

Kvinnocoacher vid Hälsocenter Fagersta Slutrapport

Projektägare

Projektägare är Landstinget Västmanland genom Kompetenscenter för Hälsa (KCH) och Försäkringskassan genom Lokalt Försäkringscenter i Fagersta (FK). Med projektägare menas att man administrerar projektet och ansvarar för dess budget, dess genomförande, dess uppföljning och dess utvärdering. Ansvarig för projektets bokföring och anställning av tjänster är Landstinget Västmanland.

Kontaktuppgifter:

Ann Sophie Hansson, Chef för Kompetenscenter för Hälsa, Landstinget Västmanland.

E-post: ann-sophie.hansson@ltv.se. Tel: 021-17 45 62, 076-863 67 97

Henry Komulainen, Områdeschef Lokalt Försäkringscenter Fagersta, Försäkringskassan

E-post: henry.komulainen@forsakringskassan.se. Tel: 010-112 71 32

SAMMANFATTNING

Resultaten i *Liv & Hälsa 2009*, som visade att ohälsotalen bland kvinnor i länet är höga och i synnerhet bland dem i den norra länsdelen, utgör bakgrunden till det coachingprojekt som genomförts i samverkan mellan landstinget Västmanland, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen under i huvudsak 2010. Medel beviljades från Norra Västmanlands samordningsförbund och från den så kallade sjukskrivningsmiljarden för totalt ett 80-tal kvinnor. Syftet med projektet har varit att sjukskrivna kvinnor boendes i norra länsdelen ska kunna återfå arbetsförmågan och kunna återinträda på arbetsmarknaden genom ett coachingprogram. Då ohälsan bland dessa kvinnor också i hög grad är relaterad till otillfredsställande levnadsvanor har syftet också varit att deltagarna ska kunna få hjälp och stöd för livsstilsförändring genom Hälsocenter Fagersta. Coachingen har utgått från ett processinriktat arbetssätt med varje kvinnas unika situation och förutsättningar som utgångspunkt. Coachingprogrammet har avslutats med en individuell plan för antingen arbetsåtergång eller fortsatt rehabilitering.

Utöver målet att minst 50% av deltagarna ska ha påbörjat arbetslivsinriktade åtgärder alternativt ha påbörjat ett arbete/utbildning efter coachingen har syftet varit att projektet ska bidra till att förbättra kunskapsläget om villkoren och möjligheterna för sjukskrivna kvinnor i Norra Västmanland.

Projektet har genomförts i två etapper med ett 40-tal deltagare i varje grupp. Målgruppen har varit sjukskrivna kvinnor boendes på landsbygden eller mindre orter med en genomsnittlig sjukskrivningsperiod om 6 år och en medelålder av i genomsnitt 45 år. Hos många finns en multiproblematik i form av en negativ social situation med en traumatisk och trasslig uppväxt, låg utbildningsnivå, generellt dåliga levnadsvanor som övervikt och daglig rökning samt depression.

Resultatet visar att av 66 personer som deltagit har 48 fullföljt hela coachprogrammet (dvs. 73%) varav 36 har gått mot arbetslinjen. Antingen har de kommit i arbete, är i arbetsträning eller i arbetslivsinriktade åtgärder. Det har dessutom skett en märkbart positiv förändring avseende självskattad motivation och psykisk hälsa. De resterande 12 personerna har återgått i medicinsk rehabilitering på grund av en alltför dålig både fysisk och psykisk hälsa.

Föreliggande rapport är en redovisning av projektet Kvinnocoacher vid Hälsocenter Fagersta och baseras på den så kallade 9-fältsmodellen som Norra Västmanlands Samordningsförbund valt för deras projektredovisningar. Modellen utgår från tre perspektiv: deltagarna- personal/projektledningen – organisationen där förutsättningar, process och resultat beskrivs under respektive perspektiv. Avslutningsvis förs en diskussion utifrån syfte, mål och förväntningar samt på vilket sätt vunna erfarenheter och kunskaper kan användas.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Projektägare	2
1. BAKGRUND	1
2. Projektplan	2
Syfte och mål.....	2
Projektorganisation.....	3
Arbetsmodell och metod	3
Uppföljning, utvärdering och rapportering.....	4
Finansiering	4
Projekttid	4
3. Deltagarna	4
3.1 Förutsättningar.....	4
3.2 Process	5
3.3 Resultat och effekter	6
4. Projektets personal	7
4.1 Förutsättningar.....	7
4.1.1. Projektmedarbetarnas kompetens och erfarenheter	8
4.2 Process/metod	10
4.3 Resultat.....	14
5. Organisationen	14
5.1 Förutsättningar.....	14
5.2 Process	15
5.3 Resultat.....	16
6. DISKUSSION	17
7. REFERENSER	18
BILAGOR:.....	18

1. 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. Trots sjunkande sjuktalet enligt statistiken står ett stort antal personer, och särskilt kvinnor, idag utanför arbetsmarknaden. Dessa saknar möjlighet att försörja sig själva genom eget förvärvsarbete och är beroende av samhällets stöd för sin försörjning.

Långa sjukskrivningstider bidrar till att sänka en persons självförtroende och självkänsla och 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.

Utvecklingen inom området sjuk- och aktivitetsersättning är fortsatt otillfredsställande med tanke på den starka ökningen av andelen unga kvinnor med psykisk ohälsa vilken är mycket oroväckande. En analys av inflödet till sjuk/socialförsäkringen under de senaste åren visar på en markant ökning av andelen kvinnor med psykisk ohälsa.

De insatser som idag görs för denna målgrupp är dock inte tillräckliga. Enligt en generell undersökning av Försäkringskassan 2008 bedömdes 12 % av målgruppen med varaktig sjukersättning att de skulle kunna komma tillbaka till arbetslivet om de fick rätt sorts stöd. Tidigare forskningsstudier¹ har visat att det finns en stor komplexitet vad gäller förklaringar till den psykiska ohälsan hos framför allt kvinnor då deras diagnoser ofta samvarierar med en multiproblematik som har att göra med deras livsvillkor såväl som livssituationen, både den nuvarande och den från tidigare i livet.

Kunskapsläget både i forskningssammanhang och kanske mest praktiskt ute i verksamheterna är allmänt sett lågt. Tidigare studier visar att det finns stor variation i landet angående de förhållanden som påverkar kvinnors ohälsa och deras möjligheter att snabbt återgå till arbetslivet efter en sjukskrivning. Enligt SKA rapporten spelar attityder och kulturella faktorer stor roll för regionala skillnader i sjukskrivningsmönster². Vilka attityder och kulturella faktorer som är relevanta för Norra Västmanland är dock oklart.

Att förklara varför kvinnors ohälsa är större än mäns är med andra ord en svår fråga. Historiskt sett var män mer sjukskrivna än kvinnor på 1970-talet. Likaså har den offentliga sektorns arbetsliv förändrats mycket sedan 1990-talet³. Den kanske allra viktigaste frågan är dock vilka metoder som kan underlätta en framgångsrik rehabilitering till arbetslivet. Det är viktigt att beslutsfattare, chefer och professionella har kunskaper om vilka förklaringar som är relevanta lokalt.

¹ Falkdal AH. Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete. Viktiga faktorer för tidig bedömning. (Sick-listed persons resources and obstacles for return to work. Factors of importance for early assessment). In Swedish. Umeå: University of Umeå; 2005.

² SKA projektet: Sjukförsäkring, Kultur och Attityder – Fyra aktörers perspektiv, Edward Palmer (redaktör), Analyser 2006:16, Försäkringskassan (http://www.forsakringskassan.se/press/aktuellt/ska_projektet/)

³ Thöres Theorell. I spåren av 90-talet. Karolinska Institutets University Press (2006)

Av de insatser som görs sker dock en alltför bristfällig dokumentation och utvärdering. Både förebyggande arbetet och rehabiliteringsinsatser behöver vidareutvecklas genom adekvata systematiska uppföljningar med metoder som dokumenterar effekter ur ett individ-, socialt- arbetsplats- och samhällsperspektiv.

Det handlar med andra ord om att dels öka kunskapen om ohälsa och livsvillkor, och framför allt om sambanden mellan kvinnors ohälsa och livsvillkor, dels om att finna metoder som kan underlätta arbetsåtergång för denna målgrupp. Av statistiken för Västmanland 2009 framgår att ohälsotalet i de tre bergslagskommunerna Fagersta, Norberg och Skinnskatteberg är det högsta inom Försäkringskassans region Öst. Vad gäller sjuk/aktivitetsersättning är kvinnorna enligt statistiken överrepresenterade (62 %). Liv & Hälsa undersökningen 2009 visar också att kvinnor i den norra länsdelen i högre grad än män har diagnoser med rörelse-relaterade besvär och psykisk ohälsa.

