Samordningsförbundet
ÖSTRA SÖDERTÖRN

Slutrapport till Försäkringskassan

- september 2011

Signe

- ett projekt för att ge sjukskrivna kvinnor bättre förutsättningar att återgå i arbete

Författare:

Ingrid Anderzén, forskare

Åsa Halvarsson, projektledare

Samordningsförbundet Östra Södertörn utvärderar • Nr 12:2011

Samordningsförbundet
ÖSTRA SÖDERTÖRN

Samordningsförbundet
ÖSTRA SÖDERTÖRN

Styrgrupp

Ingrid Anderzén, med dr, forskare, Uppsala Universitet

Kent Almqwist, sektionschef, Arbetsförmedlingen tom 1.8 2010

Gunnel Eklöv, enhetschef, LFC Södertörn

Reza Majlesi, chef, Arbetsförmedlingen from 1.8 2010

Peter Nerman, verksamhetschef, Handens vårdcentral

Åsa Halvarsson, processtödjare, Samordningsförbundet Östra Södertörn

Projektledare

Åsa Halvarsson, processtödjare, Samordningsförbundet Östra Södertörn

Projektgrupp

Åsa Ahlbom, sjukgymnast, Primärvårdsrehab Handens vårdcentral

Cecilia Brage, arbetsterapeut, Primärvårdsrehab Handens vårdcentral

Ruth de Lira, kurator, Handens vårdcentral

Hannele Hallberg, arbetspsykolog, Arbetsförmedlingen

Elisabet Rignell, läkare, specialist allmän medicin

Marie Swartling, SE-handläggare, Arbetsförmedlingen

Anna Holmström, koordinator, LFC Södertörn

Vetenskaplig rådgivare

Ingrid Anderzén, Med dr och forskare vid Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap
Uppsala Universitet

Projektet har genomförts under tiden februari 2010 till och med oktober 2011.

Samordningsförbundet
ÖSTRA SÖDERTÖRN

Sammanfattning

Föreliggande slutrapport redovisar metod och erfarenheter från projektet Signe som på uppdrag av Försäkringskassan bedrivits av Samordningsförbundet Östra Södertörn i nära samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i Haninge. Försäkringskassan färdigställer en slutrapport över de fyra deltagande projekten januari 2013.

Försäkringskassans huvudkontor beviljade den 19 januari 2010 totalt 7 Mkr till Samordningsförbundets projekt Signe, som ett av fyra forskningsprojekt inom ramen för regeringens satsning för att minska kvinnors sjukfrånvaro och öka återgången i arbete för kvinnor som helt eller delvis saknar arbetsförmåga. Projektmedlen utgjorde en del av regeringens satsning på jämställdhet på arbetsmarknaden och i näringslivet.

Projekten som beviljades medel var utformade på ett sätt som gav förutsättningar att utvärdera rehabiliteringsinsatsernas effekter för återgång i arbete jämfört med myndigheternas ordinarie verksamheter. Försäkringskassan kommer 2012 att göra en uppföljning. I denna kommer ersättning på grund av sjukfrånvaro samt rehabiliteringskostnader att jämföras mellan de olika grupperna. Resultaten av utvärderingen ger på så sätt underlag för såväl regeringen som för samverkande parter om kostnadseffektiviteten av rehabiliteringsverksamhet kopplat till återgång i arbete.

Syftet med projektet har varit att utvärdera om fler sjukskrivna kvinnor som får en bedömning av ett multidisciplinärt team (kurator, läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast och arbetspsykolog) i större utsträckning kommer tillbaka i arbete jämfört med en kontrollgrupp som hanteras via myndigheternas ordinarie handläggning.

I projektet har 162 sjukskrivna kvinnor ingått, 82 kvinnor randomiserades till att möta det multidisciplinära teamet och 80 kvinnor randomiserades till kontrollgruppen. Projektet pågår mellan den 1 januari 2010 och 31 oktober 2011.

Försäkringskassan i Haninge genomförde urvalet och intentionen var att sjukskrivna kvinnor inom hela rehabkedjan skulle tillfrågas om deltagande i projektet. Projektets målgrupp är kvinnor med sjukskrivning orsakad av psykisk ohälsa och/eller smärta i rörelseapparaten. De här grupperna utgör ca 63 % av alla sjukskrivna kvinnor, och är den största gruppen sjukskrivna.

När kvinnan tackat ja till att delta i projektet randomiserades hon antingen till teamgruppen (bedömning av det multidisciplinära teamet) eller till kontrollgruppen. De kvinnor som bedömdes av teamet fick en handlingsplan som grundade sig på teamets gemensamma bedömning. Enligt handlingsplanen tog olika rehabiliteringsåtgärder vid. Med teamets gemensamma kunskap och korta beslutsvägar kunde många av kvinnorna snabbt komma igång då planering och åtgärd följde direkt på varandra. Förutom insatser i de ordinarie verksamheterna hade teamet möjlighet att köpa insatser för kvinnorna. Åtgärderna bestod oftast av motivationsinsatser såsom samtal, friskvård eller coachning. Andra åtgärder var utbildning, arbetspraktik och arbetsträning. Många kreativa lösningar har använts för att rehabiliteringen skulle bli lyckosam.

Kvinnorna i kontrollgruppen hade samma möjlighet till köpta insatser som gjordes av den personlige handläggaren på Försäkringskassan.

Vid en jämförelse av grupperna visade det sig att det var fler kvinnor i kontrollgruppen som hade en arbetsgivare och att det var fler kvinnor i teamgruppen som hade mer än en diagnos.
Även om många av deltagarna kom in i projektet före dag 180 i rehabkedjan så hade drygt 70 % av dem en mycket långvarig sjukskrivningshistorik bakom sig.

Hittills har för få deltagare avslutats i projektet Signe för att kunna redovisa några säkra resultat. Erfarenheterna från teamets medlemmar visar att man med ökad kunskap om varandras kompetenser och förutsättningar kan rehabilitera personer med en komplex problembild tillbaka till arbete. För att få arbetslösa sjukskrivna tillbaka till arbetslivet är det viktigt att insatserna på vårdcentralerna följs upp av åtgärder från Arbetsförmedlingen i samarbete med Försäkringskassan. Genom ett strukturerat samarbete har tillgången till fler verktyg och lösningar/insatser ökat. Möjligheten att få en sammanhållen rehabiliteringsprocess från sjukskrivning till arbete upplevs öka möjligheten för kvinnorna att återgå i arbete.

I Signe har korta beslutsvägar möjliggjort att rehabiliteringsåtgärder för deltagarna har påbörjats snabbare och ändrat inriktning vid behov. Handlingsplanen, som är en sammanställning av teamets undersökningsresultat, är ett bra komplement när Försäkringskassan fattar beslut om rätten till ersättning.

Kvinnorna upplever det mycket positivt att möta ett team och anser att kvalitén på besöken hos teamets specialister har varit hög.
Ett flertal kvinnor i Signe har uppskattat att få tillgång till det multidisciplinära teamet och som en av deltagarna uttryckte det: hon hade ”*plockat guldkornen från var och en*” av medlemmarna i teamet.

Försäkringskassan färdigställer en slutrapport över de fyra deltagande projekten januari 2013.

Försäkringskassans slutliga uppföljning av kvinnors ohälsa kommer att innehålla:

- Information från gemensamma seminarier
- De egna projektens uppföljningar
- Kvantitativ studie där fokus ligger på om projekten har minskat sjukfrånvaron

Den sista deltagaren ska vara klar den 1 november 2011, även om några personer därefter har möjlighet till visst stöd. Ett uttag av statistik görs i augusti 2012. Anledningen till att Försäkringskassan väntar 6-7 månader med att göra uttaget beror på att uttag gjorda väldigt kort tid efter avslutad åtgärd ökar risken att inte kunna se effekten av åtgärden. I september 2012 samlas all data ihop och analyseras. Därefter skrivs rapporten vilken överlämnas till regeringen i januari 2013.

Innehållsförteckning

Sammanfattning 4

Innehållsförteckning 6

1. Inledning 8

1.2 Rehabiliteringskedjan 9

1.3 Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering 9

1.4 Behov av metodutveckling 9

2. Syfte och mål 11

2.1 Projektets mål 11

3. Målgrupp – deltagare i projektet 13

3.1 Rekrytering av deltagare 13

3.2 Beskrivning av målgruppen 14

4. Metod/Processen 16

4.2 Dokumentation 18

5. Personal i teamet 19

5.1 Beskrivning av det multidisciplinära teamet, dess kompetens och dess arbetssätt 19

5.1.1 Kurator 19

5.1.2 Arbetsterapeut 20

5.1.3 Läkare 21

5.1.4 Sjukgymnast 21

5.1.5 Arbetspsykolog 21

5.1.6 Supported Employment (SE) handledare i nära samarbete med teamet 22

6. Tiden 23

7. Redovisning av kostnader 23

8. Utvärdering 24

9. Fallbeskrivning 24

10. Erfarenheter från projektet 25

11. Kommentarer från deltagare 26

Bilaga B. Resultat/sammanställning av de kvinnor som hittills deltagit ett år i projektet 28

Arbetsåtergång 28

Resultat från enkäterna 28

Enkätdata 28

Analys och tolkning av datamaterial 28

Deltagarens egen bedömning av teamet 31

1. Inledning

Föreliggande rapport redovisar metod och erfarenheter från projektet Signe som på uppdrag av Försäkringskassan bedrivits av Samordningsförbundet Östra Södertörn i nära samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i Haninge.

