



UPPSALA  
UNIVERSITET

# Slutrapport – NySatsa

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

September 2008

Författare:

Ingrid Anderzén & Ann-Sophie Hansson

Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap  
Uppsala universitet





## **NySatsa – Ett projekt med syfte att främja individens möjligheter till återgång i arbete genom individuell utveckling och vägledning**

### *Styrgrupp:*

Stefan Mörk, Försäkringskassan  
Ann-Helene Ivarsson, Försäkringskassan  
Ann-Sofi Wallén, Försäkringskassan  
Pär Lundvik, Försäkringskassan  
Christer Danielsson, Länsarbetsnämnden  
Ingrid Anderzén, Uppsala Universitet och CEOS

### *Projektledare*

Ann-Sofi Wallén, Försäkringskassan i Uppsala

### *Projektgrupp:*

Ann-Sofi Wallén (FK)  
Ann-Sophie Hansson (CEOS)  
Irene Ekmark (CEOS)  
Susanne Frimark Avegård, (AF)

Per Lytsy, läkare vid CEOS har varit knuten till projektet.

Projektet har genomförts under tiden 1 maj 2006 till 31 mars 2008 på uppdrag av Försäkringskassan (FK) i Uppsala län. Centrum för miljörelaterad stress och ohälsa (CEOS) vid Akademiska sjukhuset har varit uppdragstagare.

Projektet är utvärderat av Ingrid Anderzén, Med dr och beteendevetare, Institutionen för Folkhälso- och Vårdvetenskap, Uppsala Universitet.



## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>NYSATSA – PROJEKT 2006-2008 .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND.....</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>SYFTE OCH MÅL .....</b>	<b>8</b>
3.1	Utgångspunkt.....	8
3.2	Lågsiktiga mål .....	8
3.3	Kortsiktiga mål.....	8
<b>4</b>	<b>MÅLGRUPP .....</b>	<b>9</b>
4.1	Urvalet.....	9
<b>5</b>	<b>METOD .....</b>	<b>11</b>
5.1	Genomförandeprocessen.....	11
5.2	Information.....	12
5.3	Interventionen .....	12
5.4	Överlämning .....	13
5.5	Utvärdering och utvärderingsinstrument .....	13
<b>6</b>	<b>RESULTAT .....</b>	<b>15</b>
6.1	Måluppfyllelse .....	15
6.2	Målgruppen .....	16
6.3	Om samverkan .....	19
6.4	Uppföljning 1 - Intervjuer .....	20
6.5	Resultat från mätningarna – förändring över tid.....	20
6.6	Deltagarnas upplevelse av interventionsprogrammet.....	25
<b>7</b>	<b>DISKUSSION – ERFARENHETER OCH REKOMMENDATIONER .</b>	<b>26</b>
7.2	Urvalet är viktigt.....	28
7.3	Starten .....	29

<b>7.4</b>	<b>Genomförandet.....</b>	<b>29</b>
<b>7.5</b>	<b>Samverkan och överlämning.....</b>	<b>29</b>
<b>8</b>	<b>SLUTSATSER.....</b>	<b>31</b>
<b>9</b>	<b>REFERENSER.....</b>	<b>33</b>

## **1 NYSATSA – projekt 2006-2008**

Föreliggande rapport utgör en utvärdering och slutrapport för projektet NySatsa, ett interventionsprogram, vars syfte är återgång till arbetslivet alternativt i arbetslivsinriktade åtgärder för individer med tidsbegränsad sjukersättning boendes i Norduppland.

Delrapport är redovisad till Försäkringskassan i april/maj 2007 (Anderzén och Hansson 2007).

Utvärderingen är genomförd av forskare vid Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet.

## 2 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. Utvecklingen inom området sjuk- och aktivitetsersättning är fortsatt otillfredsställande efter den starka ökningen av antalet långtidssjukskrivna under de senaste åren. Oroväckande är också den successiva ökningen av nya förmånstagare i de yngre åldersgrupperna. En analys av inflödet till aktivitets- och sjukersättning under senare år har visat på en ökning av andelen nybeviljade tidsbegränsade ersättningar samt att denna andel både ökat snabbare och är större för kvinnorna.