Sedan flera år tillbaka har ett antal projekt riktat mot sjukskrivna startats och avslutas i Norra Västmanland, både inom ramen för Dagmarmedel, samverkansmedel och finansiell samordning. Behovet av insatser för målgruppen kvinnor med psykisk ohälsa är dock stort

Att ge möjlighet till samordnad rehabilitering i syfte att möjliggöra arbetsåtergång för en stor grupp i samhället, i detta fall kvinnor med psykisk ohälsa, är det övergripande målet med projektet kvinnocoaching.

2. Projektplan

Syfte och mål

Syftet är att förbättra kunskapsläget om villkoren och möjligheterna för sjukskrivna kvinnor i Norra Västmanland, samt att pröva metod med särskilda kvinnocoachingtjänster inom Norra Västmanland.

Förväntade effekter om projektet blir framgångsrikt är: att projektet bör ha bidragit till att fler kvinnor har kommit närmare arbetsmarknaden genom att antingen ha fått möjlighet till arbete, kommit i arbetsträning eller andra arbetslivsinriktade åtgärder, att myndigheterna har fått ökade kunskaper om kvinnors ohälsa och metoder för att minska sjukfrånvaron bland kvinnor.

Mål för individinriktade delen av projektet

- Volymmässigt, att coacherna ska omsätta minst 80 ärenden (individer) på ett år.
- Kvalitetsmässigt, att minst hälften av individerna ska ha en plan för arbetslivsinriktade åtgärder alternativt påbörjat arbete/utbildning.

Mål för den utbildningsinriktade delen av projektet

- Att genomföra fyra utbildningsdagar där det allmänna kunskapsläget kring kvinnors ohälsa och sjukfrånvaro beskrivs och analyseras för att sedan

kompletteras med de kunskaper och erfarenheter som genererats från projektet.

- Att utbildningsatsningen riktar sig till beslutsfattare, handläggare och chefer hos alla de ingående parterna inom Norra Västmanlands Samordningsförbund.

Projektorganisation

Projektet leds av en styrgrupp som består av ansvariga tjänstemän/chefer från Landstinget Västmanland och Försäkringskassan. Tjänstemän från Norra Västmanlands Samordningsförbund är adjungerad i styrgruppen. Projektkoordinatorn är föredragande i styrgruppen. Styrgruppen träffas minst en gång i kvartalet under projekttiden.

Lokal utförare (Kompetenscenter för hälsa (KCH), Landstinget Västmanland) anställer coacherna som tillsammans tillhandahåller beteende- och samhällsvetenskaplig kompetens samt dokumenterad coachutbildning.

Arbetsmodell och metod

Coachernas uppgift var att arbeta processinriktat med att ge individuellt stöd men även gruppbaserat stöd för personer med likartade problem. I uppgiften ingick även att kontinuerligt uppfölja upp varje individ samt att, genom ett nära samarbete med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunerna, ansvara för att processen mot arbetslivet kunde säkras. Tanken var att coachen framför allt skulle ha en stödjande roll för de individer de coachar. Stödet anpassades efter deltagarens behov och kunde därför handla om både stöd till ökad egenkraft och stöd i samverkansinsatser gentemot olika myndigheter.

Utformningen av det individuella stödet skulle präglas av flexibilitet, kontinuitet, lättillgänglighet, aktivitet och helhetssyn. Att skapa professionella relationer med andra myndigheter, sätta igång självhjälpsstrategier, avlasta skuld, upprätta personliga mål för individerna och förmå individerna att uttrycka svåra känslor och tankar skulle utgöra en viktig del av arbetssättet. På så sätt skulle individen kunna se sina egna framgångar, få nya insikter, överbrygga sina sociala arv och bli ännu mer självständiga. Denna modell överensstämmer med ett lösningsfokuserade arbetssätt.

Tanken med att coacherna skulle ha olika kompetens och erfarenheter svarade mot syftet att ge individuellt stöd utifrån deltagarnas olika behov. Arbetssättet kunde med andra ord variera samtidigt som en gemensam struktur för arbetsmodellen skulle säkra kvaliteten i coachingen. Arbetsmodellen finns beskriven i bilaga 1.

Uppföljning, utvärdering och rapportering

Eftersom arbetet ingår i en samverkansfinansierad verksamhet läggs projektet in i SUS (System för uppföljning och samverkan), www.susam.se, med individuell registrering och uppföljning av Försäkringskassan.

Uppföljning av projektet har skett löpande dels i styrgruppen dels i coachgruppen, där dagboksanteckningar bildat underlag till del- och slutrapport. Projektgruppen har haft två processdagar för att fånga upp kunskaper från coachingen av deltagarna, från projektledningen och de samverkande myndigheterna.

Utvärdering sker enligt samordningsförbundets modell för självvärdering (se ovan) i samarbete med Kompetenscenter för Hälsa, Landstinget Västmanland. I modellen förutsätts en medbedömare vars uppgift är att tillföra självvärderingen synpunkter från extern kompetens. Sådan kan vara professionell erfarenhet från samma eller andra yrkesområden, med personligt intresse av att bidra med kompetens och erfarenheter för att bedöma om projektet når sina mål. Medbedömarens synpunkter beaktas och tas sedan med i den slutliga rapporten.

Projektrapportering sker till Norra Västmanlands Samordningsförbund och Landstinget Västmanland (som finansiär) enligt fastställd anvisning dels som halvårsrapport dels som slutrapport. Rapportering av genomförda seminarier sker genom separat rapport från Norra Västmanlands Samordningsförbund.

Finansiering

Projektet är finansierat via medel från Landstinget Västmanland genom den så kallade sjukskrivningsmiljarden och Norra Västmanlands Samordningsförbund.

Projekttid

Projektstart 2010-02-01 – 2011-03-31. Förlängningen med två månader beslutades vid styrgruppsmöte 2010-06-27 då det initialt var problem för Försäkringskassan att rekrytera rätt målgrupp.

3. Deltagarna

3.1 Förutsättningar

Kriterier som beskrevs för målgruppen i projektet inkluderade: 80 deltagare i åldern (18-64 år), med samordnade behov (d.v.s. att en tätare samverkan mellan myndigheterna är en förutsättning för att individerna ska komma vidare i sin rehabilitering), med kunskaper i svenska språket på en sådan nivå att de kunde tillgodogöra sig coachingen samt kunde förstå och använda sig av det material som skulle användas i projektet. Därutöver skulle deltagare med allvarigare psykisk sjukdom exkluderas som deltagare i projektet.

Tanken var att 80 kvinnor skulle omfattas av projektet, men på grund av en långsam start och initialt problem med rekryteringen så kom totalt 66 personer att omfattas av coachingprogrammet och 18 personer blev så kallade drop-outs.

Av de 66 inskrivna var det 48 som fullföljde programmet. Från Försäkringskassan (FK) rekryterades 51 och i slutet av projekttiden kom även Arbetsförmedlingen (AF) med och rekryterade 15 personer. Deltagarna hade en medelålder på 44 år (spridning 21-62 år), var i huvudsak lågutbildade och ofta med en multiproblematik, med såväl smärt- som psykiska diagnoser. Det var kvinnor med långvarig sjukskrivning och/eller tidsbegränsad sjukersättning med i genomsnitt 7 år (spridning 2-12 år), där man från FK men också från AF upplevt dessa ärenden som svårhanterade. Majoriteten av kvinnorna bodde på landsbygden eller på mindre orter, deras sociala situation beskrevs ofta som negativ och ofta med en traumatisk och trasslig uppväxt, med övergrepp och trakasserier. Många av barnen till dessa kvinnor hade fått diagnosen ADHD, ADD, Aspergers och borderline. Generellt tenderade dessa kvinnor att också ha dåliga levnadsvanor som t.ex. övervikt, daglig rökning och annan missbruksproblematik.

Kvinnornas psykiska hälsa, mätt genom Madras⁴, ett självskattat depressionstest, hade vid start ett genomsnittligt värde av 21,3 poäng (se bilaga 2), vilket indikerar att gruppen som helhet låg över riktvärdet på 19 poäng för självskattad depression. Många av deltagarna hade dock ett väsentligt högre värde på skalan som visade på en större grad av ångest och depressivitet. Många hade också etablerade kontakter inom psykiatrin. Flertalet hade också risk för suicid och några med flera suicidförsök.

Till deltagarnas förutsättningar hör även att deras motivation för att delta i projektet såg mycket olika ut. För några innebar det att ställa om till en stor förändring av det egna tänkesättet och den egna livssituationen.

3.2 Process

Urvalet av deltagare gjordes av handläggare på Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen utifrån de beskrivna kriterierna i två etapper med ett 40-tal deltagare i varje etapp. Det var också FK som gav den första informationen om projektet till deltagarna via telefonsamtal informationsbrev. I nästa steg kallades deltagarna till till ett ca 2 timmar långt samtal med projektets koordinator, Irene Ekmark, för ytterligare information till deltagarna om målet med projektet, presentation av de inblandade aktörerna, och vad deras deltagande skulle innebära. Samtalet syftade också till att göra en screening av deltagarnas nuläge, motivation och psykiska hälsa (screeningen beskrivs utförligare under rubrik 4.2).