1.1 Bakgrund

Långtidssjukskrivningar har sedan i mitten av 1990-talet ökat. Detta innebär dels stora förändringar och lidande utifrån ett individperspektiv, dels stora socioekonomiska kostnader utifrån ett samhällsperspektiv. För att hindra den utveckling av sjukskrivningens konsekvenser som vi hittills sett, har Försäkringskassan (FK), Arbetsförmedlingen (AF), de lokala hälso- och sjukvårdsmyndigheterna, arbetsgivare och kommunerna i uppdrag att samverka kring arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta i syfte att öka förutsättningarna att kunna hjälpa sjukskrivna att återgå till arbete och att därmed bli självförsörjande.

Sjukfrånvaron är högre bland kvinnor än män. Skillnaderna i sjukfrånvaro utgör ett av hindren för jämställdhet. Det ger olika förutsättningar för kvinnor och män att komma in på arbetsmarknaden och att stanna kvar och utvecklas i arbetslivet. Konsekvensen blir i förlängningen löneskillnader och ojämlika karriärmöjligheter. Även om ohälsan har minskat under de senaste åren så är kvinnor fortfarande sjukskrivna i större utsträckning än män.

Ett flertal undersökningar visar att kvinnor och män får olika bemötande inom vården och vid Försäkringskassan, t ex att inte ställa samma frågor till kvinnor och män angående drogmissbruk, utsatthet för våld och psykisk ohälsa. Det finns få studier/undersökningar som belyser vilka metoder/insatser som leder till att personer kan få/behålla eller öka sin arbetsförmåga.

I Haninge har man tidigare via stöd från SKL arbetat med jämställdhetsfrågor i sjukskrivnings-processen inom vården genom projektet ”Jämt sjukskriven”. Erfarenheten från det projektet visade att det är viktigt att ha god kunskap om genusfrågor i bemötande av kvinnor och män, att ha skärpt uppmärksamhet på att inte medikalisera psykosocial problematik som i stor utsträckning ligger bakom kvinnors besvärsbild och förbise bakomliggande psykisk ohälsa hos män som uppger somatisk åkomma när han söker vård.

Resultat från ett tidigare projekt ”Nysatsa” har visat goda resultat till följd av ett tätt samarbete mellan myndigheterna FK och AF. Slutrapporten visar att 52 procent av deltagarna gick tillbaka till arbetslivet eller var på väg tillbaka när de lämnade projektet. 26 procent hade ett avlönat arbete eller studerade och ytterligare 26 procent var inskrivna hos AF och hade påbörjat en arbetsträning.

Regeringen gav hösten 2009 Försäkringskassan i uppdrag att fördela medel för forskningsuppdrag med syfte att minska sjukfrånvaron och öka återgången i arbete bland kvinnor. Projektet Signe är ett av fyra projekt i denna satsning att öka möjligheterna till arbetsåtergång för sjukskrivna kvinnor. Projektet är ett samarbetsprojekt mellan Försäkringskassan, vården/rehabiliterare, Arbetsförmedlingen/arbetsgivare. Projektet leds av en projektledare vid Samordningsförbundet Östra Södertörn.

1.2 Rehabiliteringskedjan

Flera initiativ har under de senaste åren tagits för att minska sjukfrånvaron och öka arbetsåtergång. Ett flertal förslag för att minska sjukfrånvaron har presenterats, bland annat införandet av nya regler i socialförsäkringen. Införandet av den så kallade rehabiliteringskedjan den 1 juli 2008 har som syfte att komma igång med tidiga insatser för att ge fler sjukskrivna möjlighet att komma tillbaka till arbete. Bland annat infördes fasta tidpunkter för Försäkringskassans bedömning av rätten till ersättning. Läs mer om rehabkedjan på:
www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/arbetsformaga/rehabiliteringskedjan

1.3 Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering

Att samverka inom arbetslivsinriktad rehabilitering kan beskrivas som välfärdsstatens nya arbetsform och är ett målinriktat arbete som syftar till att effektivisera de rehabiliteringsresurser som finns i samhället. Forskning visar att samarbete inom arbetslivsinriktad rehabilitering leder till snabbare återgång till arbete, men också förbättrad hälsa och minskad sjukskrivning hos deltagarna i projekten. Samverkan 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. Både framgångsfaktorer och hinder kan främja samverkan beroende på hur dessa hanteras, olika faktorer är av betydelse för olika typer av situationer.

Idag är ansvaret för rehabiliteringsansvaret uppdelat på flera huvudmän och en ökad specialisering sker som gör att det finns ett stort behov av att samverka för att rehabiliteringen ska bli framgångsrik.

Att ta sig tillbaka till ett arbetsliv kan vara en komplex process som kräver att det finns personer med olika professioner som med förståelse och kunskap samverkar kring individen. I ett yttrande från SKL gällande helhetssynen i frågor som berör socialförsäkringen, understryks vikten av samverkan mellan berörda myndigheter/aktörer i syfte att så tidigt som möjligt bistå med insatser som möjliggör återgång i arbete, oavsett om det är till tidigare anställning eller till annat arbete på den reguljära arbetsmarknaden (SKL 2010-10-18). Att underlätta denna process för individen genom att begränsa antalet kontakter inom Försäkringskassa, Arbetsförmedling, socialtjänst och vård, att organisationerna har ett gemensamt arbetssätt samt att det finns en tydlig kommunikation mellan aktörerna kan vara av stor betydelse för hur framgångsrik rehabiliteringen och återgången till arbetslivet blir.

1.4 Behov av metodutveckling

Det finns ett stort behov av metodutveckling kring rehabilitering och prevention vilket har lyfts fram i många sammanhang. Åtgärderna kan vara allt från strukturella insatser grundade på politiska beslut till informations- och utbildningsinsatser riktade till specifika grupper men också individrelaterade rehabiliteringsåtgärder i olika former. Av de insatser som görs sker dock en alltför bristfällig dokumentation och utvärdering. Både förebyggande arbete och rehabiliteringsinsatser behöver således vidareutvecklas genom adekvata systematiska uppföljningar och med metoder som dokumenterar effekter ur olika perspektiv.

Om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan överföras till ordinarie verksamhet är vinsterna många för individen, organisationer, myndigheter och även för samhället. Det därför angeläget att fundera över vilka åtgärder som behöver vidtas för att implementera ett fungerande koncept i den ordinarie verksamheten. Det är också angeläget att utveckla hållbara metoder för att förhindra att individer hamnar i långa sjukskrivningar.

2. Syfte och mål

Projektet Signe syftar övergripande till att minska sjukfrånvaron och öka återgången i arbete bland sjukskrivna kvinnor. Ett mer specifikt syfte är att studera om en bedömning av ett professionell multidisciplinärt team som ger en samlad bedömning gör att fler sjukskrivna kvinnor snabbare återgår i arbete jämfört med en kontrollgrupp som följer myndigheternas ordinarie hantering av dessa ärenden. Genom utredning och bedömning av ett multidisciplinärt team-och en sammanhållen rehabiliteringsprocess ska deltagarna ges bättre förutsättningar att avsluta sin sjukskrivning för att återgå i arbete/studier jämfört med en kontrollgrupp som inte bedömts av ett multidisciplinärt team.

Teamet som består av läkare, kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut och arbetspsykolog från AF ska gemensamt utifrån varje individs förutsättningar föreslå och samordna åtgärder. En handläggare från AF med specialisering inom Supported Employment (SE) är knuten till teamet.

Projektet ska genom samverkan mellan flera olika myndigheter (Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och hälso- och sjukvården) skapa en gemensam sammanhållen process från sjukskrivning tillbaka till arbete och där alla inblandade aktörer arbetar mot samma mål för varje individ – vilket är att återgå i arbete. Avsikten är att personen som bedöms av ett team snabbare minskar andelen sjukskrivning, får en kortare sjukskrivningstid, lägre intensitet av subjektiva besvär/symtom och en minskad risk för återinsjuknande jämfört med en kontrollgrupp som inte har bedömts av ett multidisciplinärt team.

