

MiniSatsa

Projekt med syfte att främja individens möjligheter till återgång
i arbete genom individuell utveckling och vägledning

Författare: Ingrid Anderzén, Med dr
Annica Åbrink, Med kand. Leg. Arb.ter.

Projektet har genomförts under tiden oktober 2008 till juni 2009 på uppdrag av Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i Uppsala län. Socialmedicin/Centrum för miljörelaterad ohälsa och stress (CEOS) vid Akademiska sjukhuset i Uppsala är uppdragstagare av projektet.

Styrgrupp

Ingrid Anderzén, (CEOS) och Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap
Thomas Hedberg (AF)
Kersti Lindh (FK)

Projektledare

Ingrid Anderzén, (CEOS) och Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap

Projektgrupp

Ann-Sophie Hansson (CEOS)
Anna Löfgren (CEOS)
Annica Åbrink (CEOS)
Eva Bergman (FK)
Petra Johannesson (FK)
Tuula Gyllencreutz (AF)
Mervi Karman (AF)

Dr. Per Lytsy samt Dr. Adriana Ramirez, specialistläkare vid CEOS, har medverkat som konsultläkare.

Beredningsgrupp

Ann-Sophie Hansson (CEOS)
Annica Åbrink (CEOS)
En representant från vardera Arbetsförmedling och Försäkringskassa.

Sammanfattning

Denna rapport är en avrapportering av MiniSatsa, ett rehabiliteringsprojekt som genomförts vid Centrum för miljörelaterad ohälsa och stress (CEOS) 2008-2009 på uppdrag och i samverkan mellan Försäkringskassa och Arbetsförmedling.

Syfte och mål

Projektets syfte var att främja individens möjligheter till återgång i arbete genom individuell utveckling och vägledning. Målgruppen var långtidssjukskrivna personer med tidsbegränsad sjukersättning.

Metod

Fyrtiotvå personer fullföljde projektet. Av dessa fick 19 personer behandling i Acceptance and Commitment Therapy (ACT) av Leg. Psykolog. Alla utom en deltagare fick Motiverande samtal (Motivational Interviewing, MI) och föreläsningar av Leg. Arbetsterapeut. Denna en deltagare följde CEOS ordinarie gruppbehandling i KBT hos Psykolog. Individuell handlingsplan utarbetades och låg som grund till fortsatt arbetsrehabilitering hos Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Uppföljningar gjordes genom att deltagarna fyllde i ett självskattningsformulär Hälsoenkät, vid start och efter deltagande i projektet i 6 månader.

Resultat

Vid planeringsmötena (efter ca 3 månader) har 40 deltagare (95 %) av 42 redovisat en egen handlingsplan med förslag till åtgärder både för privat- och arbetsliv.

Vid planeringsmötet framkom att 15 personer (35,7 %) påbörjat arbetsträning och 7 personer (16,6%) påbörjat studier. Elva personer (26,1 %) bedömdes vara klara för att påbörja ett arbete eller en arbetsprövning. Sju personer (16,6 %) bedömdes ej vara klara för arbetsträning utan stödinsatser och 2 personer (4,7 %) bedömdes vara i behov av fortsatt medicinsk rehabilitering eller utredning.

Vid uppföljning efter 6 månader var 26 personer (ca 62 %) av deltagarna antingen i arbete, eller i gång med planerade arbetslivsinriktade åtgärder som, arbetsprövning, utbildning eller planering för att starta eget. För resterande 16 personer (38 %) rapporterades det att de saknade sysselsättning.

Slutsats

Samverkan är inte bara en värdefull utan absolut nödvändig del av projektet för att så snabbt som möjligt skapa förutsättningar för individen, som varit frånvarande från arbetslivet under en lång tid, att komma vidare mot arbetslinjen. Detta har även uttrycks av FK:s och AF:s parter. Samverkan har ökat möjligheterna till förståelse för deltagarnas olika situation och behov för att komma vidare mot eventuell arbetsåtergång.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Bakgrund	6
Syfte, mål och metod	7
Utvärdering	8
Deltagare	8
Projektprocess MiniSatsa	11
Resultat	12
Gruppens sammansättning	12
Måluppfyllelse	12
Resultat av samverkan	14
Sammanfattning	14
Slutsatser	16

Bakgrund

Hälsa är en grundläggande resurs för prestation vare sig det är fysisk, social eller mental prestation som efterfrågas. Vid ohälsa åtgår energi antingen till att försöka återerövra hälsan eller till att hantera en ny situation som sjuk, vilket leder till brist på energi för produktivt arbete. De senaste årens höga ohälsotal har medfört att ett stort antal personer idag står utanför arbetsmarknaden. Dessa saknar möjlighet att försörja sig själva genom eget förvärvsarbete och är beroende av samhällets stöd för sin försörjning.