Sjukskrivning har under lång tid varit en vanlig åtgärd inom sjukvården i samband med sjukdom och minskad arbetsförmåga hos individen (SBU 2003) trots att evidensen för vilka effekter sjukskrivningen har på en individ i dagsläget är ganska begränsade (Hogstedt, Bjurvald et al. 2004; Marklund, Bjurvald et al. 2005). Enligt SBU-rapporten finns dock ett antal studier som visar att sjukskrivning kan påverka en människas liv både positivt och negativt. Långa sjukskrivningar innebär ur ett samhällsperspektiv höga kostnader och negativa effekter på arbetsmarknad och produktivitet. Ur ett individperspektiv uppträder inte sällan en rad negativa konsekvenser som försämrade livskvalitet och självkänsla. Vidare försvåras återgången i arbetslivet genom att de långtidssjuka ofta står utan arbetsgivare efter en lång tids bortovaro vilket tenderar att förlänga sjukskrivningen ytterligare (Hogstedt, Bjurvald et al. 2004). Andra negativa konsekvenser som bidrar till fortsatt sjukskrivning är brist på vårdresurser och oklarhet kring diagnosen. Det är inte heller ovanligt att nya diagnoser tillkommer som t.ex depression ofta just på grund av långvarig sjukskrivning (Falkdal 2005). Studier har också visat att sjukskrivning medför försämrade karriärmöjligheter, ekonomi och livsstil (Marklund, Bjurvald et al. 2005).

Återgång i arbete efter långvarig sjukskrivning är ett komplext fenomen då det i hög grad också har att göra med individens egen motivation, skattning av hälsa och egen prognos för arbetsförmåga (Gerner 2006). Från olika statliga utredningar (SOU 2002:5) framhålls betydelsen av den sjukskrivnes motivation för återgång i arbete som mest betydelsefull för ett lyckat resultat. Marnetoft, (1999) har visat på samband mellan återgång i arbete och en individs motivation och egen tilltro till att komma tillbaka. Vidare har man konstaterat att rehabiliteringsinsatser som kommit för sent inte har haft positiv effekt när sjukrollen redan blivit befast (Falkdal 2005).

Sammanfattningsvis, talar tidigare forskningsresultat för en så tidig bedömning av sjukfall som möjligt samt, för individuella tidpunkter för åtgärder för en förbättrad återgångsprocess men också för att minska inflödet i sjukskrivningar på sikt. Forskningen visar på en komplexitet vad gäller orsaker till sjukskrivning och där faktorer på såväl samhälls- och organisations- som individ- och social nivå interagerar på olika sätt för olika individer. 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 gör det än svårare för individen att återfå arbetsförmågan. Om kontakten med arbetsplatsen varit bristfällig under sjukskrivningstiden bidrar också det till en svårighet att återvända efter en lång sjukskrivningstid. Återgången i arbetslivet försvåras även av att de långtidssjuka ofta står utan arbetsgivare efter en lång tids bortovaro från arbetslivet, vilket i sin tur kan medföra en försämrad psykisk hälsa och en ny sjukskrivning.

Av Riksrevisionens rapport (RiR 2005:14), ”Förtidspension utan återvändo”, framkommer bl.a. att år 2004 återvände i bästa fall en procent av de personer som uppbar sjukersättning till arbetsmarknaden – sjukersättning ses som en slutstation. Det har därför framstått som högst angeläget att utveckla hållbara metoder kring rehabilitering och prevention för att förhindra långtidssjukskrivning och sjukersättning. 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 synliggör effekter ur ett individ-, socialt- arbetsplats- och samhällsperspektiv. Föreliggande rapport avser att ge en sådan dokumentation såväl som att utvärdera resultaten av ett rehabiliteringsprojekt för individer med tidsbegränsad sjukersättning.

### **3 Syfte och mål**

Projektet NySatsa har haft som övergripande syfte att främja individens möjligheter till återgång i arbete genom individuell utveckling och vägledning. Genom olika vägledningsinstrument har individerna getts möjlighet till personlig utveckling och träning enskilt och i grupp. Målsättningen var att utifrån individens förutsättningar, motivation och delaktighet skapa möjlighet för återgång i arbete, helt eller delvis, för studier eller andra arbetslivsinriktade åtgärder.

#### **3.1 Utgångspunkt**

Försäkringskassan (FK) har i sin samordnande roll bl.a. uppdraget att ”föra åter” individer till arbetet. Projektet NySatsa har därvid haft som utgångspunkt att vara ett komplement till FK:s nuvarande arbetssätt och metoder med utgångspunkt i individens delaktighet och egna arbete för att utarbeta en egen handlingsplan för framtiden. Projektet har också haft som utgångspunkt att i nära samverkan och dialog mellan FK, arbetsgivare (AG) och Arbetsförmedling (AF) skapa förutsättningar för återgång i arbete.

#### **3.2 Långsiktiga mål**

- Att skapa metoder för att effektivt kunna identifiera vilka faktorer och drivkrafter hos individen som resulterar i snabbare återgång i arbetslivet och som bidrar till att förhindra inflödet i Sjukersättning.
- Att återföra denna kunskap inom respektive samverkande aktörs organisation.