Många upplevde här känslor av både förväntan och oro men också av tveksamhet, ilska och motstånd. En viktig del av samtalet var att svara på deltagarnas frågor, skapa motivation hos de deltagare som kände sig tveksamma och oroliga. För många handlade det om att lösa det dagliga livet med olika åtaganden som deras nuvarande livssituation innebar med t.ex. barnpassing, hundvakt etc. Vid inskrivning var flera av kvinnorna skeptiska till att delta men efter första kontakten med projektkoordinatorn och intervjun blev inställningen generellt sett mer positiv.

⁴ Montgomery, S. and M. Åsberg (1979). "A new depression scale designed to be sensitive to change." British Journal of Psychiatry 134: 382-389.

Ett viktigt syfte med screeningen var att identifiera deltagarnas behov av stöd i coachingen för att sedan kunna matcha och slussa dem till ”rätt” coach. Coachingen som pågick upp till 6-månader omfattade såväl personliga möten var 3:e eller var 4:e vecka som samtal mellan mötena genom telefon- mail- och sms kontakter. Coachingen styrdes helt utifrån deltagarnas behov med individanpassade processer för att förbättra den psykiska hälsan, öka motivationen och stimulera till förändringar i livssituationen med målet - arbetsåtergång.

Att ge hopp om en annan tillvaro var en viktig utgångspunkt i coachingsituationen. Stöd och hjälp till ökad information och att förbereda möten hos t.ex. FK eller AF och hur man kan ha dialogen med myndigheterna var andra viktiga delar i processen. Ibland behövde motivationen stärkas för att ta eller bibehålla kontakter med psykiatrin. Ibland handlade stödet om att stärka deltagarna så de kunde sätta gränser för sig själv i förhållande till andra, att inse att man har rätt att ha egen tid, att det får vara roligt, att man duger och hur man hittar sin egen väg till inre återhämtning, för att komma vidare.

De flesta deltagarna fick coaching genom individuell handledning men sju deltagare var intresserade och erbjöds coaching i grupp (se metod nedan under rubrik 4.2).

Att gå in i ett projekt under så lång tid som 1 år med målet arbetsåtergång innebär för många av deltagarna en stor omställningsprocess som skulle kräva ett stort mått av psykisk ansträngning. En ansträngning som skulle visa sig i att några inte ens orkade påbörja programmet (2) och några inte fullfölja programmet (16) medan den hos andra skapade ny energi och nytt hopp inför framtiden.

Inte alla deltagare, hade alltså kraft nog för att fullfölja programmet. Bland de 16 som avbröt programmet fanns en rad olika hinder enligt vad coacherna erfarit. Det finns flera anledningar till det, dels olämplig tidpunkt för deltagande i projektet, dels brist på motivation som gör att man avslutar sitt deltagande med olika förklaringar. Dels handlar det om att man helt enkelt inte vill arbeta mer. Man vill inte bryta det livsmönster som man nu har men också om att anhöriga inte stödde en förändring utan snarare försvårade deltagande.

3.3 Resultat och effekter

Av de 66 deltagare som var inskrivna i etapp 1 och 2 har 48 fullföljt programmet i sin helhet (dvs. 73%). Mot bakgrund av gruppens status vid start, som visade på en väsentligt ”sjukare” grupp än vad som var väntat kan man konstatera att av dem som fullföljde programmet så har 36 personer, dvs. 75% påbörjat arbete eller arbetsträning eller är i andra arbetslivsinriktade åtgärder. Övriga 12 deltagare har gått till fortsatta rehabaktiviteter, några på grund av behov av medicinsk rehabilitering, några som hade behövt en längre tids coaching för att komma till arbetslinjen och ytterligare några som hade fått en förvärrad livssituation beroende på olika faktorer. De fortsatta rehabåtgärderna för dessa deltagare kan inte generellt tolkas som ett misslyckande för deras deltagande i projektet. Snarare kan en förklaring vara just att de var ”för sjuka” för att projektet skulle ha effekt på arbetsåtergång för deras del.

Madras skattningen för självskattad depression visade efter 6 månader på en generell förbättrad nivå för gruppen. Från ett genomsnitt på 21,3 poäng (av max 45) hade värdet sjunkit till 16,5 vilket betyder att gruppen som helhet upplever en klart förbättrad psykisk hälsa och ligger därmed under riktvärdet för depression. Detta medför också att gruppen som helhet förväntas ha minskat sitt vårdbehov.

Utöver det kvantitativa resultatet har en kvalitativ bedömning av deltagarnas totala livssituation gjorts av coacherna vid start och efter avslutat program. Denna bedömning har gjorts på en skala från -1 till +3 och utgår från individens upplevda livskvalitet, förmåga att påverka sitt liv, fatta egna beslut, ha modet att gå vidare och modet att våga sätta nya gränser. Resultatet visar på gruppnivå att det skett en förändring från 0,6 till 1,7 på skalan vilket coacherna bedömt handla om framför allt en förbättrad självkänsla och livssituation. Livslusten hade hos många förbättrats vilket kan beskrivas i några citat från deltagarna.

”Jag vet inte hur jag skulle ha klarat den här tiden utan ditt stöd, jag har ju ingen, jag hade inte suttit här idag utan dig.”

”Mycket skit har man blivit skickad på genom Kassan, men det här var ju bra!”

”Du har fått mig att reflektera och tänka i andra banor än vad jag har gjort tidigare”

”När man är skör, när man balanserar på en gräns så kan den där stödjande handen vara helt avgörande för om man lyckas hålla balansen eller inte. Så ett evigt TACK till dig för att du fanns där under en helt avgörande tid i mitt liv.”

Totalt 16 deltagare blev drop-outs efter det att coachingprogrammet påbörjats. En rad olika orsaker, som ovan redan nämnts, påverkade avhopp vid olika steg i processen för dessa 16 personer. Det handlade ofta om brist på socialt stöd, att några var alltför sjuka, några som inte ville bli coachade och några som redan var i andra aktiviteter. Det fanns också en bristfällig analys om deltagarnas status från inskrivande myndighet som gjorde att det i några fall blev felaktiga rekryteringar i förhållande till de kriterier som satts upp.

Från andra studier finns liknande erfarenheter vad gäller orsaker till drop-outs⁵.

4. Projektets personal

4.1 Förutsättningar

Kompetenscenter för hälsa och dess chef Ann-Sophie Hansson, har haft uppdraget att skapa förutsättningar för projektet. I detta uppdrag har ingått såväl att rekrytera kompetens som att få en fungerande arbetsorganisation. Att coacha kvinnor sjukskrivna för psykisk ohälsa och smärtproblematik, hade Ann-Sophie

⁵ Anderzén I, Hansson A-S. NySatsa - Projekt med syfte att främja individens möjligheter till återgång i arbete genom individuell utveckling och vägledning. Slutrapport. Uppsala: Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap; 2008.

Hansson erfarenheter av från tidigare projekt med goda resultat, både i Uppsala och Haninge. Vunna erfarenheter från dessa projekt ledde till att rekryteringen av projektmedarbetarna kunde göras på goda grunder. Mot denna bakgrund rekryterades sålunda dels en konsult från Human Reserach AB som koordinator och för att göra djupintervjuer och screening av deltagarna. Dels rekryterades två coacher med tidigare erfarenhet av arbetslivsinriktad coaching från Landstingets egen företagshälsovård. Då målgruppen visade sig vara väsentligt ”sjukare” än vad som planerats, krävdes rekrytering också av coach med KBT-erfarenhet. Här skedde rekrytering via Hälsoforum i Västerås vilket gjorde att förutsättningarna förbättrades väsentligt. I etapp två visade det sig att gruppcoaching också var önskvärt vilket resulterade i en rekrytering av en coach i samverkan med landstingets Självhjälpscentrum.

Sammanfattningsvis fanns alltså en mycket kompetent projektorganisation att tillgå på fyra personer initialt och under etapp två fem medarbetare. Inför projektets start fanns därmed goda förutsättningar vad gäller såväl projektmedarbetarnas utbildningsbakgrund och erfarenheter från arbetslivsinriktad rehabilitering och coaching som av erfarenheter och kunskaper från tidigare projekt hos projektägaren, vilket borgade för ett framgångsrikt projekt. Nedan beskrivs kortfattat coachernas olika bakgrund och erfarenheter.

Vad gällde den geografiska placeringen av projektet planerades Fagersta kommun som huvudarbetsplats för coacherna men även Hallstahammar och Sala bedömdes kunna vara aktuella. Deltagarnas boende och sociala situation försvårade dock medarbetarnas förutsättningar för att kunna genomföra coachingen på de ursprungligt planerade platserna.

4.1.1. Projektmedarbetarnas kompetens och erfarenheter

Projektets koordinator Irene Ekmark

Iréne Ekmark, 58 år har en beteendevetenskaplig bakgrund med utbildning inom organisationspsykologi, systemteori, stressforskning relaterad till individ- och organisation samt grundutbildning inom KBT och ACT från Karolinska Institutet och Uppsala Universitet.