2.1 Projektets mål

Projektets mål är:

- Att 80 procent av de sjukskrivna kvinnorna med arbetsgivare och som varit sjukskrivna färre än 180 dagar ska vara tillbaka i arbete med eller utan stöd av arbetsmarknadspolitiska åtgärder eller påbörjat en utbildning inom 12 månader. Andelen är statistiskt större i jämförelse med kontrollgruppen.
- Att 60 procent av de sjukskrivna kvinnorna utan arbetsgivare och som varit sjukskrivna färre än 180 dagar ska ha ett arbete med eller utan stöd av arbetsmarknadspolitiska åtgärder eller påbörjat en utbildning inom 12 månader. Andelen är statistiskt större i jämförelse med kontrollgruppen.
- Att 70 procent av de sjukskrivna kvinnorna med arbetsgivare och som varit sjukskrivna längre än 180 dagar ska vara tillbaka i arbete med eller utan stöd av arbetsmarknadspolitiska åtgärder eller påbörjat en utbildning inom 12 månader. Andelen är statistiskt större i jämförelse med kontrollgruppen.
- Att 50 procent av de sjukskrivna kvinnorna utan arbetsgivare och som varit sjukskrivna längre än 180 dagar ska ha ett arbete med eller utan stöd av arbetsmarknadspolitiska åtgärder eller påbörjat en utbildning inom 12 månader. Andelen är statistiskt större i jämförelse med kontrollgruppen.
- Kvinnor i försöksgruppen kommer året efter deltagandet att konsumera mindre vård i jämförelse med kvinnorna i kontrollgruppen.

Projektets mål för metodutveckling och effekter för medverkande organisationer är:

- Öka kunskapen om kvinnors ohälsa genom seminarier och utbildningsinsatser som är kopplade till de resultat som projektet ger.

3. Målgrupp – deltagare i projektet

Målgruppen som projektet vänt sig till sjukskrivna kvinnor. I ett första skede vände sig projektet till kvinnor boende i Haninge, Nynäshamn och Tyresö men detta utökades från och med november 2010 till att gälla hela Stockholms län. Presumtiva deltagare erbjöds delta och deltagandet var helt frivilligt.

Inklusionskriterier för att delta var:

- Kvinnor som var sjukskrivna med diagnoser inom psykisk ohälsa, smärta eller problem med rörelseapparaten
- Kvinnor boende i Stockholms län

Exklusionskriterier för att inte delta var:

- Kvinnor där det framgick att det fanns en hög suicidrisk
- Kvinnor där det framgick att det fanns ett pågående (uppenbart) missbruk
- Kvinnor som tidigare diagnostiserats för en psykisk sjuklighet, ffa bipolär sjukdom, psykos och där den fortfarande var aktiv
- Kvinnor som ordinerats en behandling av sjukskrivande läkare och som var påbörjad
- Kvinnor som påbörjat en rehabilitering hos sin arbetsgivare

3.1 Rekrytering av deltagare

Urvalet gjordes på Försäkringskassan av projektkoordinatorn. Under de tre fösta månaderna valdes kvinnorna ut av koordinatorn som sedan kommunicerade de presumtiva deltagarna med respektive handläggare. Då inflödet in till projektet inte var tillräckligt stort utifrån satta mål, ändrades urvalsförfarandet till att gälla alla sjukskrivna kvinnor inom målgruppen vilka fick erbjudande om att delta. Erbjudandet skickades ut per brev och deltagandet var helt frivilligt.

Tillsammans med brevet om erbjudandet fanns en blankett för underskrift av samtycke. Genom att fylla i och återsända samtycket tackade kvinnorna ja till att delta. Av de 315 kvinnor som fick erbjudande tackade 162 ja, ibland efter både påminnelsebrev och telefonsamtal. De som tackade ja randomiserades därefter till två grupper, en försöksgrupp (kallad teamgrupp) som erbjöds bedömning av ett multiprofessionellt team och en kontrollgrupp som hanterades av Försäkringskassans ordinarie verksamhet. Båda grupperna hade tillgång till köp av olika rehabiliteringstjänster, vilket i vanliga fall inte finns inom Försäkringskassans ordinarie verksamhet. Randomiseringen genomfördes via ett datasystem vid Försäkringskassan - MIKO. Både team- och kontrollgruppens deltagare registrerades in i MIKO-systemet som administrerades av projektledningen centralt på Försäkringskassan. Data från MIKO-systemet är den data som kommer att användas i den utvärdering som Försäkringskassan gör av projektet.

I projektets teamgrupp har det ingått 82 sjukskrivna kvinnor och i kontrollgruppen 80 sjukskrivna kvinnor. I teamgruppen finns ett bortfall på 13 kvinnor (16 %) som randomiserades in till projektet men därefter avböjde att delta pga olika skäl.

De kvinnor som randomiserades in till kontrollgruppen meddelades att de ingick i kontrollgruppen och att ordinarie handläggning av deras sjukskrivning skulle ske men att handläggarna hade tillgång till rehabiliteringsinsatser som kunde köpas in. En notering om att kvinnan ingick i team- eller kontrollgrupp gjordes i Försäkringskassans personakt.

3.2 Beskrivning av målgruppen

I tabell 1 ges en översikt på bakgrundsvariabler hos team- och kontrollgruppen. Det finns ingen signifikant skillnad i ålder eller civilstånd mellan team- och kontrollgrupp. Målgruppen i projektet var sjukskrivna kvinnor med diagnoser inom muskelskeletala diagnoser samt diagnoser inom psykisk ohälsa och smärta. I målgruppen ingick kvinnor med diagnoserna inom (F) psykisk ohälsa vilket innebär allt från lätta till medelsvåra återkommande depressioner, utmattningssyndrom, ångest, kriser, fobier och ytterligare diagnosgrupp var M med symtom från rygg, nacke, axlar, olika leder samt smärtor i muskler som till exempel fibromyalgi. Dessutom utgjorde olika smärttillstånd (diagnosgrupp R) en del av målgruppen. I många fall fanns en samsjuklighet, dels inom ovan nämnda grupper men några hade andra sjukdomar som t ex diabetes, astma etc.
Det var en stor skillnad mellan diagnoserna i team- och kontrollgruppen, i teamgruppen hade 14 kvinnor diagnosen fibromyalgi och i kontrollgruppen 5.

Deltagarnas ålder var 45 respektive 46 år för team- respektive kontrollgrupp med en range på 22 - 64 år.

I gruppen sjukskrivna inom 180 dagar i rehabiliteringskedjan fanns en stor andel personer som tidigare har haft långvariga sjukskrivningar. Hela 72 % av deltagarna hade omfattande tidigare sjukskrivningar (mer än ett år) och det var ingen skillnad mellan team- och kontrollgrupp.

I teamgruppen hade fler kvinnor ingen arbetsgivare. Detta är signifikant säkerställt gentemot kontrollgruppen. Även om en lång sjukskrivning gör det svårt att komma tillbaka till arbetslivet så är motiveringen större att försöka knyta an till den gamla arbetsplatsen om valet är att vara sjukskriven och arbetslös. I de fall där kontakten med arbetsgivaren har varit god har man gemensamt kommit på lösningar för att personen ska kunna återgå till arbetet. I ett fall valde deltagaren, för att orka arbeta, att gå ner i tjänstgöringsgrad istället för att prövas mot hela arbetsmarknaden vid dag 180.

Omfattande sjukskrivningar under långa perioder, vilket flertalet av kvinnorna haft, har också lett till en mycket dålig ekonomi för många av dem. För att de skulle kunna delta i föreslagna insatser har projektet i ett par fall betalat resor för kvinnorna.

Cirka hälften av alla kvinnor som genomgått teambedömningen har varit utsatta för någon form av våld, sexuella övergrepp eller traumatiska händelser i barndomen, ungdomen eller som vuxen.

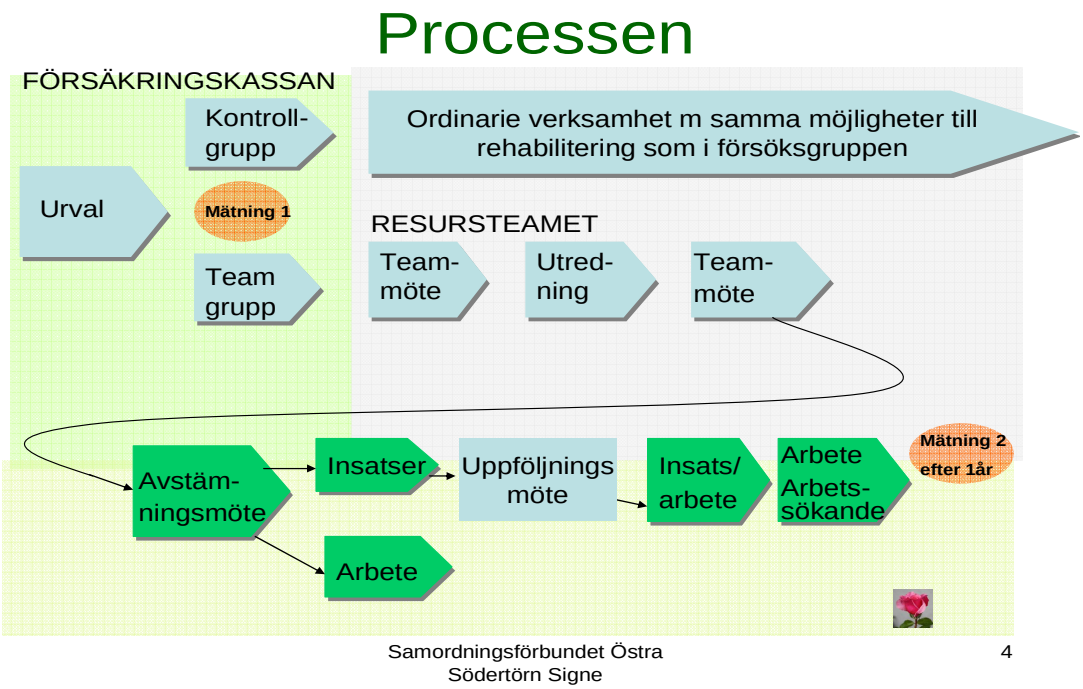
Tabell1: Deskriptiv data för projektets målgrupp