Långa sjukskrivningstider medför negativa konsekvenser för den enskilde individen men också för samhället i form av stora kostnader. För den enskilde individen innebär det en starkt försämrad självkänsla och minskat självförtroende som i sin tur gör det än svårare för individen att återfå arbetsförmågan. Om kontakten med arbetsplatsen är bristfällig under sjukskrivningstiden bidrar också det till en svårighet att återvända efter en lång sjukskrivningstid. Återgången i arbetslivet är ofta problematisk och de långtidssjuka står ofta utan arbetsgivare efter en lång tids frånvaro från arbetslivet. Det är inte ovanligt att långtidssjuka som skall återvända i stället blir arbetslösa vilket i sin tur kan medföra en försämrad psykisk hälsa och en ny sjukskrivning. Även om orsaken till sjukskrivningen inte från början är stressrelaterad eller har en direkt koppling till arbetsplatsen kan påfrestningen av att vara sjuk ge symptom på stress och utmattning. Ur ett samhällsperspektiv medför de långa sjukskrivningarna höga kostnader för sjukförsäkringen.

Oroväckande är också den successiva ökningen av nya förmånstagare i de yngre åldersgrupperna. En analys av inflödet till aktivitets- och sjukersättning under de senaste åren visar en ökning av andelen nybeviljade ersättningar samt att denna andel både ökar snabbare och är större för kvinnorna. Metodutveckling kring rehabilitering och prevention är därför ett aktuellt behov som också generellt 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 vidareutvecklas genom adekvata systematiska uppföljningar med metoder som dokumenterar effekter ur ett individ-, socialt- arbetsplats- och samhällsperspektiv.

Två statliga rehabiliteringsutredningar, SOU 1988:41 och SOU 2000:78, har framhållit betydelsen av den sjukskrivnes egen motivation till rehabilitering och återgång i arbete som avgörande för ett lyckosamt resultat. I den senare utredningen nämns även att man för dem som är omotiverade bör sätta in åtgärder i motivationshöjande syfte. Denna tanke bygger på synsättet att det finns omständigheter i omgivningen och i den sociala miljön som antas ha den största betydelsen för individens handlande i en valsituation. Det finns olika åsikter om vad som skapar motivation och motivationens betydelse för återgång i arbete. I en studie av Öberg (1989) beskrivs att arbetsmotivationen sjunker med 65-70 % under

de första 6 månaderna av en sjukskrivning, vilket skulle vara ett incitament för tidiga åtgärder. Andra studier har visat att det är de som själva tror på återgång och är motiverade till det, som i högre grad återgår i arbete.

Det finns en ganska entydig uppfattning bland forskarna att tidig bedömning av ett sjukfall är viktigt men att själva åtgärderna för att påbörja den arbetslivsinriktade rehabiliteringen måste vara individuella. Vidare påpekas i olika studier (Ekberg, 2000; Grahn 1999), betydelsen av att individen själv är delaktig i hela rehabiliteringsprocessen och är med och formulerar sina mål för återgång genom egna aktiviteter. För att nå ett bra resultat med att återfå människor i arbetslivet gäller enligt forskningen: individens *egen tro* på återgång, *upplevd egen hälsa* och individens *delaktighet* i åtgärderna.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) är en vetenskapligt förankrad psykoterapeutisk metod och en vidareutveckling av kognitiv beteendeterapi, (KBT). ACT har visat sig vara framgångsrik vid bland annat depression, ångest, arbetsrelaterad stress, substansmissbruk och tobaksavvänjning samt gett ökad livskvalitet vid kroniska sjukdomar som långvarig smärta. I behandlingen arbetar terapeuten för att synliggöra beteendemönster och upplevelsemässigt undvikande, skapa flexibilitet till inre upplevelser samt öka de beteenden som leder till för individen värderade mål.

Syftet med metoden är att stärka ett flexibelt förhållningssätt till egna inre upplevelser och problem samt till omvärlden och att öka sannolikheten till en hållbar återgång till arbetslivet genom att få en ökad medvetenhet om egna resurser och begränsningar.

Motiverande intervju (Motivational Interviewing, MI) är en klientcentrerad intervjuteknik. Det är en metod där intervjuaren genom empatisk hållning och uppmuntran vägleder den intervjuade att hitta egna lösningar till sina problem. Personens inneboende motivationen för att genomföra en förändring ökas därigenom. Motivation för att göra en förändring väcks när den intervjuade varseblir diskrepansen mellan vad de vill förändra och hur situationen för dem ser ut i dagsläget.