Iréne Ekmark har arbetat i drygt 30 år med uppdrag inom offentlig förvaltning och privat näringsliv med fokus på organisationsutveckling, ledarskap och medarbetarskap. Uppdragen har bl a handlat om att coacha och handleda chefer och medarbetare mot en långtidsfrisk organisation med låga ohälsotal. Många av uppdragen har också kommit att handla om att coacha och handleda individer med mångårig sjukskrivning och arbetslöshet mot återgång till arbetsmarknaden.

Human Research AB har utvecklat en arbetsmetod som heter HR Balansen® som 2005 erhöll varumärkesskydd av Patent- och registreringsverket. Metoden har visat på mycket goda resultat i olika uppdrag, både för flertalet arbetsgivare och inom ramen för flera forskningsuppdrag tillsammans med Akademiska Sjukhuset och Uppsala Universitet. Metoden bygger på ett kognitivt förhållningssätt och är uppbyggd på en samtalsserie med stödjande, reflekterande och aktiverande inslag som utmynnar i en handlingsplan med fokus på helheten runt

arbetsliv och privatliv där arbetsåtergång är slutmålet. Grundtanken är att genom empowerment skapa förutsättningar hos individen för att ta beslut och eget ansvar för sin livssituation.

Human Research AB har varit interventionsansvarig för två mycket uppmärksammade projekt, Nysatsa Uppsala och Nysatsa Haninge, www.hrab.se (se forskning), där individcoachningen byggde på HR Balansen®. I dessa uppdrag samarbetade olika aktörer från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Landstinget, Kommunerna och Samordningsförbunden.

Coacherna som deltagit i projektet är Elisabeth Tilleaus-Eriksson, Johanna Tångring, Yvonne Örn, Landstinget Västmanland och Christina Persson, Rehvälj AB.

Elisabeth Tilleaus- Eriksson

Elisabeth, 44 år, leg.arbetsterapeut och anställd inom Landstingshälsan som hälsoutvecklare, utbildad rehabvägledare med mångårig erfarenhet av arbetslivsinriktad rehabilitering. Elisabeth har tidigare arbetat på Försäkringskassan och har därigenom god kännedom om regelverket vilket varit en värdefull kunskap i rollen som coach. Elisabeth har som grundfilosofi att alla individer vill och kan vara aktiva och delaktiga i ett sammanhang.

Johanna Tångring

Johanna är 40 år och utbildad hälsoutvecklare med påbyggnad i retorik, personalutveckling och coachning och beskriver sitt arbete som coach så här:

”Min ingång som coach i projektet var att få möjlighet att få jobba med kvinnor i behov av stöd för arbetsåtergång och utifrån samtal som syftar till att det är kvinnorna själva som sätter agendan, som sätter sina mål med träffarna där fokus är att se till deltagarnas möjligheter.

Det som gjorde mig till en bra coach i projektet var att jag ville vara så ”blank” som möjligt före start. Kvinnornas historia är inte det primära utan deras vilja till förändring och motivation till att sätta upp mål för sina liv. Jag valde att möta dem där de befann sig och det gjordes vid varje tillfälle. Tillsammans sammanfattade vi varje tillfälle och en hemuppgift delades ut som utgångspunkt till vårt nästa samtal.”

Yvonne Örn

Yvonne, 55 år, har Socionomexamen med personaladministrativ inriktning. Yvonne har 30 års erfarenhet från personalarbete, företagshälsovård och samtalsbehandlingsarbete inom hälso- och sjukvården. Har arbetat mycket med individuellt och gruppbaserat samtalsstöd och terapi för personer med långvariga stresstillstånd, depression och ångest. Inriktningen är empowerment och självkännedom– att se vilka möjligheter det finns att göra andra val i livet. Att bryta mönster, börja ta hand om sig själv och våga sätta upp mål för en tillvaro i större balans.

Yvonne har också kompetens inom kognitiv psykoterapi (steg 1), vilket varit värdefullt med tanke på deltagarnas behov. Yvannes intresseområden är stödjande/terapeutiska samtal, coaching, utbildning i processform, grupphandledning

av yrkesgrupper, rehabiliteringsarbete och grupper utveckling av kommunikation.

Den kognitiva teorin och praktiken är den grund Yvonne står på, och kompletterar med olika verktyg från mindfulnessområdet, lösningsfokus mm. I början av 2000-talet utformade Yvonne en gruppmetod - Stressrehabilitering i Grupp - för personal anslutna till Landstinghälsan. Grupprogram genomfördes (med Yvonne som ledare) två ggr/år under sju års tid. Kognitivt baserat förändringsarbete, avspänning, erfarenhetsutbyte och hemuppgifter är de bärande elementen i metoden.

Yvonne har varit anställd som beteendevetare på Landstinghälsan fram till juni 2010 och är därefter projektanställd på Självhjälpscentrum, inom Kompetenscenter för hälsa.

Christina Persson, Rehvälj AB

Christina Persson är 61 år, socionom, arbetsvägledare och har magisterexamen i pedagogik. Hon har en lång erfarenhet inom offentlig förvaltning av kurativt arbete, vägledning och rehabilitering samt chefsutveckling.

Vid rehabiliteringen och vägledning har många ärenden varit att coacha sjukskrivna till bättre hälsa och återgång till sin anställning.. För henne finns inga svåra fall. Hon har utvecklat en samtalsmetodik med kognitiva inslag och med små steg att finna glädjeämnen i livet mot arbete/praktik och ett tillfrisknande.

Christina har också lång erfarenhet av chefsutbildning och chefscoachning för tydligare ledarskap vilket är viktigt för att personalgruppen ska bibehålla arbetsglädje och hälsa.

Christina har också utvecklat gruppaktiveter för ökad samhörighet och delaktighet i arbetsgrupper. Under åren som gått har hon också varit projektledare och arbetat för invandrars integrering liksom med missbrukare och deras återgång till arbete.

På senare tid har Christina också utvecklat sin kompetens inom arbetsmiljöområdet vilket blivit hennes spetskompetens.

Christina är ordförande i Hälsoforum Västmanland och därigenom fått sin kompetens kvalitetsgranskad vid inträdet i föreningen.

4.2 Process/metod

Inledningsvis fanns vissa hinder i urvalsförfarandet och samverkan i med FK. När rutinerna skapats kunde sådana hinder lösas och ett välfungerande samarbete etableras med såväl FK som AF som dock kom in i urvalsprocessen först i ett senare skede.

I den första fasen av programmet som omfattade både urvals- och bokningsprocessen, skedde efter hand en utveckling av arbetsformerna vilket bidrog till att arbetsprocessen som helhet utvecklades positivt.

En flödesmodell skapades av projektkoordinator Irene Ekmark i syfte att kunna följa varje deltagare under hela processen från inskrivning i projektet till avslut. Viktiga moment i processen noterades kontinuerligt av coachernas för att kunna bedöma process och resultat. Modellen har omfattat såväl kvantitativa som kvalitativa mått för bedömningen.

Coacherna bildade ett team under ledning av projektkoordinatören som under den tid projektet löpt haft kontinuerliga möten med avstämningar kring deltagarnas utveckling. Mötena har haft karaktären av så kallad kollegial handledning där samtal om behov av förändringar och åtgärder för deltagarna kunnat diskuteras. För majoriteten av deltagarna har insatserna behövt modifieras och mer inriktas mot ”de små stegen”, dvs. programmet har tidsmässigt fått revideras på grund av deltagarnas komplexa situation.

Utgångspunkten för hur coachingprogrammet för den enskilde individen skulle utformas baserades på *screeningsamtalet* som omfattat ca 2 timmar per individ och genomförts av projektkoordinatören Irene Ekmark. En viktig del av samtalet har varit att skapa förståelse för och motivation för att delta i projektet där fokus har legat på att individen ska uppleva sitt deltagande som att få en chans, att få ett erbjudande om en förändring till något bättre.

Samtalet har därför omfattat både en informationsdel, en djupintervju och tester och varit uppbyggt utifrån inslag av KBT och motiverande samtal (MI), där instrument och mått på individens vilja, att kunna, ha förmåga, att avse och vara motiverad varit grundbultarna. Ett av instrumenten i samtalet har varit ett så kallat ”hälsokors”⁶ där individens egna syn på att vara sjuk/frisk respektive och att må bra/må dåligt diskuterades samt individens egna tro på tillfrisknandet i framtiden.

Inledningsvis har projektkoordinatören alltså informerat om projektet, målen, beskrivit upplägget av coachingen, de inblandade aktörerna och deras roller i projektet. Screeningen har tagit fasta på individens bakgrund i privatliv och arbetsliv för att få en bild av det sammanhang som individen befunnit sig i vid start. Härigenom skapades också en bild av vilket stöd som individen var i behov av för att kunna nå målet om arbetsåtergång.

Deltagaren förbereddes avslutningsvis på att en coach skulle ringa henne inom cirka 2 veckor efter screeningsamtalet. Efter det skulle coachen och kvinnan bestämma tider, platser och individuellt innehåll, fortfarande kopplat till projektmålen.