Variabel	Teamgrupp (%)	Kontrollgrupp (%)
Ålder (medelvärde i år; min och max ålder)	46 (22 – 64)	45 (21 – 64)
Andel långtidssjukskrivna % (mer än ett år)	62,7	77,5
Civilstånd antal (%)		
Gift/sambo/särbo	57,4	46,3
Ensamstående	42,6	53,8
Diagnoser enligt ICD 10 kod (%)		
***F-diagnos**	42 (52)	42 (52)
***M-diagnos**	25 (31)	33 (41)
***R-diagnos**	5 (6)	4 (5)
Både F- och M-diagnos	6 (7)	1 (1)
Både F- och R-diagnos	3 (4)	0
Arbetsgivare andel (%)	63,2	76,3
Dag i rehabiliteringskedjan (n= deltagare som passerat ett år i projektet)		
Före dag 180	19	25
Efter dag 180	11	12

Diagnosgrupper enligt ICD10
F = psykiska sjukdomar/sjukdomstillstånd: från psykoser till ospecifik ångest, från stressreaktion till utmattningssyndrom, lindrig depression till svår, personlighetsstörningar, autism i olika former, beroende-problematik mm.
M = besvär emanerande från rörelseapparaten, med specifik diagnos, tex diskbråck, lumbago ischias, knäartros, impimgement, fibromyalgi, mm.
R = symtomdiagnoser som tex smärttillstånd med oklar genes, trötthet och yrsel.

4. Metod/Processen

För de kvinnor som randomiserades till teamgruppen skrev koordinatorn en ”sammanfattning inför deltagandet i Signe” av de persondata som fanns på Försäkringskassan. Sammanfattningen presenterades vid ett teammöte. På teammötet deltog det multidisciplinära teamets specialister (läkare, kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut och arbetspsykolog från AF), SE-handledaren från AF och koordinatorn från Försäkringskassan. I figur 1 beskrivs processen hur teamet arbetade.



Figur 1. Processen i Signe

Vid mötet bokades personen in för ett besök till respektive specialist i teamet. Kuratorn skickade ut kallelserna från teamet till deltagaren. Målet var att alla i teamet skulle hinna träffa kvinnan för en bedömning under en tvåveckorsperiod.

Varje besök hos specialisten tog ca en timme och innehöll både utredning/bedömning och återkoppling till vad som framkommit under besöket. Vid kommande teammöte, när bedömningarna och utredningarna var genomförda, rapporterade alla i teamet sina resultat från respektive undersökning. Man diskuterade och tog gemensamt fram ett samlat förslag på fortsatta åtgärder. Här bestämdes också vem som skulle delta och när man skulle ha ett avstämningsmöte med kvinnan.

Teammötet hade en fast struktur och bestod av följande tre delar:

- *1:a delen*
  Genomgång av nya deltagare, här gavs en sammanfattning av FKs utredningar och teamet fördelade besökstider till kvinnorna. Kuratorn kallade därefter kvinnorna till de olika professionerna.

- *2:a delen*
  Genomgång av bedömningsresultaten. Förslag på åtgärdsplan diskuterades fram. En kontaktperson utsågs i teamet för deltagaren. Kontaktpersonen har oftast varit kuratorn och SE-handledaren vid AF. Tid bokades för avstämningsmöten. För avstämningsmötena fanns tider reserverade för att tas i anspråk vid behov. Det var viktigt att ha bokningsbara tider eftersom det annars kan ta lång tid innan alla inblandade hittade en gemensam ledig tid i sina almanackor.
- *3:e delen*
  På slutet av teammötet ägnade sig teamet åt uppföljning av deltagarna, detta för att göra eventuella korrigeringar i handlingsplanen samt för att stämma av var i processen de befann sig.

Efter det att ärendet tagits upp i teammötet kallades kvinnan av kuratorn till avstämningsmöte där även den personliga handläggaren från FK och SE-handledaren från AF deltog. Syftet med mötet var att diskutera förslag till åtgärder och lägga fast en handlingsplan för fortsatt behandling/andra åtgärder/arbetsåtergång. Tillsammans med kvinnan och den personliga handläggaren från FK fastställdes fortsatta insatser.

Teamets ställningstagande kunde direkt omsättas i åtgärder i form av insatser eller åtgärder där både Försäkringskassan och/eller Arbetsförmedlingen var med i planeringen av dessa insatser.

SE-handledare som funnits med i projektet har vid behov efter avstämningsmötet haft egna möten med deltagarna Det har ofta handlat om vägledningssamtal, att skaffa fram praktikplatser, varit stöd eller tagit beslut om åtgärder som finns inom AFs ordinarie verksamhet.

De i handlingsplanen föreslagna rehabiliteringsinsatserna har kommit igång omgående efter det att avstämningsmötet hållits. Dessa insatser har kontinuerligt följts upp på teammötena.

Rehabiliteringsinsatser

På grund av teamets sammansättning och stationering vid Handens vårdcentral hade de kännedom och tillgång till åtgärder inom ordinarie verksamheter både inom hälso- och sjukvården, från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Teamet bekräftade redan påbörjade insatser eller föreslog nya behandlingar inom de reguljära verksamheterna. Det gjorde att man i många fall använde sig av befintliga rehabiliteringsinsatser. Genom att teamet har god kunskap om sina respektive områden kunde de ta vara på och framförallt planera så att insatserna från sjukvården hängde samman med insatserna som följde från Arbetsförmedlingen och/eller Försäkringskassan. Insatser från ordinarie verksamhet har bl.a. varit bassängträning, Qigong, ryggskola, samtal, smärtskola, individuella besök hos kurator, arbetsterapeut och sjukgymnastik, remittering till psykiatrin och smärtmottagning.

Insatser som köpts in för både team- och kontrollgrupp

För att öka möjligheterna för deltagande kvinnor att komma tillbaka till arbete hade projektet en budget på 2,4 miljoner för att köpa insatser för kvinnorna i både team- och kontrollgrupp. Insatserna har varit allt från behandlingar, rehabiliteringar, arbetsträning eller kortare utbildningar. Samma möjlighet till köp av insatser fanns för kontrollgruppen.

Insatser som köpts in har varit samtal, oftast baserade på kognitiva beteende terapi (KBT), kartläggning och coachning, arbetsträning, ryggrehabilitering, smärtkurser, stresskurser, resor till utbildning, livsstilskurser och bildterapi (se bilaga A).

I kontrollgruppen har kvinnorna haft kontakt med sin personliga handläggare vid FK och den ordinarie handläggningen har skett. Vid behov har handläggaren vid FK haft möjlighet att köpa in rehabiliteringsinsatser för kvinnan genom projektet.

Avstämningsmöte
Vid ett avstämningsmöte deltog deltagaren, representant från teamet - oftast kuratorn, SE-handledare AF, handläggare FK.
På mötet redovisades en sammanställning av resultaten som framkommit vid de olika bedömningarna, förslag till fortsatt rehabilitering diskuterades och gemensamt med kvinnan beslutades om fortsätt handläggning. Tillsammans med deltagaren fastställdes en handlingsplan som t ex kunde innebära rehabiliteringsinsatser, arbetsträning, kortare utbildningar etc.

4.2 Dokumentation

Besöken i vården har dokumenterats i journalsystemet Take Care där en sammanställning med sammanfattningar av alla specialisters resultat och den gemensamma handlingsplanen också skrivits in. I planen finns förslagen till fortsatt rehabilitering som teamet kommit fram till i sina bedömningar. En sammanfattning finns även i den sjukskrivnes akter på Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Journalkopior har skickats till de läkare som finns utanför journalsystemet Take Care.

5. Personal i teamet

Det multidisciplinära teamet har bestått av en kurator, en arbetsterapeut, en läkare, en sjukgymnast och en arbetspsykolog från AF. Som en resurs för kvinnorna och stöd för teamet fanns två handledare med utbildning i Supported Employment (SE). Från och med november 2010 finns en SE-handledare kvar som resurs för kvinnorna och teamet.

Det multidisciplinära teamet står för en sammanhållen process och genomför en helhetsutredning/bedömning. Syftet med att den sjukskrivna kvinnan blir bedömd av flera kompetenser är att kunna erbjuda kvinnan en mer ”träffsäker” rehabilitering. Vidare lyfts och utreds alla frågor/problem som individen har samtidigt och under en kortare period jämfört med att kvinnan träffar en kompetens och sedan eventuellt måste remitteras till nästa.