Syfte, mål och metod

Försäkringskassan har i sin samordnade och samverkande roll med Arbetsförmedlingen uppdraget att stödja och hjälpa individer tillbaka till arbetslivet. Projektet MiniSatsa har haft som utgångspunkt att vara ett komplement till detta arbetssätt samt stötta upp med metoder för individers delaktighet och egna insatser för att utarbeta en handlingsplan för framtiden.

Projektet MiniSatsas övergripande syfte har varit att främja individens möjligheter till återgång i arbete genom individuell utveckling och vägledning. Genom Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och Motiverande Samtal (MI) har deltagarna getts möjlighet till personlig utveckling och träning, enskilt och i grupp. Vidare har olika tekniker för återhämtning och hantering av stress tränats. Behandlingen har avslutats med att varje deltagare har tagit fram ett förslag till handlingsplan med syfte till återgång i arbete eller/och fortsatta rehabiliteringsåtgärder. Syftet med behandlingen var att utifrån individuella

förutsättningar, motivation och delaktighet skapa möjlighet för återgång i arbete, helt eller delvis, för studier eller andra arbetslivsinriktade åtgärder.

Målsättningen med projektet MiniSatsa var

- att skapa arbetssätt för samverkan kring faktorer som resulterar i snabbare återgång i arbetslivet och bidrar till att förhindra inflöde i sjukersättning.
- att återföra denna kunskap inom respektive samverkande aktörsorganisation.
- att minst 50 % av deltagarna i projektet skall erhålla ett arbete eller påbörja studier inom ramtiden för inskrivning i samverkan och att snitttiden inte skulle överstiga 200 dagar.

Ett delmål i projektet var att minst 75 % av deltagarna i projektet skulle påbörja en arbetsträning.

Metoden som MiniSatsa bygger på ska ses som en process med en nära samverkan mellan de olika aktörerna. Urvalet till att delta i MiniSatsa gjordes i beredningsgruppen i samråd med FK, AF och CEOS.

Interventionen/behandlingen utfördes av Psykolog och Arbetsterapeut vid CEOS. Efter avslutad behandling sammanställdes en handlingsplan/åtgärdsplan som hade som syfte att stödja personen vidare till återgång i arbete. Denna åtgärdsplan förmedlades över (med personens deltagande) till Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Under projektets gång fanns en kontinuerlig kontakt/samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och CEOS. Genom hela processen hade deltagaren stöd via guidning, information, föreläsning, samt att de själva gjorde eget arbete med givna hemuppgifter.

Utvärdering

Projektet MiniSatsa har utvärderats genom att deltagarna besvarat självskattningsformuläret Hälsoenkät vid projektets start samt vid en uppföljning 6 månader efter start i projektet.

Hälsoenkäten är ett skattningsformulär som mäter självrapporterad fysisk och psykisk hälsa. Enkäten kan användas generellt och omfattar såväl aktivitetsförmåga som välbefinnande, ofta sammanfattat i begreppet hälsorelaterad livskvalitet. Vidare har statistik från försäkringskassan delgivits projektet för att se hur andelen personer ut i arbete/arbetsträning såg ut efter 6 månader.

Deltagare

Totalt kallades 50 personer in för bedömningsintervju och av dessa erbjöds 45 personer plats i projektet. Fem personer exkluderades på grund av; två personer hade *annan behandling* planerad, en person var *gravid* och inte aktuell för arbetsåtergång inom ett år, en person *hade redan påbörjat arbetsträning* och en person *led av svårare psykisk ohälsa* (fig.1. c). Projektets 45 deltagare delades upp i 4 grupper med ett löpande intag utifrån plats och tillgång till behandlare. Grupp I kom att bestå av 9 personer, grupp II och III av 10 personer vardera, samt grupp IV av 16 personer. Fyrtiotvå personer fullföljde projektet.