I nästa steg genomförde projektkoordinatören en *matchning* av deltagaren till ”rätt” coach. Det handlade om att matcha deltagarens behov till den coach med lämplig kompetens för just den individen. Analysen av samtalet relaterade t.ex till frågor som: Vad hade kvinnan sagt? Vad hade hon inte sagt? Vad var tydligt och vad fanns under ytan? Vilka behov kunde vi arbeta med inom ramen för detta projekt? Analysen måste hela tiden ha målet med arbetslinjen i fokus. Vanligt

⁶ Fritt efter Katie Eriksson - Eriksson K. Hälsans idé (The idea of health). In Swedish. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1989.

var att kvinnan hade en rad olika problem, fysiska, psykiska, ekonomiska mfl. och ofta flera samtidigt – men viktigt var i denna analys att förstå var huvudproblematiken fanns och då vem av coacherna som på bästa sätt kunde vara rätt person för just den individen. Matchningen var inte bara relaterad till deltagarens behov och coachens kompetens utan också till beläggningsgrad och tillgänglighet hos coacherna.

Matchningen kunde nu göras utifrån bl.a. följande kategorier: antal deltagare per coach, problemområden som livsstilsrelaterade problem, myndighetsproblem, psykisk ohälsa som krävde KBT kompetens, lättare psykiska problem där kurativ kompetens var lämplig etc.

Arbetsprocessen startade efter det att matchningen var klar och varje deltagare hade kommit i kontakt med sin coach. Coacherna träffade sina deltagare för ett första samtal där arbetsprocessen diskuterades. Med hjälp av projektuppföljningsschemat som utgjorde en gemensam struktur för individuppföljning, projektgruppsmöten och utskrivningar, kunde coachprogrammet genomföras enligt den gemensamma strukturen. Arbetsmetoderna har däremot sett olika ut beroende på deltagarnas behov och hälsoläge. Projektkoordinatören ansvarade för att alla sammanställningar från coacherna fördes in i schemat. Nedan följer en beskrivning från coacherna om hur de arbetat med coachingen.

”Centralt har varit att fokusera på att se det friska säger **Elisabeth**, ta fram resurserna och styrkorna hos varje individ, coacha mot att skapa en struktur för dagliga rutiner med ökad aktivitet och minskad rörelserädsla. En viktig del har varit att förmedla kunskap och information (och därmed både trygghet och hopp), att stötta deltagaren till en ökad delaktighet i sin rehabilitering. Motivera till olika beteendeförändringar för att tex. kunna öka uthålligheten i arbetsträning, få ett bättre samarbete med handläggare mm.

Många kvinnor har behövt stöd i att våga ta plats, se att de också har rätt till egen tid för att arbeta med sin hälsa. Ofta har deltagarna fått uppgifter att utföra mellan coachingtillfällena, såsom att söka information, samordna möten, arbeta med material osv”.

Christina beskriver sitt arbetssätt så här: ”..har bokat in deltagare i projektet för 1-2 möten varje månad. De har träffats i överenskommen lokal för coachningsmöten. Vid mötet har jag använt metoden att finna glädjen och att deltagaren i små steg kunnat nå en bit mot bättre hälsa. Glada skratt har hörts i rummet och styrkan mot att få bättre hälsa och liv växer hos deltagaren. Bemötande har haft stor betydelse i processen.

Svårigheter har uppstått när t.ex. myndigheters agerande inte fungerat eller när deltagarens sociala situation eller hälsa försämrats. I några ärenden har återkopplingsmöten med AF och FK samt mail och telefonkontakt med respektive myndighet varit en viktig del i arbetsprocessen. Att ibland kunna fungera som en brobyggare till andra myndigheter och hjälporganisationer har därför många gånger varit nödvändigt.

Rollen som jag som coach haft, är att vara en person som bryr sig och som också kanske varit den enda person som brytt sig hur deltagaren mår.”

Och **Johanna** beskriver sitt så här:

”Efter varje träff hade jag mejl- eller telefonkontakt med deltagaren. Att ha kontakt mellan gångerna låg helt i deras eget intresse. Det handlade inte om en mejldialog utan om att informera mig om hur det gick med olika saker. Då vi träffades igen kunde vi lätt ta upp tråden. Jag ställde alltid frågan om vad deltagaren ville ha ut av samtalet den här gången, och det gjorde att vi kunde sätta mål för varje träff. Jag har utmanat mina deltagare och jag vill påstå att många har gjort en fantastisk resa, gjort saker som de själva inte trodde ett ögonblick på vilket lyft dem till nya nivåer.

Vi har träffats på olika ställen och det är alltid kvinnorna som själva valt plats. Ibland har vi varit i Landstingets lokaler, ibland på café, ibland på bibliotek och ibland har vi promenerat. Vi coacher har haft regelbundna träffar för att lyfta svåra frågor och svårare ärenden. Ett sätt att lätta på trycket och få möjlighet att bolla tankar och idéer.”

Ett behov som uppstod under arbetsprocessens gång var *gruppcoaching*. Det var dock först i etapp två som detta kunde erbjudas några av deltagarna.

Nedan beskrivs metoden för gruppcoaching av Yvonne Örn som lett dessa grupper.

”Ett individuellt samtal med varje deltagare utgjorde start. Förutom bakgrund och nuläge ställdes frågor kring styrkor, aktuell sårbarhet och mål med coachingen. Information gavs om upplägg, lokal och tider. Grupperna träffades fem gånger à två timmar, ca varannan - var tredje vecka.

Första träffen:

Genomgång av tystnadslöfte, frånvarohantering, tider mm.

Ledaren presenterar gruppcoachings grundtankar:

Vi sätter upp konkreta mål, söker möjligheter och utmanar oss själva att ta nya steg (lösningsfokus). Vi utforskar egna mönster i hur vi tolkar saker som händer, och hur vi reagerar i tanke, känsla och handling. Vi utforskar den s k ”autopiloten”, och om den behöver påverkas. Vi försöker träna avspänning, och i övrigt öka det som ger avkoppling och glädje.

Kort om gruppledarens uppgifter: Understödja den goda dialogen i gruppen, styra bort från ältande, avlasta skuld och validera känslor, ställa frågor som bidrar till nytänkande och mod att pröva nytt. Viktigt att ledaren uppmärksammar om någon deltagare inte mår bra i gruppen, och då erbjuder enskilt samtal för att utröna behov.

Ledaren introducerar och genomför ett *mindfulness-inslag*

Därefter runda för presentation av deltagarna och deras mål. Ledaren har en kort teoristund om personlig omsorg om sig själv. Hemuppgift introduceras, samt eventuell uppgift att konkretisera egna mål under coachperioden. Avslutning med feed-back-runda.

Övriga träffar inleddes med mindfulnessinslag. Baserades i övrigt på samtal kring hemuppgifter, nuläget, utmaningar och dagens korta teori-pass. Deltagarna formulerade sina egna hemuppgifter utifrån de egna målen. Feed-back-runda avslutade varje träff. Eventuellt frånvarande deltagare ringdes upp av ledaren för telefoncoaching.

Mellanliggande telefonsamtal/mail vid behov. Stående erbjudande om att delta i myndighetskontakter såsom överlämningsmöten etc.

Individuellt avslutande samtal med utvärdering och ifyllande av aktuella screeningformulär. Behov av coachens avslutande medverkan i myndighetskontakter inventerades.”

Under genomförandeprocessen har också *samverkan* skett med FK och AF, som också framgår av coachernas beskrivningar ovan, där coachen tillsammans med deltagaren haft kontakter för att möjliggöra arbetsgång/utbildningsmöjligheter etc.

4.3 Resultat

Som ovan nämnts så var målgruppen kvinnor med sämre status än väntat. Detta ledde till behov av att rekrytera kompletterande kompetens men också delvis till nya arbetssätt. Trots ändrade förutsättningar visar projektet på mycket goda resultat och att coachingen bedöms ha varit mycket framgångsrik för den aktuella målgruppen. Mycket av framgången har handlat om förhållningssättet, att få individerna att se möjligheter i stället för hinder, att initiera samverkan med myndigheter och att erbjuda stödåtgärder, där bl.a. Hälsocenter haft en viktig roll. En erfarenhet som coacherna gjort är att denna resurs borde byggts in från början i projektet. Att ha kännedom vilka olika resurser som står till buds och som stöd för deltagarnas möjligheter att komma åter i arbete är betydelsefullt för att kunna nå målet med arbetsåtergång. Vidare att det är små, små saker som kan leda till förändring. Till exempel att humor är en viktig del i en copingstrategi liksom att få till ett möte med FK eller AF där individen fått möjlighet att föra fram sina frågor. Mycket av dessa kvinnors frustration handlar om just svårigheter att navigera bland myndigheter och kunna göra sin röst hörd.

