, paniksyndrom, maladaptivt stresssyndrom.
Depression
Smärta vänster hand.
ADHD, depression
Migrän och spänningshuvudvärk, diabetes typ II
Depression, myalgi, gonartros bilateralt
Ångest- och depressionstillstånd med paniksyndrom. Klaustrofobi, cervikobrachialt syndrom med spänningshuvudvärk
Fibromyalgi, dystymi, varaktig personlighetsförändring vid kronisk smärta
Suspekt SLE, sekundär fibromyalgi, epilepsi, hypertoni
Multipel artros, lumbal spondylos, hypertoni, depression, obesitas.
Lumbago ischias chronica, njursten, oklar feber
Fibromyalgi, depression och ångest, buksmärta
Generaliserat ångestsyndrom, ängslig personlighetsstörning
ADHD, recidiverande depression, medelsvår episod, tvångssymtom med tvångstankar och tvångshandlingar
Polyartros, Adipositas
Generaliserat utmattningssyndrom, ledvärk, sömnstörning, generaliserat ångestsyndrom, depressiv episod
Whiplashskada, fibromyalgi, spänningshuvudvärk.
Ländryggvärk med utstrålning i vänster ben, övervikt.
Fibromyalgi, depression, paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom, colon irritabile, astma
Reaktion på stress
Fibromyalgi, sömnapnesyndrom, metallsyndrom, recidiverande depressioner, colon irritabile
Diskbråck, KOL, ostenekros bilat knäleder m inpo knäproteser
Whiplashskada
Svår hörselnedsättning av typ nervskada, depression, NUD.
PTSD, depression och ångest tillstånd
Diabetes typ 1, Fibromyalgi. Depression, Impingement, Kollagen colit, Panikångestsyndrom
Utmattningssyndrom
Kroniskt idiopatiskt smärtsyndrom, Migrän, Ryggradskrökning, Förstämningssyndrom
Depression, ångestsyndrom
Spondylolistes, Diabetes mellitus, cox artros, hypertoni
Fibromyalgi, depression, yrsel
Inflammatorisk systemsjukdom
Astma, kol, depression, tumartros första metakarpalleden