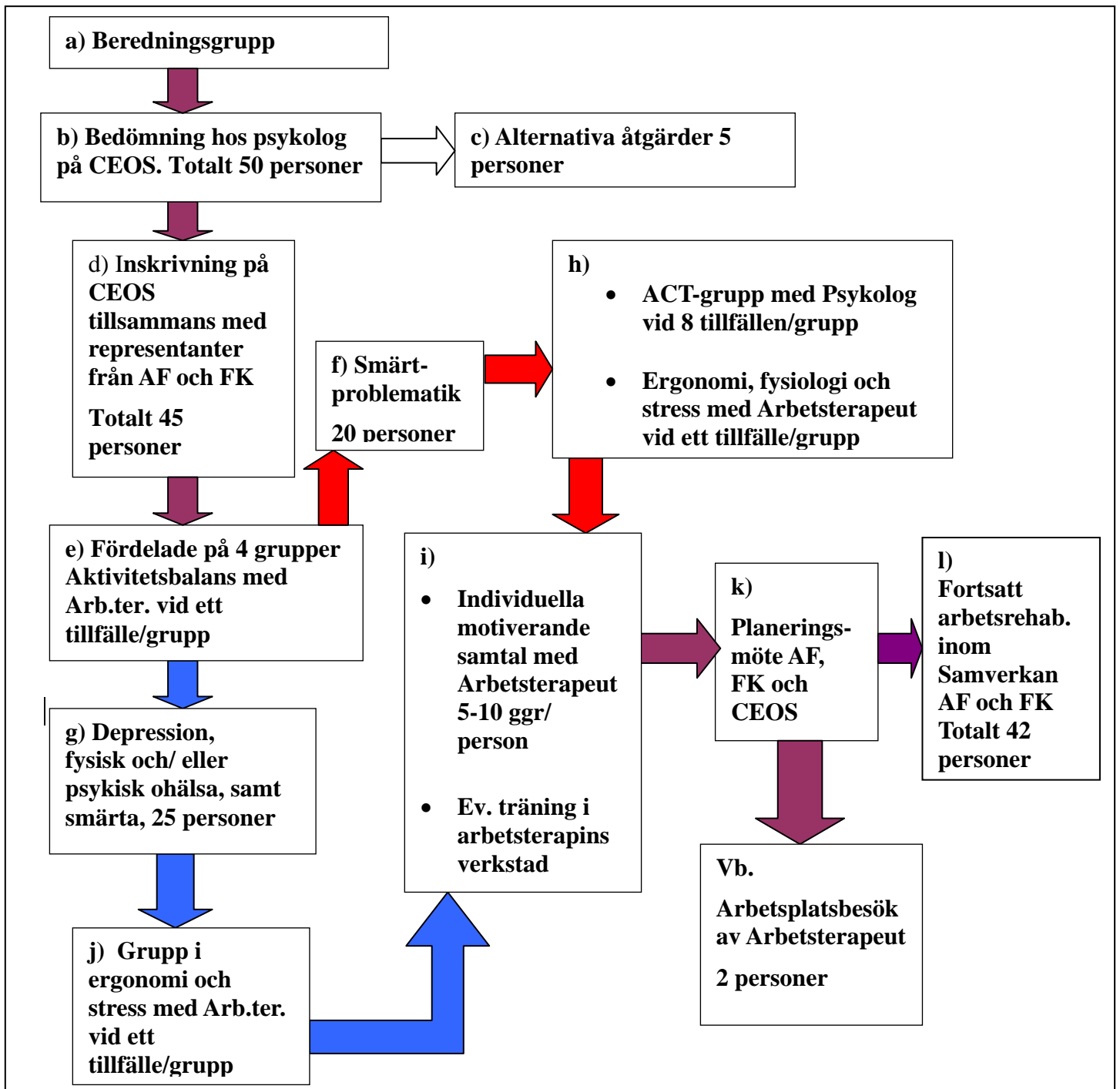
Varje grupp delades in i undergrupper utifrån symtom; om de i huvudsak hade en smärtproblematik (f. fig.1) eller om de i huvudsak led av en depression, fysisk och/eller psykisk ohälsa (g. fig.1).

Deltagarna var nio män och 36 kvinnor och deras medelålder var 44,5 år med en spridning på 24-61 år. Alla hade en tidsbegränsad sjukersättning (S). Sjukskrivningstiden för deltagarna var i medeltal ca 4.5 år med en spridning på 9 månader upp till 11 år. Tjugo av deltagarna (46 %) ansåg att deras sjukskrivning berodde på stress medan 10 deltagare (23 %) ansåg att den inte berodde på stress. Fjorton deltagare (32 %) svarade att de inte visste om sjukskrivningen berodde på stress eller inte. Sjutio procent av deltagarna var gifta eller sammanboende. Endast 3 av deltagarna hade en arbetsgivare. Utbildningsnivån hos deltagarna var förhållande vis hög, 22 % hade grundskola, hela 44 % hade en gymnasiekompetens, 11 % hade en universitetsutbildning och tjugotvå % hade annan utbildning.