Bland de resultat som framstår som viktiga för projektmedarbetarna själva är den ökade förståelsen för den komplexitet som finns vad gäller ohälsan hos denna målgrupp. Och inte minst att man också upplever en stor ödmjukhet inför andra människors komplexa livssituation. Andra värdefulla erfarenheter är det lärande kring metodiken, om olika sätt att arbeta som skapats i coachgruppen, om projektmetodik, om försäkringssystemen, mm. Så framhåller man ”*den positiva ångan*” som funnits i gruppen, de goda relationerna, att man haft roligt, modet och värdet av olika personligheter i gruppen.

5. Organisationen

5.1 Förutsättningar

Att projektet inte hade någon uttalad projektledare utan att det var styrgruppen som i praktiken fungerade som projektledning, var från början en otydlighet. Projektkoordinatören fick rollen som projektledare då ingen egentligen var utsedd som projektledare. Detta var en brist i de förutsättningar som fanns vilket ledde till ett tredelat projektledarskap så att rekrytering och ekonomi legat på KCH och Ann-Sophie Hansson, att NVS genom Jonas Wells svarat för seminariedelen och för samverkan med Hälsocenter har Anna Ivarsson svarat. Styrgruppen

har successivt utvidgats under projektet och följande personer har varit delaktiga i projektets styrgrupp:

Ann-Sophie Hansson, KCH, projektägare
Henry Komulainen, FK, projektägare
Marita Mossberg, FK, extern medbedömare (fr.om hösten 2010)
Malin Fredriksson, AF (fr.om hösten 2010)
Jonas Wells, NVS finansiär (adjungerad)
Tuula Wallsten, Landstingsmiljarden, LtV, finansiär
Anna Ivarsson, KCH, Hälsocenter (adjungerad)
Irene Ekmark, projektkoordinator (föredragande)

Styrgruppen har haft 5 möten under projekttiden för styrning och ledning av projektets olika delar.

När det gäller lokalerna var lösningen från början att använda lokaler med anknytning till både FK och Fagersta HC. Men genom det utökade uppdraget, då ett flertal av deltagarna inte kunde ta sig till de anvisade lokalerna så krävdes nya lösningar efter hand.

I de ekonomiska förutsättningarna ingick att deltagarna skulle kunna ta sig till de platser för coachingen, som planerats. Dessa förutsättningar ändrades genom en generellt sett sjukare grupp, som medförde fler resor för coacherna och att få fram fler lokaler för samtal.

5.2 Process

Informationsmöten på FK och AF har hållits efter det att projektet startat men borde som ovan nämnts ha genomförts redan innan start. Efter mötena har genomförandeprocessen effektiviserats och samarbetet underlättats genom kontaktpersonen på FK. Därefter har informella kontakter med personer på FK och AF knutits och man har hittat sina egna kontakter vilket varit en bra väg för samverkan. I detta sammanhang bör kontakterna och kommunikationen med Hälsocenter nämnas vilken varit lätt och smidig. Att Marita Mossberg, FK, varit utsedd som medbedömare har varit en god och värdefull resurs genom det engagemang och den särskilda kompetens inom sjukförsäkringen hon visat under processens gång. I bilaga 3 redovisas Maritas erfarenheter och synpunkter.

Processen har också medfört synergieffekter med andra projekt då kvinnorna kunnat ingå också där. Den har också skapat lärdomar om vikten av att involvera alla aktörer redan i ett inledningsskede för att underlätta genomförandet.

En annan viktig del av projektet är de utbildningsinsatser som löpt parallellt med coachingen som syftat till att öka kunskaperna om kvinnors livssituation och om vägen till förändring.

Ett hinder som flera upplevt under processens gång är den 6 månaders regel på FK som upplevts som förvirrande och oklar, vilket i sin tur påverkat många av deltagarna negativt. Här hade handläggarna på FK behövt mer information inför och i början av processen, vilket nämnts tidigare i rapporten. Att AF kom in i ett senare skede var en miss i projektupplägget. Men som kunde rätas ut under pro-

cessens gång och ledde till ett positivt samarbete. Såväl handläggare från FK som AF har mer och mer ställt sig positiva och varit engagerade i projektet efter att de fått mer insyn i syftet och sett en positiv utveckling. Även kontakterna på övriga orter har efterhand förbättrats. Det som upplevts som ett hinder är att många handläggare inte haft tillräckligt med tid och att det funnits viss tveksamhet kring hur man ska arbeta med arbetslivsintroduktionen.

5.3 Resultat

Vid analysen av hur organisationen för projektet fungerat kan man konstatera att tiden för implementeringen inom FK och AF inte var tillräcklig vilket kom att påverka tiden för genomförandefasen. Med tanke på att så många handläggare varit berörda för att få fram lämpliga deltagare så borde en längre tid lagts på informationsinsatser om projektets syfte, att utse lämpliga kontaktpersoner samt tittat på hur flödesmodellen skulle fungera. Då det tog tid att få rutinerna i samverkan att fungera behövde tidsplanen revideras med beräknat avslut den 31 mars 2011 istället för som planerat den 31 januari 2011.

När det gäller styrgruppens roll och funktion så blev det uppenbart under projektets gång att styrgruppen fick ta en del av projektledningen genom att inte någon av projektmedarbetarna formellt haft projektledarskap. En sådan funktion bör inte en styrgrupp ha. Först under andra halvåret kunde delar av projektledningen överföras till Hälsocenters projektledare Anna Ivarsson.

Kostnaderna har hållits med god marginal inom ramen för budgeterade medel men en bedömning är att utfallet sett helt annorlunda ut om man inte använt sig av Landstingets resurser i hög grad. De medarbetare som rekryterats externt bedömer också att de sträckt sig utanför sina upphandlade ramar för att klara uppdraget. Enligt projektplaneringen skulle två heltidsanställda coacher klara uppdraget. Det ekonomiska utfallet visar att projektets kostnader uppgått till SEK 993 tkr. Budgeten var satt till SEK 1150 tkr. I sammanhanget ska dock framhållas att de interna resurser inom KCH som använts i projektet uppgår till minst 100 tkr, vilket betyder att den planerade budgeten på 1150 tkr haft god överensstämmelse med planerade insatser.

	Intäkter	Kostnader	Utfall
Norra Västmanlands Samordningsförbund (10%)	115 000	98 000	+ 17 000
Sjukskrivningsmiljarden	1035 000	895 000	+ 140 000
KCH resurser (indirekta kostnader)		100 000 (ej bokförda)	
Totalt	1150 000	1093 000	+ 157 000

Att projektet varit effektivt ur samhällsekonomisk synpunkt framkommer till viss del i utvärderingen. Det finns tydliga indikationer på en minskad vårdkonsumtion bland deltagarna, att sjukskrivning brutits som ger vinster för många parter.

Andra resultat som projektet visat på är även positiva effekter ur familje- och sociala aspekter.

6. DISKUSSION

Två mätbara mål hade formulerats:

- att 80 ärenden skulle hanteras under projektåret
- att minst hälften av deltagarna skulle ha påbörjat arbetslivsinriktade åtgärder alternativt påbörjat arbete/utbildning.

De mätbara målen har nåtts: – 80 ärenden har hanterats varav 14 blev så kallade drop-outs vilket betyder 66 ärenden i projektet. Det andra målet – att minst hälften skulle påbörja arbete eller andra arbetslivsinriktade åtgärder har också nåtts – av de 48 personer som fullföljde programmet så hade 36 personer gått mot arbetslinjen, vilket betyder 75%. Om man å andra sidan utgår från antalet inskrivna i projektet, dvs. 66, så är det 54,5% som gått mot arbetslinjen, vilket innebär ett positivt resultat även det.

Andra viktiga reflektioner då det gäller analysen av framgångsfaktorer är t.ex att coacherna inte varit bundna till någon myndighet – deltagarna har kunnat känna sig trygga med att en neutral person funnits vid sidan och stöttat. Coachingen har inneburit att inge hopp hos deltagarna vars frustration inför nya regler och myndighetskontakter ofta bidragit till deras dåliga hälsa. Stödet på vägen som coacherna gett var viktigt när de ibland haft ganska glesa kontakter med Af:s handläggare under tiden de varit inskrivna i Arbetslivsintroduktionen. Metodiken som använts har haft fokus på ett icke värderande förhållningssätt och bidragit till att förtroendefulla relationer skapats mellan coach och deltagare. Denna kunskap har också kunnat överföras till handläggare och andra myndighetspersoner i samband med de seminarier som hållits under projektets gång.

Några andra reflektioner från projektet är frågor kring fortsatt uppföljning av deltagarna. Dels handlar det om de som blev drop-outs under projektet och dels om dem som gick mot fortsatt rehab. Det var uppenbart att några av deltagarna var för sjuka för att kunna fullfölja programmet, några hade behövt mer tid av coaching för att komma mot arbetslinjen. Men frågan kvarstår om hur och vem som följer upp dessa personer? En annan fråga som behöver besvaras är hur man går vidare med de insatser som föreslagits i handlingsplanerna? Vem har ansvaret? Och när? För att få veta mer om hur hållbart resultatet är så behövs med andra ord olika slag av uppföljning över tid – uppföljningar som både FK och AF behöver fundera vidare på.