#### **3.3 Kortsiktiga mål**

- Att 50 % av deltagarna inom 5 månader skall ha en gemensamt överenskommen rehabiliteringsplan med mål att återgå i arbete eller arbetslivsinriktade åtgärder,
- Att 20 % av deltagarna i projektet inom 12 månader ska ha fått ett arbete med eller utan stöd av arbetsmarknadspolitiska åtgärder, alternativt ha påbörjat en reguljär utbildning eller arbetsmarknadsutbildning.

## 4 Målgrupp

Från FK i Uppsala län beslutades 2006 att 30 individer med tidsbegränsad sjukersättning i åldersgruppen 30-45 år och boendes företrädesvis i Norduppland skulle utgöra målgrupp i projektet. Syftet med detta urval var framför allt att denna grupp utgjorde en jämförelsevis stor andel av personer med sjukersättning (S) i länet år 2006.

Gruppen har således bestått av 30 individer med tidsbegränsad sjukersättning och boendes i Norduppland. Deras medelålder var på drygt 43 år (spridningen 27-58 år). De flesta (63%) hade en psykisk eller stressrelaterad diagnos och övriga var sjukskrivna med en somatisk diagnos. Andelen kvinnor var 94 % (28) och med en förhållandevis låg utbildningsnivå (endast åtta personer hade en 3-årig gymnasieutbildning och en person hade universitetsutbildning). De flesta deltagare har en mycket lång sjukskrivnings/sjukersättningsbakgrund bakom sig med i genomsnitt drygt 6 års frånvaro från arbetslivet, (spridning 2-17 år). Endast tre av deltagarna hade arbetsgivare

### Inklusionskriterier

- Att individen var inskriven i Försäkringskassan i Uppsala län och vid tiden för projektets start boendes i någon av kommunerna Tierp, Älvkarleby eller Östhammar.
- Att det fanns minst 1 år kvar av beviljad sjukersättningsperiod vid uttagning till projektet.
- Att varje deltagare hade en genomförd utredning enligt SASSAM-metoden.

### Exklusionskriterier

- Diagnostiserad psykiatrisk sjukdom

### 4.1 Urvalet

Utifrån inklusionskriterierna (se ovan) valde handläggare på FK i Gimo ut presumtiva deltagare till projektet enligt modellen 3 grupper x 10 deltagare. Grupp I och II kom att bestå av 9 deltagare vardera och grupp III av 12 deltagare – totalt 30 enligt projektplanen.

Totalt tillfrågades ett 50 tal personer som passade in enligt urvalskriterierna för att kunna ingå i projektet. Av dessa tackade 18 personer nej - i huvudsak på grund av att projektet tidsmässigt inte passade in i individernas livssituation. Olika orsaker som: ”för sjuka”, ”orkar inte just nu”, ”väntar på behandling” m.fl. orsaker har angavs av deltagarna som skäl för att inte

delta.

Dessa personer som tackade nej till ett deltagande i projektet har efter ett år följts upp beträffande sjukskrivningsgrad/arbetsförmåga och har fått utgöra en referensgrupp i projektet.