Inklusionskriterier/exklusionskriterier

Deltagarna rekryterades in i projektet av Försäkringskassan. Följande kriterier för rekrytering av deltagare till projektet angavs:

- att deltagaren var inskriven i Försäkringskassan vid tiden för projektets start och boendes inom Uppsala län
- att det fanns minst 1 år kvar av beviljad sjukersättningsperiod vid rekrytering till projektet.
- att varje deltagare hade en genomförd utredning enligt SASSAM-metoden.
- att deltagaren hade en etablerad kontakt med en husläkare
- att deltagaren ej var missbrukare eller led av allvarlig psykisk sjukdom.



Figur1. Projektflöde MiniSatsa

Projektprocess MiniSatsa

Projektet pågick från november 2008 till juni 2009 och omfattade fyra faser enligt nedan med en planerad sammanlagd tid för varje deltagare på 9 månader:

1. Urval och introduktion
2. Genomförande av interventionsprogrammet, 3 månader under CEOS ledning
3. Planeringsmöte, samverkan mellan deltagaren, CEOS, FK och AF
4. Planering och genomförande av identifierade åtgärder, under resterande tid i projektet i samverkan mellan CEOS, FK och AF.

Fas 1 – Urval, rekrytering och information

Utifrån de preciserade kriterierna för målgruppen valde beredningsgruppen ut presumtiva deltagare till projektet (a.fig.1). Dessa personer kallades därefter till en intervju hos en Psykolog på CEOS (b.fig.1). Efter intervjun togs beslut av personal vid CEOS om vederbörande skulle ingå i projektet eller ej.

Information om projektet lämnades till alla deltagare i två steg; dels muntligt och skriftligt vid kontakt/ besök hos FK efter det att deltagarna anmodats till deltagande i projektet, dels i samband med projektstart hos CEOS.

För de personer som CEOS beslutade skulle ingå i projektet skickades en kallelse till en informationsträff (d fig.1.). Där träffade deltagarna teamet från CEOS som ansvarade för programmet, AF och FK. I samband med denna träff blev deltagarna inskrivna i samverkan och fick besvara självskattningsformulär med frågor kring sin nuvarande situation och hälsa.

Fas 2 - Interventionen

Interventionen för samtliga grupper har genomförts enligt e- fig. 1.

Alla grupper fick vardera en föreläsning av Arbetsterapeut under 2,5 timme (e fig.1.). Därefter fick gruppen med smärtproblematik gruppbehandling av psykolog via metoden (ACT) och föreläsning av arbetsterapeut (h fig.1.), samt individuella motiverande samtal med arbetsterapeut (i. fig. 1.).

Gruppen med depression, fysisk och/eller psykisk ohälsa behandlades både individuellt (i. fig. 1)och i grupp av arbetsterapeut (j fig.1.)

Fas 3 - Handlingsplan

Behandlingsdelen avslutades med att deltagaren tillsammans med Arbetsterapeut och/eller Psykolog arbetade fram ett förslag till sin handlingsplan (k fig.1.). I handlingsplanen framgick vilka fortsatta åtgärder inom privat- respektive arbetsfären som deltagaren ansåg sig vara i behov av för att kunna återgå i arbete. Förslaget på de uppföljande åtgärderna presenterades sedan i samband med planeringsmötet och diskuterades tillsammans med handläggarna från FK och AF. Härfter fastställdes i samråd med deltagaren vilka av de föreslagna åtgärderna som var lämpliga att genomföra för att möjliggöra arbetsträning eller andra arbetslivsinriktade stödåtgärder.

Fas 4 - Fortsättning

Fortsatt arbetsrehabilitering. inom Samverkan med AF och FK (l. fig.1). Totalt 42 personer.

Resultat

Syftet med behandlingen samt samverkan med FK/AF var att ge den försäkrade en ökad självinsikt och motivation. Deltagaren fick en förbättrad självkännetdom och lärde sig se mönster i den egna livssituationen. Behandlingen synliggjorde orsakssamband mellan arbetsliv och privatliv och gav en ökad kunskap om sambandet livsstil och hälsa.

Gruppens sammansättning

Totalt har 45 personer med tidsbegränsad sjukersättning och boende i Uppsala län deltagit varav 41 har fullföljt 9 mån i projektet, tre har avbrutit och en har följt ordinarie ACT-grupp på CEOS.

Tabell 1. Resultat efter avslutat program hos CEOS och vid 6 månader uppföljning efter avslutat program

Åtgärder	3 mån personer n (%)	6-mån n (%)
Handlingsplan efter 3 mån	40 (95,2)	
Arbetslinjen – påbörjat utbildning eller arbetsträning direkt utan annan åtgärd	22 (52,3)	26 (61,9)
Arbetslinjen -klar för arbete/studier eller arbetsträning	11 (26,1)	
Bedöms ej vara klar för arbetsträning utan stödinsatser	7(16,6)	15(35,7) ¹
Behov av fortsatt medicinsk rehabilitering eller utredning	2 (4,7)	1 (2,3) ²
Urfasade av medicinska skäl från projektet	3 (7,1)	

1. ingen sysselsättning. 2. behov av fortsatt medicinsk rehabilitering/utredning.