När det gäller de 18 drop-outs som inte fullföljde projektet har vi identifierat följande orsaker och vid olika steg i processen: brist på socialt stöd, andra pågående aktiviteter eller redan i arbetslivsinriktad rehabilitering, alltför sjuka för att kunna delta, ville inte bli coachade eller anhörig ville inte, barnomsorg eller bristfällig analys av hälsotillstånd från inskrivande myndighet.

7. REFERENSER

Anderzén I, Hansson A-S. NySatsa - Projekt med syfte att främja individens möjligheter till återgång i arbete genom individuell utveckling och vägledning. Slutrapport. Uppsala: Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap; 2008.

Eriksson K. Hälsans idé (The idea of health). In Swedish. Stockholm: Almquist & Wiksell; 1989.

Falkdal AH. Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete. Viktiga faktorer för tidig bedömning. Umeå: University of Umeå; 2005.

Montgomery S, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry. 1979;134:382-9.

SKA projektet: Sjukförsäkring, Kultur och Attityder – Fyra aktörers perspektiv, Edward Palmer (redaktör), Analyserar 2006:16, Försäkringskassan.
(http://www.forsakringskassan.se/press/aktuellt/ska_projektet/)

Thöres Theorell. I spåren av 90-talet. Karolinska Institutets University Press (2006).

BILAGOR:

Bil 1. Arbetsmodell

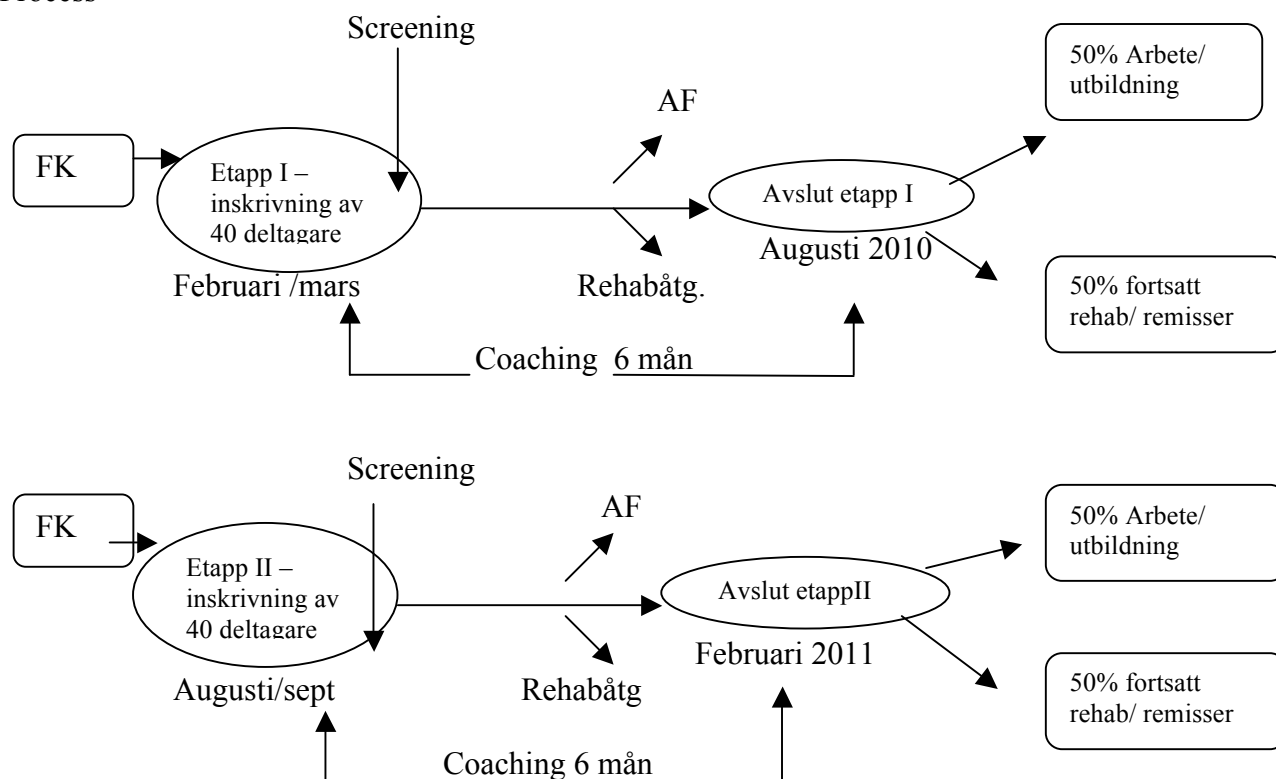
Bil. 2. Madras skattning

Bil 3. Extern medbedömning

Kvinnocoacher vid Hälsocentret – projektplanering 2010- 2011

Start 1 februari 2010

Process



Inskrivningsschema

Etapp I

Start	Datum	Antal	Avslut
Vecka 6	(8, 12 feb)	8	vecka 31
Vecka 7	(16, 17 feb)	8	vecka 32
Vecka 10	(9, 12 mars)	8	vecka 35
Vecka 11	(15, 16, 17, 18 mars)	16	vecka 36

Etapp II

Start	Datum	Antal	Avslut (prel)
Vecka 33	(16, 17 aug)	8	vecka 3
Vecka 34	(24, 25, 26 aug)	12	vecka 4
Vecka 35	(31 aug; 1 sept)	8	vecka 5
Vecka 36	(7, 8, 9 sept)	12	vecka 6

MADRS-S (självskattningsskala)

Exempel på frågor

MADRS-S (självskattningsskala)

Namn

Datum

Genom att besvara följande nio frågor kan du och din läkare få en detaljerad bild av hur du mår och om du har symtom, som är typiska för depression. Genom att lägga ihop den "poäng" du får på frågorna får du och din läkare en bild av graden av depression. Sätt en ring runt siffran som du tycker bäst stämmer med hur du mått de senaste tre dagarna. Använd gärna mellanliggande alternativ. Tänk inte alltför länge, utan försök arbeta snabbt.

1. Sinnestämning

Här ber vi dig beskriva din sinnestämning, om du känner dig ledsen, tungsint eller dystert till mods. Tänk efter hur du har känt dig de senaste tre dagarna, om du har skiftat i humöret eller om det varit i stort sett detsamma hela tiden, och försök särskilt komma ihåg om du har känt dig lättare till sinnes om det har hänt något positivt.

- 0 Jag kan känna mig glad eller ledsen, alltefter omständigheterna.
- 1
- 2 Jag känner mig nedstämd för det mesta, men ibland kan det kännas lättare.
- 3
- 4 Jag känner mig genomgående nedstämd och dystert. Jag kan inte glädja mig åt sådant som vanligen skulle göra mig glad.
- 5
- 6 Jag är så totalt nedstämd och olycklig att jag inte kan tänka mig värre.

2. Oroskänslor

Här ber vi dig markera i vilken utsträckning du haft känslor av inre spänning, olust och ångest eller odefinierad rädsla under de senaste tre dagarna. Tänk särskilt på hur intensiva känslorna varit, och om de kommit och gått eller funnits nästan hela tiden.

- 0 Jag känner mig mestadels lugn.
- 1
- 2 Ibland har jag obehagliga känslor av inre oro.
- 3
- 4 Jag har ofta en känsla av inre oro som ibland kan bli mycket stark, och som jag måste anstränga mig för att bemästra.
- 5
- 6 Jag har fruktansvärda, långvariga eller outhärdliga ångestkänslor.

3. Sömn

Här ber vi dig beskriva hur bra du sover. Tänk efter hur länge du sovit och hur god sömnen varit under de senaste tre nätterna. Bedömningen skall avse hur du faktiskt sovit, oavsett om du tagit sömnmedel eller ej. Om du sover mer än vanligt, sätt din markering vid 0.

- 0 Jag sover lugnt och bra och tillräckligt länge för mina behov. Jag har inga särskilda svårigheter att somna.
- 1
- 2 Jag har vissa sömnsvårigheter. Ibland har jag svårt att somna eller sover ytligare eller oroligare än vanligt.
- 3
- 4 Jag sover minst två timmar mindre per natt än normalt. Jag vaknar ofta under natten, även om jag inte blir störd.
- 5
- 6 Jag sover mycket dåligt, inte mer än 2-3 timmar per natt.

4. Matlust

Här ber vi dig ta ställning till hur din aptit är, och tänka efter om den på något sätt skiljt sig från vad som är normalt för dig. Om du skulle ha bättre aptit än normalt, sätt din markering vid 0.

- 0 Min aptit är som den brukar vara.
- 1
- 2 Min aptit är sämre än vanligt.
- 3
- 4 Min aptit har nästan helt försvunnit. Maten smakar inte och jag måste tvinga mig att äta.
- 5
- 6 Jag vill inte ha någon mat. Om jag skulle få någonting i mig, måste jag övertalas att äta.

MEDBEDÖMNING AV KVINNOCOACHPROJEKTET.