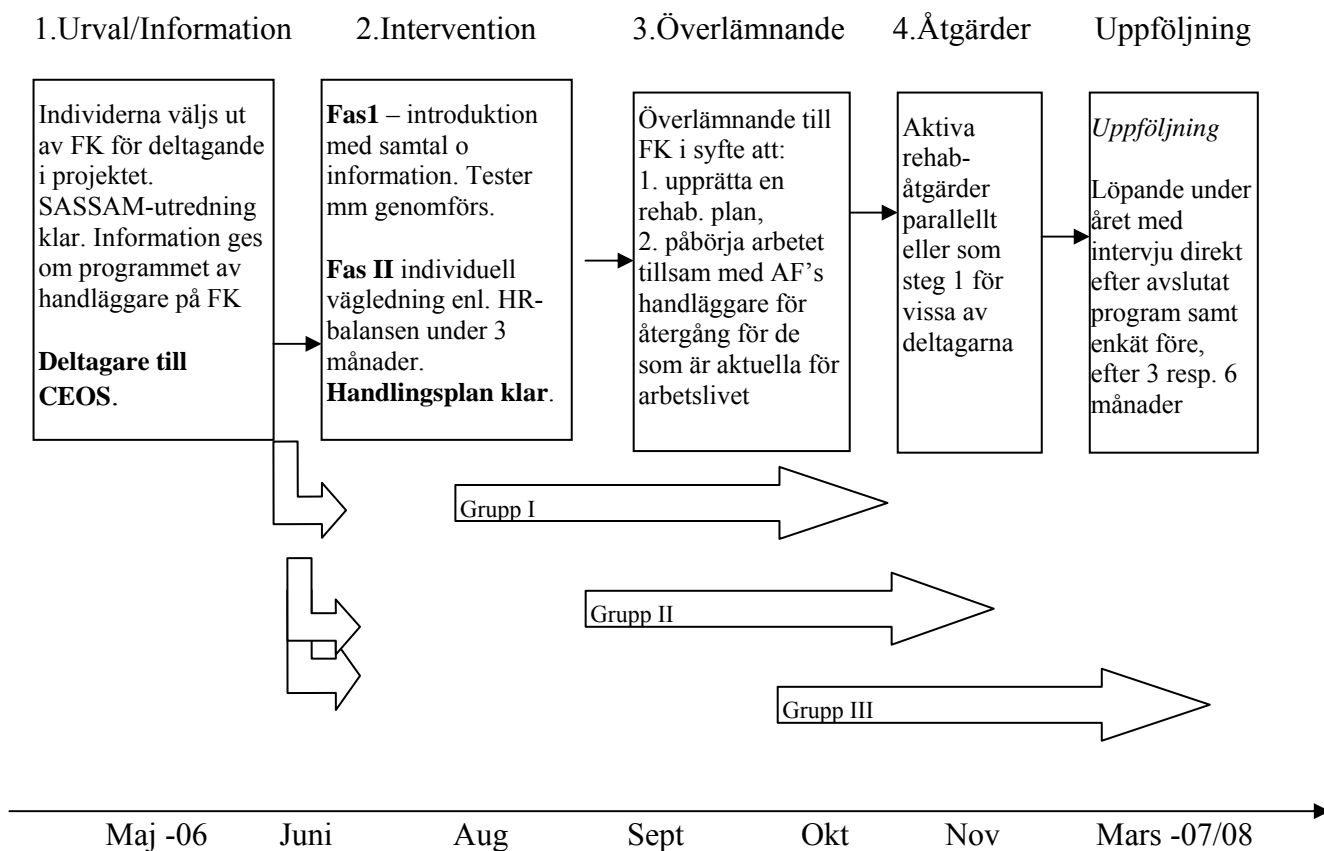
## 5 Metod

### 5.1 Genomförandeprocessen

Projektet omfattade fyra olika faser enligt Fig. 1 nedan, och med en planerad sammanlagd tid i projektet för varje deltagare på 12 månader:

- 1 Utredning och urval
  - 2 Genomförande av interventionsprogrammet, 3 månader under CEOS ledning
  - 3 Överlämnande, samverkan mellan CEOS, FK och AF
  - 4 Planering och genomförande av identifierade åtgärder, under ca 7-8 månader i samverkan mellan FK, AF och eventuell annan aktör t.ex. KBT terapeut.
- Projektet har utvärderats genom att personerna och processen har följts upp över tid.

Se figur 1 nedan.



Figur 1. Flödesschema över projektet

## 5.2 Information

Alla deltagare fick information om projektet i två steg; dels genom FK:s handläggare (sommå fick skriftlig, andra muntlig information) då deltagarna kallades till deltagande i projektet, dels mer utförligt av CEOS' projektledning vid respektive introduktionsmöte i Uppsala och Tierp i samband med uppstart av projektet.

## 5.3 Interventionen

*HR Balansen®*, som använts som interventionsmetod i projektet, är framtagen av Human Research AB, och bygger på tidigare forskning om stress och förhållanden i arbetslivet. Metoden följer ett kognitivt förhållningssätt och utgår från individens egen motivation och delaktighet för utveckling och förändring av sin livssituation. Syftet med metoden är att genom individstärkande insatser eliminera/bryta låsningseffekter i förhållande till tidigare arbets- och

livserfarenheter och ge förutsättningar för att skapa en ny livssituation/livsbild hos individen. Metoden som görs på individnivå, är uppbyggd kring tre steg i en samtalsserie med utrymme för dialog, reflektioner, hemuppgifter, individens egna val, mönster, eget ansvar och avslutas med en individuell handlingsplan för återgång till arbetslivet. Metoden har tidigare prövats och använts med positiva effekter som följd av både privata och offentliga arbetsgivare i deras strävan att arbeta både förebyggande och rehabiliterande.