Måluppfyllelse

Ett av målen är att 100 % av deltagarna skall ha en rehabiliteringsplan inom 3 månader efter start med förslag till åtgärder för återgång i arbete eller andra åtgärder. Vid planeringsmötena (efter ca 3 månader) har 40 deltagare (95 %) redovisat en egen handlingsplan med förslag till åtgärder både för privat- och arbetsliv. En person vägrade och en person deltog i ordinarie CEOS-behandlingsgrupp. De flesta har angett i sina handlingsplaner att de har *intention* att börja arbetspröva under projektåret. Tre deltagare (7 %) har av medicinska skäl ej kunnat fullfölja projektet.

Deltagarens status vid planeringsmötet var att av de 42 personer som deltagit i hela projektet hade 15 personer (35,7 %) påbörjat arbetsträning och 7 personer (16,6%) påbörjat studier. Elva (26,1 %) bedömdes vara klara för att påbörja arbete eller arbetsprövning. Sju personer (16,6 %) bedömdes ej vara klara för arbetsträning utan fortsatta stödinsatser och 2 personer (4,7 %) ansågs vara i fortsatt behov av medicinsk rehabilitering eller utredning.

Vid uppföljning efter 6 mån framkom att 18 personer (42,8 %) arbetstränar, åtta personer (19 %) studerar varav 3 personer studerar på heltid, 15 personer (35,7%) har ingen sysselsättning och 1 (2,3 %) är fortsatt inskriven hos Försäkringskassan.

Det andra målet var att 75 % av deltagarna i projektet inom 9 månader från start antingen skall ha fått ett arbete på hel- eller deltid eller vara i arbetslivsinriktade åtgärder alternativt utbildning. Tjugosex (ca 62 %) av deltagarna var antingen i gång i arbete, eller med planerade arbetslivsinriktade åtgärder som, arbetsprövning, utbildning eller planering för att starta eget. För resterande 16 personer (38%) rapporterades från Arbetsförmedlingen att de saknade sysselsättning, men ej i detalj varför (tabell 1).

Målgruppen har generellt sett visat sig ha en komplicerande och belastande bakgrund som i hög grad också varit en bidragande orsak till den problemfyllda livssituation som de befann sig i sedan många år. Personerna har oftast en mycket dålig självbild och självkänsla med oförmåga att se och kunna ta tag i sin livssituation. De saknar en förmåga att utöva kontroll över sitt liv, vilket är en av den främsta faktorn som forskningen visat har stor betydelse för hälsan. Att ha en hög grad av motivation och drivkraft ses ofta som en nyckel för att lyckas i livet.

Den samlade gruppens diagnoser visade sig i huvudsak vara relaterade till smärta, stress eller traumatiska upplevelser. Våldigt få av deltagarna hade tidigare sett sambanden mellan sina ofta tragiska livshändelser, sin oro och sin psykiska och fysiska ohälsa. Deras nyvunna insikter om samband mellan livshändelser tidigare i livet och fysiska eller psykiska symptom har haft en avgörande betydelse för deras utveckling mot att se möjligheter för framtiden.

Bland dem som inte riktigt har haft viljan att återgå till arbetslivet, framgår generellt att de haft en lång och komplicerad sjukskrivningstid bakom sig, diffusa symptom, en blandning av både psykiska och fysiska symptom. De har anpassat sitt liv till sin sjukdom och antagit en ny identitet som sjuka vilket gör att de känner både rädsla och olust inför en förändring av sin livssituation.

Gruppbehandlingarna har gett förutom en medicinsk effekt även en social effekt och det har varit lärorikt för deltagarna att möta andra med olika bakgrund men där problematik och symptom känns igen. Dock kunde vi konstatera att några av deltagarna har olika grad av social fobi vilket lett till att varit befriade från att delta i gruppmötena.

Några av deltagarna har tyvärr visat en negativ attityd och har inte sett programmet som meningsfullt för deras fortsatta rehabilitering, vilket i sin tur påverkat handlingsplanens innehåll och deras fortsättning i projektet.

Sammanfattningsvis så föreligger det en stor variabilitet i fysisk och psykisk hälsa och förmåga hos deltagarna. Ett antal personer med fysisk funktionsnedsättning bedöms inte nämnvärt kunna förbättra sitt tillstånd trots medicinsk rehabilitering vilket försvårar en arbetsmarknadsrehabilitering. Ytterligare ett antal individer bedöms ha en sådan påtaglig psykisk ohälsa att en adekvat behandling borde ha föregått deras deltagande i projektet.