Handledarna från AF som var knutna till teamet och deltog i teammötena, träffade kvinnorna om behov direkt efter teamets bedömning krävdes. Detta för att återgången till arbetslivet skulle bli så optimalt som möjligt och att hela processen hölls samman från vården/sjukskrivningen till arbete.

5.1 Beskrivning av det multidisciplinära teamet, dess kompetens och dess arbetssätt

Det multidisciplinära teamet har bestått av kurator, arbetsterapeut, arbetspsykolog, läkare och arbetspsykolog från AF. Nedan ges en beskrivning av deras kompetens och arbetssätt samt vilka verktyg/bedömningsinstrument de använt. Varje kompetens har träffat den sjukskrivna kvinnan under ca en timme.

5.1.1 Kurator

Kuratorn i projektet har förutom sin roll som kurator även haft rollen som koordinator i teamet och kontaktperson för de deltagande kvinnorna i projektet.

Kuratorns utredning/bedömning innebar att förstå faktorer som påverkar individens livssituation och hälsa. Alla deltagare har tillfrågats om livsstilsfrågor, våld i nära relation och sociala faktorer som kan ha haft en negativ påverkan. Uppdraget bestod i att göra en utredning/bedömning av hur sociala, psykiska och ekonomiska faktorer samverkar och påverkar individens hälsa och rehabilitering . Kuratorns bedömning/utredning är en del i ett helhetsperspektiv på kvinnans aktuella behov och ser individen i sitt sociala sammanhang. Formulär som kuratorn använts i utredningen/bedömningen har varit:

- **MADR-S** betyder Montgomery Åsberg Depression Rating Scale och är ett självskattnings-instrument för depression. Det används vid bedömning av depression, depressiva symptom eller för att följa ett depressionsförlopp. Skalan är utvecklad från ett annat större batteri av frågor kallat CPRS (Comprehensive Psychopatological Rating Scale).
  Instrumentet består av nio frågor där man kan få mellan 0 till 6 poäng (så teoretiskt kan man ha mellan 0-54 poäng). Instrumentet är mycket väl studerat och används i många vetenskapliga utvärderingar av depression världen över. MADR-S skattar depressionens djup men är inte diagnostisk.

  Tolkning av skattad poäng: 0-11 poäng ej deprimerad, 12-20 poäng mild depression, 20 poäng eller mer indikerar hög sannolikhet för egentlig depression om tillståndet har varat mer än 2 veckor och 40 poäng eller mer bör inläggning på psykiatrisk klink övervägas.

- **HAD** betyder Hospital Anxiety and Depression scale och är ett enkelt självskattnings-formulär som ger ett mått på patientens sinnesstämning. Instrumentet värderar ångest och depression samtidigt och ger separata poäng för varje område. Skalan består av sju frågor om depression och sju frågor om ångest. Det indikerar var en patient befinner sig i sjukdoms-förloppet - normalt, milt, moderat eller svårt tillstånd. HAD-skalan kan också med fördel användas för att följa ett förlopp. Varje fråga kan ge maximalt tre poäng. HAD-skalan är utarbetad för användning i somatisk vård och i primärvård.

  Tolkning av skattad poäng:

Depression	**Ångest**
0-7 poäng: Normalt	0-7 poäng: Normalt
8-10 poäng: Mild depression	8-10 poäng: Mild ångest
11-14 poäng: Måttlig depression	11-14 poäng: Måttlig ångest
≥ 15 poäng: Svår depression	≥ 15 poäng: Svår ångest

- **Linton - Frågeformulär om smärtproblem (kortversion)**

  Formuläret finns i en kortversion som med fördel används för att screena alla patienter med smärtproblem som söker kontakt med vårdcentralen.
  Poängsumman från formuläret räknas ihop enligt instruktion på formulär och manual. I kortversionen ligger gränsvärdet på mer än 50 för att indikera långvarig smärta.

5.1.2 Arbetsterapeut

I anamnesen, utifrån ADL-taxonomin, har kvinnans vardagliga aktivitetsmönster kartlagts. Detta för att får en samlad helhetsbild. Instrument som använts i bedömningen är:

- **AWP**, Observationsinstrument (Assessment of Work Performance) som bedömer individens arbetsfärdigheter inom tre områden, motoriska färdigheter, processfärdigheter samt kommunikations- och interaktionsfärdigheter. Instrumentet kan användas för att bedöma färdigheterna i arbete hos individer med alla former av arbetsrelaterad problematik, dvs instrumentet är ej sjukdoms-, skade- eller diagnosbundet. Syftet med AWP är endast att bedöma en individs observerbara färdigheter vid utförande av arbete/aktivitet. För att få en mer komplett uppfattning om förmågan att utföra arbete bör man därför även titta på andra faktorer som kan påverka arbetssituationen. Med AWP får vi reda på hur utförandet av en arbetsuppgift ser ut men inte varför det fungerar på det sättet.
- **WRI**, The Worker Role Interview, är ett bedömningsinstrument som görs via en semistrukturerad intervju och en fyragradig skattningsskala. Syftet är att identifiera hur psykosociala och miljömässiga faktorer påverkar personers möjligheter att vara kvar i, återgå till eller skaffa ett arbete.

Genom att använda AWP och WRI görs både en objektiv och en subjektiv bedömning vilket ger en bra bild av individens funktionsnedsättning och vilka resurser personen har.

Båda bedömningsinstrumentens validitet och reliabilitet har prövats och utvecklats genom flertalet studier.

5.1.3 Läkare

Uppdraget i projektet definierades som konsultläkare vilket innebar att läkaren inte hade något behandlingsansvar, inte utfärdande några recept eller sjukskrivningar, inga medicinska utredningar genomfördes. Läkaren deltog inte heller i avstämningsmötena/uppföljningsmötena. Däremot deltog läkaren alltid på teammötena. Läkarinsatsen i projektet var nödvändig för bedömning om arbetsförmåga/arbetsoförmåga pga sjukdom/sjukdomsliknande tillstånd.

Vid den medicinska konsultationen/besöket togs en anamnes inkluderande:

- psykosociala förhållanden,
- eventuell misshandel/övergrepp,
- förekomst av nikotin-, alkohol- och drogmissbruk
- pågående medicinering och medicinsk undersökning med fokus på besvärsbilden (kroppslig eller själslig, psykisk ohälsa eller båda delarna).

Utifrån vad som framkom i anamnesen och statusfynd gjordes en preliminär bedömning av art och grad av aktivitetsbegränsningar relaterat till arbete utifrån angiven diagnos, diagnosens rimlighet, preliminär prognos för återgång i arbetslivet. Förslag på lämpliga medicinska rehabiliteringsåtgärder delgavs teammedlemmarna under nästkommande teammöte. Kontakt togs vid behov med sjukskrivande och behandlande läkare.

5.1.4 Sjukgymnast

Utifrån patientens problematik har sjukgymnasten genomfört en bedömning/undersökning av funktionsförmåga samt en kartläggning av den aktuella fysisk aktivitetsnivå. Nedan ges en beskrivning av de bedömningsinstrument som använts:

- Smärtteckning - ett sätt att låta patienten beskriva smärtans karaktär och utbredning.
- TIPPA - en kartläggning/screening av den fysiska förmågan i vardagsaktiviteter. Kvinnan utför nio olika aktiviteter. För bedömning av resultatet används ett graderingssystem utvecklat för såväl män som kvinnor. Testet består av fyra olika variabler: patientens egen bedömning av sin aktuella fysiska förmåga, en objektiv bedömning av den fysiska aktivitetsförmåga, patientens skattning av sin upplevda ansträngning samt en bedömning av smärtbeteendet.
- **DRI** - Disability Rating Index, är ett instrument som används för självskattning av upplevd fysisk funktionsinskränkning. Det omfattar tolv vardagliga aktiviteter som de allra flesta människor utför eller kan tänkas utföra. Skattningen görs på visuella analoga skalor (VAS) och resultatet utläses från skala 0-100, där 0= klarar aktiviteten utan svårighet till 100= klarar inte alls aktiviteten.

5.1.5 Arbetspsykolog

Samtalet med arbetspsykologen har belyst deltagarens psykiska hälsa och känslomässiga stabilitet i förhållande till arbetslivet och de krav som arbetet ställer på individen. Samtalet tog upp resurser och stressorer som deltagaren hade i sitt liv och vilken förändringsberedskap och motivation de hade att förändra sin situation, särskilt när det gäller arbetet. De fyllde i ett självskattningsformulär beträffande exekutiva funktioner som belyste både kognitionen och exekutiva funktioner utifrån psykologiska faktorer som utgör viktiga generella grunder för arbetsförmåga och kapacitet. Flexibilitet, omdöme och förmåga att arbeta självständigt är förmågor som krävs inom de flesta områden idag. Under samtalet fick deltagaren också allmän information om de stödåtgärder och

möjligheter som AF har för att hjälpa personer med funktionsnedsättning att hitta lämpliga alternativ inom arbetslivet.