Syftet med Kvinnocoachprojektet var dels att:

1. Förbättra kunskapsläget om villkoren och möjligheterna för sjukskrivna kvinnor i Norra Västmanland att komma i arbete
2. Pröva metod med särskilda kvinnocoachtjänster inom Norra Västmanland med målet: Återgång i arbete.

Jag har valt att dela min medbedömningsrapport i två delar utifrån ovanstående delade syfte. Denna del kommer att handla om punkt 2 d.v.s min syn på coachernas praktiska arbete med de kvinnor som de träffade i projektet. Rapporten gällande punkt 1 kommer att redovisas separat.

Jag har följt arbetet med kvinnocoachprojektet dels genom mitt arbete som beslutsfattare i sjuk- och aktivitetsersättningsärenden på Försäkringskassan och dels genom att delta i projektets styrgruppsmöten samt i projektgruppsmöten med coacherna. Jag tycker att jag har fått en ganska god inblick i hur arbetet har fungerat och vilka stötestenar som funnits på vägen.

Implementeringen av projektet

Projektet fick en rivstart och det gällde att snabbt få fram deltagare. Detta medförde att projektet inte hann förankras speciellt bra hos handläggarna på Försäkringskassan och de blev inte riktigt involverade i processen. Förslagen på deltagare blev förmodligen inte heller riktigt genomtänkta eftersom coacherna senare bedömde att många av de utvalda kvinnorna var alltför sjuka för att ha behållning av projektet. Det hade varit bra om man haft någon typ av inskrivningsmöten där ordinarie handläggare hade varit med och fått en inblick i den kommande planeringen för respektive kvinna. På samma sätt borde utskrivningsmöten från projektet ha hållits där ordinarie handläggare fick del av den handlingsplan som upprättats för kvinnan ifråga. På så sätt hade det uppnådda coacharbetet kunnat få en naturlig fortsättning i den ordinarie verksamheten.

Även Arbetsförmedlingens handläggare hade behövt fått information på ett tidigt stadium och på så sätt kommit tidigare in i projektet eftersom de blev en allt viktig part då många av kvinnorna under projekttiden fick byta ersättningsform från sjukersättning till aktivitetsstöd i samband med att de gick in i Arbetslivsintroduktion.

Något som coacherna efterlyste var en bredare kunskap om myndigheternas olika regelverk t.ex a-kassaregler, eftersom så mycket tid gick åt att reda ut bekymmer som kvinnorna hade runt ersättningsfrågorna och andra praktiska bekymmer. Coacherna har framfört att de helst sett att samma ersättningsform funnits under hela projekttiden d.v.s om kvinnan har haft tidsbegränsad sjukersättning vid ingången i projektet så borde denna ersättning ha varit densamma under hela projekttiden. Myndigheternas regelverk har förhindrat dessa önskemål och även om kvinnorna var mycket fokuserade på bytet av ersättningsform så borde inte detta ha förhindrat själva projektiden eftersom behovet av coaching fanns oavsett vilka problem som uppstod under tiden.

Systemet med screening-intervjuer fungerade bra, dels medförde de att kvinnorna blev lite mer förberedda på vad som kunde erbjudas i Kvinnocoachprojektet, dels kunde projektkoordinatorn genom

intervjuerna matcha rätt kvinna mot rätt coach, något som säkert var en framgångsfaktor för resultatet.

Genomförandet av projektet

De fyra coacher, som anställdes till projektet, var olika som personer och hade olika utgångsläge för sitt arbete med kvinnorna. Gemensamt var att alla fyra var otroligt engagerade i uppgiften och verkligen månade om varje kvinna som de träffade. De stora fördelar som de hade jämfört med handläggarna på de olika myndigheterna var att de var fristående och saknade myndighetstänkande, de hade gott om tid och kunde ta hänsyn till individens känslor och sätta fokus på personens egna förutsättningar. De kunde arbeta med vardagsrutiner, hjälpa kvinnorna att få struktur på vardagen och få behovstrappan att fungera. Många av kvinnorna hade mycket trassliga hemförhållanden och detta är med stor sannolikhet bakomliggande faktorer till deras ohälsa. Genom att de fick viss hjälp att strukturera upp sina trassliga liv så mådde kvinnorna bättre, vilket var mätbart genom Madras-skalan, och de kunde lättare fokusera på att komma vidare i livet. Många av kvinnorna gick också vidare till arbetsträning eller studier och detta är verkligen en stor samhällsvinst. Coacherna har gjort ett mycket bra arbete. I några fall kändes tiden sex månader för coachsamtal lite för kort, det hade funnits behov av några samtal till. Samtidigt ska inte en sådan insats hålla på för länge eftersom det lätt skapas ett beroende hos kvinnorna istället för självständighet.

Av de 66 kvinnor som anmäldes till projektet fullföljde 48 kvinnor projektet. Avhoppet berodde till stor del på att de var för sjuka för att delta och behövde medicinsk rehabilitering i första hand.

Av de kvinnor som tackade nej till projektet var orsakerna av skilda slag. Några var redan på gång med arbetslivsinriktad rehabilitering i samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan och tyckte att det fick räcka. Andra orsaker var motivationsbrist eller att anhöriga inte ansåg att de borde delta p.g.a försämringsrisk. Det är märkligt att inte fler kvinnor tog denna chans som erbjöds dem att få hjälp med sina problem men andra bakomliggande orsaker kan givetvis finnas som inte kom upp i ljuset.

Vad ledde projektet till?

Förutom de goda resultat som visat sig för de enskilda kvinnorna som deltog i projektet så har strålkastarna satts på behov som tidigare inte varit tillfredställda i samhället. Redan i början av projektet framkom att många av kvinnorna vid intervjuerna hade visat allmän uppgivenhet, ensamhet och utanförskap. De flesta var arbetslösa och hade stora sociala hinder som dysfunktionella familjesammanhang. En del hade barn och ungdomar med bokstavsdagnoser och krävde stort engagemang från kvinnorna. De var sårbara individer och hade ofta överviktsproblem, långa sjukskrivningar, höga medicineringar, fått byta läkare, psykologer och handläggare på Försäkringskassan många gånger. Utgångspunkten var ”Vem bryr sig?” och de hade inga förväntningar på att komma tillbaka till arbetslivet. Det finns således stora otillfredsställda behov hos dessa kvinnor och frågan är hur de får hjälp med detta och vem vänder de sig till?

Något som kvinnorna själva berättade var att bemötandet var så otroligt viktigt för dem. Genom coachen träffade hon för första gången någon som verkligen fokuserade på just henne och hennes problem och det fanns gott om tid att prata samt reflektera. Kvinnorna var inte vana att sätta sig själva i första rummet och ta plats och därför växte de genom uppmärksamheten de fick från coacherna. Handläggare på olika myndigheter bör kunna lära sig av detta. Ett personligt möte, där man ger gott om tid, borde vara en mycket bra plattform för framtida samarbete kring rehabilitering. Coachen, som varit med på möten på Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan tillsammans med kvinnorna,

hade lagt märke till att handläggarna ofta var så upptagna av att ge den information som de trodde att personen behövde att de inte lyssnade eller förstod att informationen inte träffade målet. ”Efter några minuter hade kvinnan slutat lyssna eftersom det blev för mycket information att ta in.” Första mötet borde därför alltid vara ett förutsättningslöst samtal där handläggaren mer känner in vad som finns bakom diagnoserna och vad som personen behöver hjälp med. Informationen bör inte vara för generell utan läggas på nivån ”Vad betyder det här för mig?”

Hur ska kvinnorna få hjälp med alla problem, som inte är myndighetsrelaterade t.ex avlastning i hemmet då de har funktionshindrade barn, kanske starta självhjälsgrupper för föräldrar med bokstavs barn där man kan få stöd utifrån andras erfarenheter och slippa känna sig som en ”dålig förälder” trots att man kanske helt utplånar sig för att hjälpa barnet.

De behöver också hjälp att reda ut ekonomiskt trassel eller få en samtalspartners för att klara livsstilsförändringar och samlevnadsproblem m.m. Det känns som det finns behov av en oberoende kuratorsfunktion (coach) med drop-in möjligheter, placerad någonstans i samhället dit kvinnor kan gå med sina vardagsproblem och få praktisk hjälp hur de ska strukturera upp sina livsbetingelser. Om ingen hjälper dem att få ordning på de basala bekymren enligt Maslows behovstrappa så kan man inte förvänta sig att de ska få ork att ta itu med arbetslivet.

Jag är tacksam för att jag blev utsedd som medbedömare i Kvinnocoachprojektet eftersom jag har lärt mig fantastiskt mycket genom detta projekt. Jag har en större förståelse för den komplexitet som ligger bakom kvinnors ohälsa och den otillräcklighet som finns hos samhället och myndigheter att råda bot på ohälsan. Det krävs starka samverkande krafter för att ge stöd till kvinnorna och naturligtvis måste det också finnas en vilja till förändring hos kvinnorna själva.

Marita Mossberg