Resultat av samverkan

Enligt projektplanen är ett av de långsiktiga målen att skapa arbetssätt för samverkan kring faktorer som resulterar i snabbare återgång i arbetslivet och bidrar till att förhindra inflöde i sjukersättning samt att återföra denna kunskap inom respektive samverkande aktörs organisation.

Under interventionsperioden har samrådsmöten med representanter för CEOS, FK och AF hållits. Mötena har avhandlat frågor rörande deltagarens progress i projektet. Vid dessa samrådsmöten framkom ibland svårigheter till förståelse, från myndighetsutövare, för deltagares medicinska och sociala situation. Många av deltagarna hade under lång tid gått sjukskrivna utan adekvat behandling för sin diagnos. Bristande kontakt med sjukskrivande läkare, byte av husläkare, eller deltagarens oförmåga att själv söka ytterligare vård tolkas som trolig orsak till detta.

Inför planeringsmötena för varje grupp har deltagarnas förslag till handlingsplan diskuterats liksom eventuella behov av fortsatta åtgärder och bedömning av möjligheter för återgång i arbete inom projektets ram.

Sammanfattning

På uppdrag av Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i Uppsala län har Socialmedicin/Centrum för miljörelaterad ohälsa och stress (CEOS) vid Akademiska sjukhuset i samverkan med ovan nämnda myndigheter bedrivit projektet MiniSatsa. Syftet med projektet var att främja individens möjligheter till återgång i arbete genom individuell utveckling och vägledning.

Det tar lång tid att vända utvecklingen åt ett positivt håll samt att flertalet deltagare rekommenderas stöd och ytterligare rehabilitering föregående en återgång till ett tillfredsställande arbets- och socialt liv.

Det svåra med gruppen "långtidssjuka" är att det under en depression, panikångest eller liknande symptom ibland/ofta finns andra faktorer som t.ex. bostads- eller familjeproblem Dessa problem är ofta en logisk följd av sjukskrivningen och långvarigt utanförskap från arbetsmarknaden och andra sociala sammanhang. Detta tar alltid ett tag innan det kommer fram eller märks och visar sig i då i form av mycket rigida föreställningar om sig själv, andra eller om framtiden.

För många av deltagarna krävs en längre tids behandling antingen parallellt med arbetsträning eller att den bör föregå en arbetsträning därför att det är mentalt krävande att arbeta med sina trauman. Det finns därför, som ovan nämnts, en risk att ett flertal av deltagarna inte hinner med att komma vidare till arbetsträning inom ramen för projektiden.

Det finns en ganska entydig uppfattning bland forskarna att tidig bedömning av ett sjukfall är viktigt men att själva åtgärderna för att påbörja den arbetslivsinriktade rehabiliteringen måste vara individuella. Vidare påpekas i olika studier (Ekberg, 2000; Grahn 1999), betydelsen av att individen själv är delaktig i hela rehabiliteringsprocessen och är med och formulerar sina mål för återgång genom

egna aktiviteter. För att nå ett bra resultat med att återfå människor i arbetslivet gäller enligt forskningen: individens *egen tro* på återgång, *upplevd egen hälsa* och individens *delaktighet* i åtgärderna.

Urvalets betydelse

Avgörande för resultatet är givetvis ”rätt man på rätt plats”. Erfarenheterna hittills från MiniSatsa projektet har visat att *urvalet* av deltagare till projektet inte alltid varit så lätt att göra trots att det funnits många långtidssjuka med tidsbegränsad sjukersättning inom Uppsala kommun. Alla har dock inte passat in i de kriterier som angetts för målgruppen. Många av deltagarna har haft en mycket lång sjukskrivningsperiod bakom sig och många har bedömts vara i starkt behov av en medicinsk och/eller psykisk rehabilitering som borde föregått deltagandet i projektet.

Några av deltagarna ansåg sig inte passa in som deltagare i MiniSatsa projektet, att deras problem var av den art att det ej var meningsfullt med arbetslivsrehabilitering. Motivationen för att delta i projektet var hos dessa individer därför ganska låg.

De flesta av deltagarna har dock varit mycket tacksamma för att de fått möjligheten att delta i programmet. Det har genom MiniSatsa fått ökat hopp om att kunna komma vidare i sin rehabilitering med arbetsåtergång som mål. Dessa personer har även en hög grad av motivation.