5.1.6 Supported Employment (SE) handledare i nära samarbete med teamet

En SE-handledare från AF har deltagit vid varje teammöte och så gott som alla avstämningsmöten. Detta har gett signaler till deltagarna att projektet haft en tydlig koppling till arbetslivet och att rehabiliteringens syfte har varit arbetslivsinriktad. Vid planering av rehabiliteringen har handledaren gett AFs perspektiv på frågeställningar, förslag till insatser etc, samt gett teamet information och kunskap om AFs tjänster och utbud.

SE-handledaren har haft vägledningssamtal, skaffat fram arbetsträningsplatser och praktikplatser samt motiverat deltagarna att söka jobb och gett stöd och råd i samband med arbetssökandet.

6. Tiden

Planerad start för projektet var den första januari 2010 men den försenades på grund av att beslutet om projektmedel kom först den 17 januari. Rekrytering av personal och framtagande av urvalsprocessen var inte avslutad förrän i slutet av februari. Tiden för förankringsprocessen hos medverkande parter och på arbetsplatserna blev minimal, likaså att skapa nya strukturer för samarbetet. Den första mars randomiserades den första deltagaren till projektet. Redan vid start låg projektet två månader efter i det planerade antalet deltagare. Projektets aktiva del avslutas den 31 oktober 2011, då har alla kvinnor gått igenom de åtgärder som planerats för dem. Vår planering är dock att delar av teamet samt handläggare på Arbetsförmedlingen finns kvar i projektet året ut för att ha utökade möjligheter att stötta kvinnorna, eftersom de sista randomiserades in i projektet den sista april och därmed träffade teamet under maj/juni. De påbörjade sina insatser under sommaren.

Från Försäkringskassan kommer en slutlig uppföljning av kvinnors ohälsa att innehålla:

- de fyra projektens delrapporter och slutrapporter
- information från gemensamma seminarier
- egna uppföljningar som några av projekten har gjort
- ev. kvalitativ studie från Försäkringskassans sida
- en kvantitativ studie där fokus ligger på om projekten minskar sjukfrånvaron

Den sista deltagaren ska vara klar den 1 november 2011. Försäkringskassan tar därefter ut statistik efter ca 6-7månader efter den avslutade insatsen, vilket beräknas till augusti 2012 . Anledningen till att Försäkringskassan väntar 6-7 månader med att göra uttaget beror på risken är annars stor att man inte ser effekt av åtgärden. I september 2012 samlas all data ihop och analyseras. Därefter skrivs rapporten och överlämnas till regeringen januari 2013.

7. Redovisning av kostnader

Ackumulerat utfall per 31 augusti

	Utfall	**Budget**
Projektledning	727 000 kr	766 000 kr
Personal, totalt	3 446 000 kr	4 105 000 kr
- FK	838 000 kr	1 383 000 kr
- AF	888 000 kr	744 000 kr
- SLL	1 720 000 kr	1 979 000 kr
Köp av tjänst	917 000 kr	2 400 000 kr
Övrigt	1 058 000 kr	242 000 kr
Totalt	**6 148 000 kr**	**7 513 000 kr**

Projektet beräknas ha personal i projektet till slutet av december 2011 för att ge alla deltagare som påbörjat Signeprojektet samma förutsättningar som tidigare deltagare. Kostnaderna beräknas totalt till ca 6 748 000kr . Under övriga kostnader finns en osäkerhet om utfallet för moms.

8. Utvärdering

Utvärdering av projektet görs centralt i Försäkringskassans regi via uppföljningssystemet MIKO där alla deltagare (både teamgrupp och kontrollgrupp) registrerats.
MIKO är ett databassystem för uppföljning som administreras på Försäkringskassan centralt. Inmatning av siffror har skett på LFC Södertörn av koordinatorn i projektet. I systemet har registrerats vilka insatser som är genomförda och under vilken period detta skett.

Förutom den utvärdering som görs av Försäkringskassan centralt via MIKO-systemet, görs en kvantitativ utvärdering via enkäter som endast deltagarna i teamgruppen besvarat före teammötet samt ett år efter det att projektet påbörjades.

I bilaga 2 ges en preliminär rapport av resultatsammanställningen utifrån de deltagare som hittills hunnit passerat 1-årsuppföljningen. I både team- och kontrollgruppen har 38 kvinnor passerat ett år. En fullständig redovisning av resultatet från 1-årsuppföljnngen kommer att göras under 2013.

Mätningar

Deltagarna har både vid projektstart och efter ett år besvarat enkäter. Första mätningen gjordes vid besök hos kuratorn med MADR-S, HAD, LINTONs smärtformulär (kortversionen) och självskattad hälsa (SRH). Efter ett år får alla deltagare samma enkätuppsättning skickade till sig samt ytterligare en enkät med frågor om hur de upplevt tiden i projektet.

Deltagarnas sjukskrivningsgrad och återgång i arbete/studier har registrerats via registerdata hos FK.

9. Fallbeskrivning

Signe är en kvinna i 35-årsåldern. När hon började i projektet var hon gift och hade fyra barn. Ett av barnen har funktionsnedsättning. Bakom sig har hon flera långa sjukdomsfall under några år pga värk i rygg, axlar och nacke. Hon har sin yrkesbakgrund i restaurangbranschen och när hennes senaste arbetsgivare gick i konkurs hamnade hon i arbetslöshet. Ekonomiska svårigheter, omständigheter kring sonens funktionsnedsättning och andra problem i familjen samt trötthet ledde till att hon drabbades av en depression och nuvarande sjukskrivning var ca 8 månader innan projektets start. Hon uttrycker en känsla av att vara inne i en ond cirkel med psykisk trötthet, koncentrationssvårigheter, stressöverkänslighet samt övervikt som konsekvens av medicineringen.

Genom en längre arbetsträning via Arbetsförmedlingen och handledning som köpts in via projektet har hon därefter fått en anställning med lönebidrag på 50 %. Hon trivs ”fantastiskt” bra och tycker att det är roligt att gå till jobbet. Planer finns även på att öka arbetstiden.

I projektet har hon fått tre olika insatser däribland samtalsterapi, vilket varit till stor hjälp. Hon har nyligen skilt sig, något som hon tänkt på under ett par års tid. Detta har inneburit en sämre ekonomisk situation, men hon är överlag mer tillfreds. Det hon anger som främsta orsaker till att hon kommit vidare och ur sjukskrivningen är dels att hon fått antidepressiva läkemedel som har fungerat, dels har hon fått en bra och flexibel arbetsgivare samt det stöd hon känt i ”Signe-nätverket.” Det har känts som en sammanhållen insats. Signe framhåller speciellt samtalen med kuratorn och kontakten med SE-handledaren, som hon upplevt som ett stöd snarare än en press. Däremot är hennes upplevelse att Försäkringskassan stått utanför och inte deltagit i samarbetet, ”de har varit som en egen instans”. Handläggarbyten på Försäkringskassan har varit en ytterligare

påfrestning. Hon har en positiv bild av framtiden. Ekonomin är dock tung då hon inte har råd med något extra, som t ex att göra aktiviteter med sina barn. Däremot tror hon att hälsan kommer att förbättras och hon har förhoppningar om att snart kunna gå upp i arbetstid. Sammanfattningsvis tycker hon att hon haft en väldig tur och att pusselbitarna börjar ramla på plats.

10. Erfarenheter från projektet

Projektet har gett oss som arbetat i projektet erfarenheter som vi gärna vill förmedla till andra.

Utmaningar

Beslutet om att Samordningsförbundet skulle tilldelas projektet drog ut på tiden vilket gjorde att tiden för tillsättning av personal och förankringsarbete ute i verksamheterna blev kort innan projektstart. Detta var en bidragande orsak till att rekryteringen av deltagare blev försenad.

Att forma och utveckla teamarbete tar tid. En förutsättning för en fungerande samverkan är att medarbetarna i teamet har ett prestigelöst förhållningsätt till såväl sin egen profession som till övriga professioner. Fungerar teamarbetet är vinsterna många. Teamets bedömning ger en helhetsbild av deltagaren som tillsammans står för mycket mer än en enskild bedömning.

Regelverket hos myndigheterna har varit styrande vilket i vissa fall försvårat att åtgärder enligt handlingsplanen har kunnat sättas igång i rätt tid. De förändringar som skett i Socialförsäkringen har påverkat deltagarna negativ (t ex så stämmer teamets utredningar och råd inte alltid överens med regelverket). Rehabiliteringsprocessen försämrades i flera fall pga osäkerhet kring ersättning och fortsatt sjukskrivning.

Deltagare har uteblivit från inbokade besök hos teamets specialister vilket orsakat förseningar i processen. En orsak till detta kan vara att deltagandet i projektet varit frivilligt.

Många har varit sjukskrivna långa perioder, få har tidigare haft vana att ta en aktiv roll i sin sjukskrivning. Möten med FK, AF och vården har tidigare inte haft någon koppling till varandra. Ingen har hållit i trådarna och haft en helhetsbild av rehabiliteringen. Många deltagare har haft höga förväntningar att saker ”bara ska lösa sig” och saknat motivation eller förmåga att själva ta en aktiv roll.

Vinster av samverkan mellan olika kompetenser och mellan myndigheter

En kompetensutveckling för teammedlemmarna, en större insikt och förståelse för övriga professioner. Kunskap om övriga verksamheters organisation samt vad som styr deltagarens väg genom de olika processerna har ökat.

Teamet har kunnat planera åtgärderna utifrån den enskilda personens behov. Ibland har det funnits behov av parallella behandlingar, ibland har det varit bättre att behandlingarna avlöst varandra. De regelbundna teammötena har skapat korta kommunikationsvägar och möjligheter till snabb återkoppling samt justeringar av handlingsplaner när individens behov/förutsättningar förändrats.

Bedömningarna har genomförts under en begränsad period, i normalfallet under två veckors tid. Teamet har också ansvar att se till att åtgärder sätts in. Utredningen stannar inte vid att enbart vara en bedömning utan de ser till att insatser kommer igång, ger en effekt av att utredningen inte bara blir en rekommendation utan en faktisk åtgärd. Att det funnits möglighet till köp av rehabiliterings-insatser har varit positiv för rehabiliteringen.

Många av deltagarna upplevde det positivt att ha möjlighet att prata med någon som har haft tid att lyssna på deras berättelse. Att deltagaren har fått liknande frågor vid flera tillfällen har startat en process hos individen. För många har detta varit en början till att ta de första stegen mot förändring Kvinnorna har fått sina besvär belysta utifrån olika perspektiv vilket ger en helhetsbild av problematiken och bättre förutsättningar att hitta rätt rehabilitering i ett tidigt skede. Man har fått en helhetssyn hur fysiska, psykiska, sociala och existentiella faktorer samverkar och påverkar individens hälsa/rehabilitering.

Att få insikt om att det är så få av patienterna som har en aktiv roll i sin sjukskrivning. Oftast träffar patienten läkaren för att diskutera sjukskrivning inte för att diskutera progress i rehabiliteringen.

De som varit arbetslösa har fått tidigare hjälp än de annars hade fått ("Pre-Faros").

Man har kunnat ge vägledning för dem som har anställning men eventuellt behövt ändra inriktning pga funktionshinder.

Informationen angående vilken hjälp och vilket stöd man kan få från Arbetsförmedlingen när man har funktionsnedsättning har tagits emot som en mycket positiv faktor och som man inte vetat om tidigare.

FK och AF har varit delaktiga från början och fått mer kunskap om deltagaren och vad som händer med individen under kontakt med vården.

11. Kommentarer från deltagare

- Jag har fått otroligt bra stöd av SE-handledaren. Kontakten med Försäkringskassan har skett genom henne.
- Jag har fortfarande smärta i min kropp men det är inte något som jag kan få hjälp med. Jag vet att jag måste sluta jobba inom hemtjänsten, det är bara att hitta ett annat jobb som kan passa in. Men jag har mycket glädje av att jobba några år till.
- Jag behövde ingen hjälp från AF eller FK. Har fast tjänst där jag just nu arbetsträner.
- Jag är mycket nöjd med Signe-projektet. Det kändes som de trodde på mig, att jag behövde få vara sjukskriven på halvtid tills jag läkt klart och kunde arbeta mer. Det var viktigt för mig då när jag kände att Försäkringskassan ville ”skynda” på mitt tillfrisknande och att de tyckte jag kunde arbeta mer. Tack vare att jag fick arbeta halvtid kunde jag träna, promenera, ligga (när jag hade ont) efter en arbetsdag, sova, sjukgymnastik osv. Jag fick ”läka” i min takt på grund av det är jag idag riktigt bra! Arbetar inte full tid än men jag blir bättre och starkare för varje vecka, är tjänstledig 25 % året ut. Tack!
- Det har varit underbart att få gå på stresshantering eftersom jag har svårt att säga nej och lyssna på min kropps signaler. Börjar bli bättre på det nu.
- Mina fysiska besvär är mycket mindre än i höstas, men jag ligger däremot i skilsmässa. Började för en vecka sedan på arbetsträning förhoppningsvis blir det bra med tiden.
- Jag fick lära mig mycket och kan ta till detta när jag behöver.

Bilagor

Bilaga A. Insatser som projektet köpt och använt sig av för både team- och kontrollgrupp

- *LivsKvalité*

Individuella samtal där metoden är KPT (kognitiv psykoterapi) för personer med låg självkänsla, stress, ångest, lättare depression, beroendeproblematik och anhörig- och vuxen/barn-problematik.

- *HR balansen, Human Research*

Metoden bygger på en individinriktad process med en trestegs samtalsserie med basen i det kognitiva förhållningssättet. Stödjande, motiverande och aktiverande samtal för personer som har uppvisat stress, ångest, låg självkänsla, smärta, lättare depression och som ibland har en traumatiserad historik.

- *ROA*

Roa är en arbetslivsinriktad rehabiliteringsverksamhet som arbetar kognitivt beteendeterapeutiskt (KBT) inom Arbetscentrum, Socialförvaltningen i Haninge kommun.

Enheten tillhandahåller stresshanteringskurser, smärtgrupper och ”mindfullness” men även individuella samtal.

- *Södertörns psykoterapimottagning*

Psykoterapeutiska enskilda samtal med individanpassade metoder. Systemisk helhetsteori, reflekterande processer liksom nätverksperspektiv är grundläggande för samtalen. Lösningsfokuserat tänkande och frågeställningar, samt kognitiva metoder, KPT/KBT är viktiga komponenter. Andra metoder är gestaltning eller att rita nätverkskarta, göra livslinje, familjekarta och bilder för att visa och effektivisera arbetet används också. Både privata och professionella nätverk inkluderas i behandlingen. Vid behov använder de sig av nätverksmöten.

- *itrim*

Itrim tillhandahåller friskvårdstjänster för vuxna i form av långsiktigt, individanpassat stöd för viktminskning genom ökad motion och ändrade kostvanor. Itrims viktminskningsprogram är evidensbaserat där innehållet även utformas med hänsyn till praktisk erfarenhet och kostnad. Ökad motion är centralt och bör ske genom regelbunden vardagsaktivitet.

- *Fokus*

Verksamhet som erbjuder friskvårdaktiviteter med olika träningsalternativ och viktminsknings-program.

- *Privata arbetsgivare*

På ett enmansföretag har man tagit emot deltagare för coachning och arbetsträning under två månader.

- *Strängnäs ryggrehabilitering*

Fys- och motivationsvecka på ryggkliniken för personer med ryggproblem eller efter en ryggoperation för att öka belastningen och träning i kontrollerade former. Kursen innehåller bland annat basal kroppskännedom, bassängträning och samtal i grupp och individnivå.

Bilaga B. Resultat/sammanställning av de kvinnor som hittills deltagit ett år i projektet

Projektets mål är satta utifrån hur resultatet ser ut efter ett år. Därför ska utvärdering göras efter ett år. När denna rapport skrivs så har 38 av 82 kvinnor deltagit i Signe i ett år och därmed avslutat sitt deltagande i projektet. Denna resultatredovisning bygger på detta antal och ska därför inte ses som ett slutgiltigt resultat för projektet Signe.

Arbetsåtergång

Efter att ha deltagit ett år i projektet visar resultatet på att 25 kvinnor utav 38 i teamgruppen minskat sin sjukskrivningsgrad och återgått i arbete alternativt står till arbetsmarknadens förfogande. Motsvarande resultat i kontrollgruppen visar att 22 kvinnor av 38 minskat sin sjukskrivningsgrad och återgått i arbete.
Kontrollgruppen har dock en större andel kvinnor som dels har en kortare sjukskrivningstid, (en högre andel kvinnor som påbörjade sitt deltagande i projektet inom 180 dagar), dels finns det i kontrollgruppen fler kvinnor som har en arbetsgivare och dels har fler kvinnor i teamgruppen dubbla diagnoser.

Resultat från enkäterna

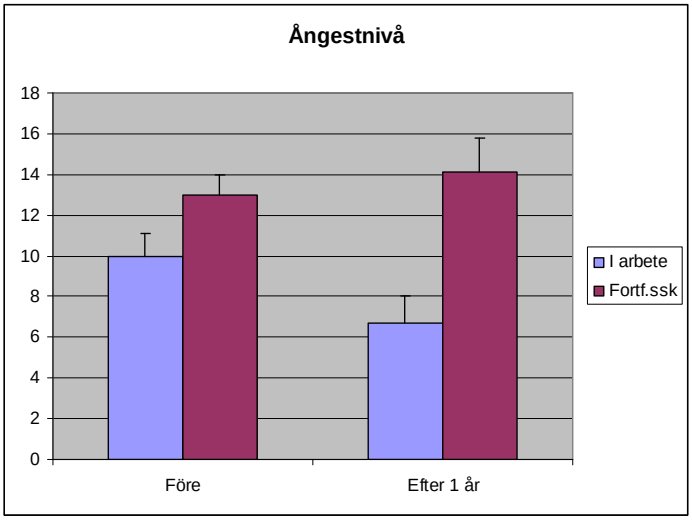
Enkätdata

Resultatsammanställningen från enkäterna bygger på data som samlats in på de deltagare som var med i teamgruppen före projektets start och ett år efter projektstart. Inga enkäter har samlats in i kontrollgruppen. Frågorna som finns inkluderade i enkäten (både vid den första och andra mätningen) mäter grad av smärta med Linton (kortversion), depression och ångestnivå via HAD, och depressionsskattning via MADRS-S. Vid första mätningen besvarades enkäten av 69 deltagare, (74 % svarsfrekvens). Ettårsuppföljningen omfattar *hittills* endast 38 personer (i teamgruppen).