Information

En annan viktig erfarenhet från detta projekt liksom från det tidigare NySatsa projektet i Uppsala är att introduktionen och informationen i början av projektet är oerhört viktig för att skapa förtroende och motivation för att delta i projektet. Av de synpunkter vi fått från deltagarna så har många ansett att den information de fått i samband med att de tillfrågats om deltagandet i projektet varit oklar – något som i sin tur skapat oro inför deltagandet. Det framgår också att några av deltagarna ansett att framförhållningen varit för kort, att de blev kontaktade alltför kort tid innan start eller att projektet kom fel i tiden på grund av andra omständigheter. Från FK har man bekräftat detta genom att man också där känt sig pressade av att den planering som gällt för inflödet till respektive grupp varit relativt kort.

Processen

Utformningen av programmet med kombinationen av grupp och individuella interventioner har vistat sig väl fungerande för målgruppen. Även hemuppgifter har av de allra flesta upplevts som mycket positivt. Endast några personer har upplevt hemuppgifterna som jobbiga och svåra att genomföra. Programmet har uppfattats som lagom långt för en del och för kort för vissa.

Ett problem har dock varit att några av deltagarna vid ett flertal tillfällen har lämnat återbud kort före sin besöksstid. Av dessa återbud återfinns några med giltigt skäl, som influensa, barn som blivit sjuka etc. Det finns dock ändå några som inte riktigt respekterat den avtalade tiden och mer eller mindre försökt smita undan. Resultatet har blivit att de missat delar i behandlingen i ACT programmet, samt att det på slutet inför planeringsmötet kunnat bli en alltför kort tid, både för deltagaren att hinna planera och förbereda sin handlingsplan ordentligt, samt för projektgruppen att hinna förbereda samrådet.

Planeringsmötet en viktig fas

De flesta deltagare har redovisat en handlingsplan vid planeringsmötet där både FK:s handläggare, AF:s projektledare och CEOS projektteam varit närvarande. Samtliga handlingsplaner har innehållit förslag till både privata – och arbetsinriktade åtgärder. De allra flesta med det slutliga målet - återgång till arbetslivet. Tidsplanerna är varierande och medan det för somliga varit fråga om omedelbar arbetsprövning handlar det för andra om en stegvis arbetsprövning med parallella stödåtgärder.

I samband med planeringsmötena har deltagarna generellt sett sagt sig vara mycket nöjda med programmet. Man har fått möjlighet att reflektera kring sin livssituation och upplevt det som positivt att ha blivit uppmärksammad. Många vittnar också om att de insett sina styrkor och att det finns möjligheter att komma tillbaka till arbetslivet trots funktionsnedsättningar. För några av deltagarna är det dock uppenbart att de är i behov av ytterligare stödåtgärder innan de kan påbörja arbetsträning. Detta behov visade sig framför allt relaterat till dem som har en mentalt dålig hälsa och tydliga tecken på depression – en grupp som inte borde deltagit i projektet. I denna grupp återfinns också de deltagare som känner sig mycket tveksamma till återgång i arbete även om de vagt har arbetslinjen som mål i sina handlingsplaner. För dem upplevs arbetsåtergång mer som ett störande och hotfullt moment i tillvaron. Vår prognos för återgång i arbete inom ramen för projektet är för denna grupp därför låg.

Slutsatser

Samverkan är inte bara en värdefull utan absolut nödvändig del av projektet för att så snabbt som möjligt skapa förutsättningar för individen att komma vidare mot arbetslinjen. Detta har även uttrycks av FK:s och AF:s parter. Samverkan har ökat möjligheterna till förståelse för deltagarnas olika situation och behov för att komma vidare mot eventuell arbetsåtergång.

Resultatet visar att efter 6 månader var 26 deltagare av 45 (62%) antingen i arbete eller i gång med planerade arbetslivsinriktade åtgärder. I projektet MiniSatsas interventionsprogram dess innehåll och upplägg fanns intentionerna om motivation och egen tro på återgång samt delaktighet i processen tydligt uttalat. Detta och visat resultat talar för att de metoder som valts i projektet stödjer att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen hade rätt fokus.

I deltagarnas ofta långa sjukskrivnings/-sjukersättningsperiod finns betydande hinder för arbetsåtergång genom att de allra flesta har intagit en roll som sjuk. Tanken på att återgå till arbetslivet finns inte längre inom deras referensramar, vilket är en försvårande omständighet för att skapa motivation. För många utgjorde inte den sociala situationen en grund att bygga vidare på i arbetsrehabiliterande syfte.

För dem som redan vid starten till viss del var motiverade och kunde ta vara på programmets jagstärkande moment och öka sin förståelse om sin situation samt själva beskriva sina mål, är sålunda prognosen för arbetsåtergång i någon form genomgående god.