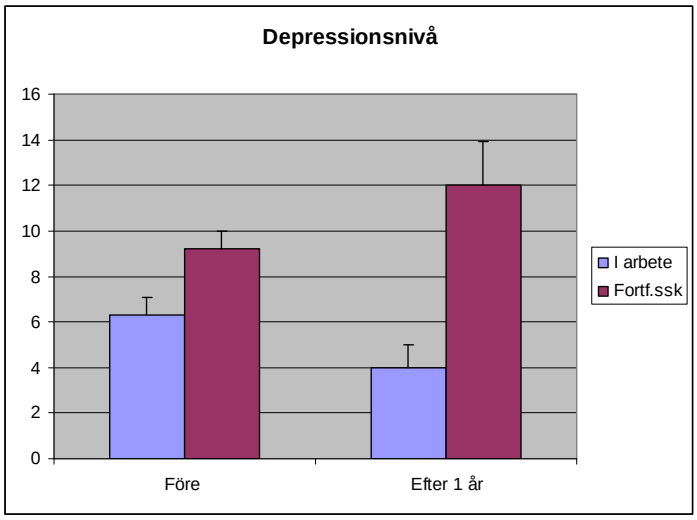
Analys och tolkning av datamaterial

Datamaterialet som ligger till grund för föreliggande rapport har bearbetats och analyserats i statistikprogrammet SPSS (SPSS for Windows, Rel. 17.0.2. 2009. Chicago: SPSS Inc.). Statistiskt säkerställda förändringar och skillnader mellan grupper har testats med variansanalyser (ANOVA) och t-test. Signifikansnivån är satt till 0.05.

Resultat från föremätningen med HAD visar att gruppen hade ett medelvärde på självskattad ångestnivå på M (SE) 11,8 (0,75) med en spridning mellan 0 och 21. Den självskattade depressionsnivån var 7,7 (0,59) med en spridning mellan 0 och 17. Hela 60 av kvinnorna hade en ångestnivå motsvarande måttlig till svår ångestnivå och som motiverar till fördjupad och eventuell behandling. Figur 1 och 2 visar att den grupp kvinnor som efter ett år kommer ut i arbete redan från start i projektet hade en lägre nivå av ångest och depression jämfört med gruppen som är kvar i en sjukskrivning. Efter ett år har ångest och depressionsnivån signifikant sänkts för de som är ute i arbetslivet.



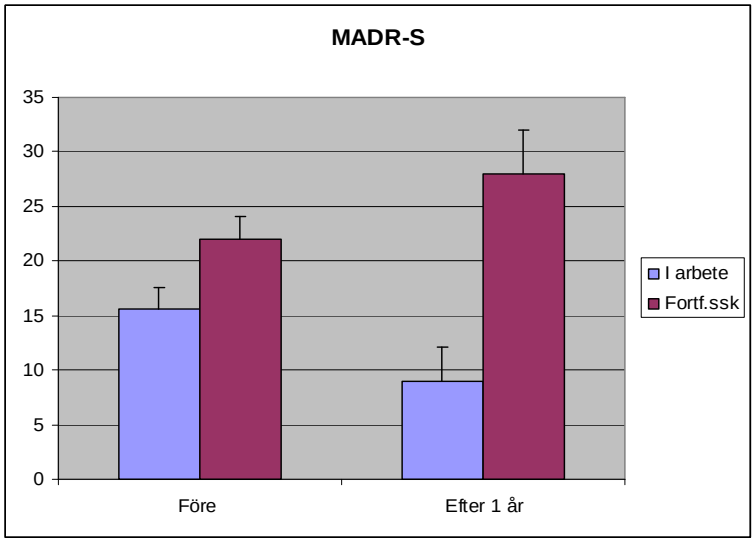
Figur 1. Ångestnivå



Figur 2. Depressionsnivå

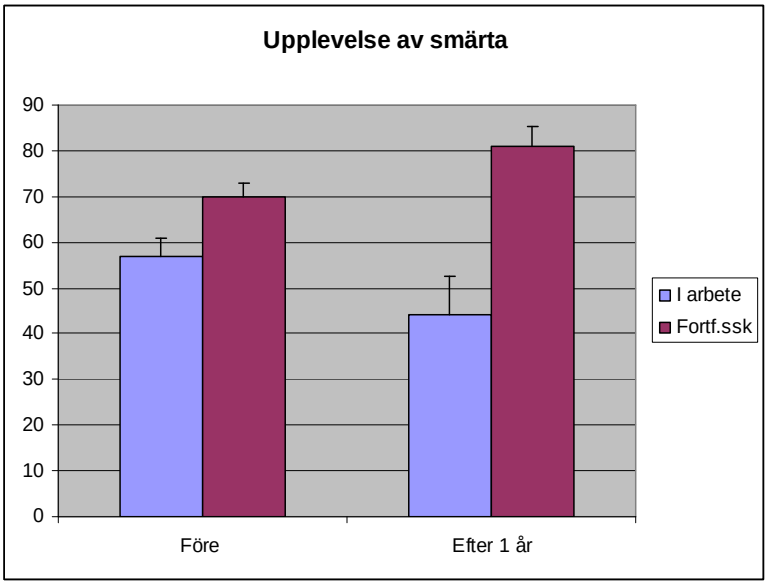
Självskattning via formuläret MADR-S visar samma trend. Vid föremätningen hade gruppen ett medelvärde på 18,7 (1,5). Hela 47,5 % hade en självskattad MADR-S över 20 poäng och av dessa hade 12,5 % en MADR-S skattning över 35 poäng vilket indikerar en svårare depression.

Genom att jämföra de personer som kom tillbaka till arbetslivet med den grupp som efter ett år var kvar i en sjukskrivning fann man signifikanta skillnader både vid föremätningen och efter ett år. Gruppen som kom ut i arbete hade signifikant en lägre MADR-S skattning både vid föremätning och efter ett år. Gruppen som kom ut i arbete hade även en sänkt MADR-S poäng efter ett år jämfört med gruppen som var kvar i sjukskrivning och som hade en ökad MADR-S skattning (se figur 3).



Figur 3. Skattad MADR-S poäng

Tendensen var lika för mätningen av självupplevd smärta (figur 4). Totalt var poängen 63,8 (2,6) med en spridning mellan 12 och 99. Gränsvärdet för hög smärta är 50. Det fanns en signifikant skillnad mellan den grupp som kom ut i arbete jämfört med den grupp som var kvar i en sjukskrivning både vid föremätningen samt efter ett år. Gruppen som kom ut i arbete efter ett år hade även signifikant minskat sin upplevelse av smärta.



Figur 4. Skattad upplevelse av smärta enligt LINTON

Deltagarens egen motivation att återgå i arbete är en vikig prediktor för arbetsåtergång. Av de deltagare i teamgruppen som kommit tillbaka i arbete var deras medelvärde på motivation att återgå i arbete 7 på en 10-gradig skala i jämförelse med 3 för den grupp som fortfarande var kvar i en sjukskrivning. Skillnaden var signifikant.

Deltagarens egen bedömning av teamet

Efter ett år besvarade deltagarna i teamgruppen en enkät om hur de upplevt sitt deltagande i Signe-projektet. Varje fråga hade fyra svarsalternativ 1=nej inte alls, 2=ja till viss del, 3=ja till största delen och 4=ja helt och hållet. Tabell 1 redovisar andelen som besvarade frågan på ett positivt sätt (3 alt 4). Resultatet visar att deltagarna i teamgruppen upplevde alla delarna i Signe-projektet mycket positivt och att det varit till hjälp i deras möjligheter till arbetsåtergång (se tabell 1).

Tabell 1. Andelen teamdeltagare om hur de upplevt olika delar av Signe-projektet

Frågeställning	Ja, till största delen (%)	Ja, helt och hållet (%)
Kände du att rehabteamet sammantaget bemötte dig med respekt?	15,4	**81**
Anser du att dina behov har uppmärksammats av rehabteamet?	42	**50**
Kände du dig delaktig i planeringen av din rehabilitering/insats, så mycket som du önskade?	50	**38**
Fick du vara med och diskutera valet av remittering/planering/insats för fortsatta åtgärder för att komma tillbaka i arbete?	36	**44**
Hur värderar du det som helhet att träffa rehabteamet?	54	**42**
Om du skulle söka hjälp igen, skulle du då gärna träffa rehabteamet igen?	38	**54**
Totalt sett, hur tillfredställd är du med att ha deltagit i Signe-projektet?	50	**31**
Hur nöjd är du med omfattningen av den hjälp du fått?	58	**29**