Till metoden knyts olika verktyg i form av tester som bl.a. mäter arbetsrelaterade stressorer, livsstil, arbetsliv, självkänsla, stressymtom (Passprofilen), arbetsrelaterad motivation och drivkraft, Motivation Questionnaire (MQ). Båda testerna är validerade och tillhandahålls endast för licensierade användare. Testerna är avsedda som verktyg för att öka individens förståelse i att se hinder och möjligheter för återgång i arbetslivet.

#### **5.4 Överlämning**

Efter avslutad intervention gjordes en överlämning till FK i form av ett möte med handläggare från FK, kontaktperson från AF, i förekommande fall AG samt CEOS projektgrupp. Vid mötet presenterade individen sin egen handlingsplan (som tagits fram under interventionen) och den diskuterades vid detta *överlämningsmöte* med avseende på realiserbara mål, ersättningsgrad och framtida planer.

Den individuella handlingsplanen var avsedd som underlag för den fortsatta rehabiliteringsplan som FK skulle göra men även som ett hjälpmedel för handläggare på AF i dennes fortsatta arbete med att hjälpa personen ut i arbetslivet.

#### **5.5 Utvärdering och utvärderingsinstrument**

Utvärderingen av projektet har genomförts via mätningar baserade på frågeformulär och intervjuer. Den första mätningen gjordes i samband med *introduktionsmötet* (mätning 1). Därefter har ytterligare två mätningar genomförts, sex månader från start (mätning 2) och ett år efter påbörjat program (mätning 3). Den enkät som har använts är CEOS' basenkät där varje deltagare har skattat sin hälsa och livsstil. Enkäten mäter bl.a. grad av hälsa, sömn, psykosomatiska besvär och återhämtningsstrategier vid stress. Frågorna var utformade som visuella analoga skalor (VAS) med en skala från 0-100. Svaret redovisas som ett medelvärde där 100 betyder mycket god och 0 mycket dålig. *Se exempel nedan.*

Hur är Din allmänna hälsa nu?

Mycket  
dålig

Mycket  
god

---

*Figur 2. Exempel på fråga i enkäten.*

Frågor om attityder till att hantera och lösa problem som man möter skattades med ett validerat självskattningsinstrument som mäter "locus of control" (Mastery), (Pearlin, Lieberman et al. 1981). Det är sju olika påståenden om hur man hanterar olika livssituationer och som skattas med fyra olika svarsalternativ från "stämmer helt och hållet till stämmer inte alls" (Likert skalor). Deltagarna skattade även sin psykiska hälsa (grad av nedstämdhet/depressivitet) enligt ett validerat och väl beprövat instrument Madrs-S (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, Self-assessment) (Montgomery och Åsberg 1979).

I samband med introduktionen fick alla deltagare även beskriva sina förväntningar på och sin motivation för deltagande i programmet.

Utöver dessa tre mätningar genomfördes direkt efter avslutad intervention en individuell intervju med varje deltagare i syfte att få en bild av deras upplevelser av sin situation omedelbart efter avslutad intervention. Intervjuerna varade mellan 45-60 minuter och genomfördes på CEOS mottagning.

De 18 personer som tackade nej till deltagande i projektet (referensgrupp) har inte besvarat några enkäter. Där har projektet enbart jämfört grad av sjukersättning/arbetsförmåga efter 12 månader med gruppen som deltagit i NySatsa.

Data som samlats in via enkäter har bearbetas via statistikprogrammet SPSS och statistiskt säkerställda förändringar och skillnader mellan grupper har testats med ANOVA och t-test. Signifikansnivån är satt till 0.05.

## 6 Resultat

### 6.1 Måluppfyllelse

Ett av de *kortsiktiga målen* var att 50 % av deltagarna inom 5 månader hade en rehabiliteringsplan med förslag till åtgärder för återgång i arbete eller andra åtgärder. Vid överlämningsmötena redovisade samtliga deltagare (100 %) en egen handlingsplan med förslag till åtgärder. Samtliga 30 deltagare fullföljde interventionsprogrammet och överlämningen till FK gjordes i enlighet med den redovisade tidsplanen. Samtliga handlingsplaner innehöll förslag till åtgärder med syfte - återgång till arbetslivet eller i arbetslivsinriktade åtgärder. Tidsplanerna för återgång varierade för de olika individerna så, att det för somliga var fråga om omedelbar arbetsprövning, medan det för andra handlade om stegvisa åtgärder.

Handlingsplanen utgjorde underlag för den rehabiliteringsplan som FK upprättade. Av de 30 deltagarna angav 23 i sina handlingsplaner att de var villiga att försöka med arbetsprövning under projektåret. I samråd med AF bedömdes att 10 av deltagarna (33%) var helt klara för att påbörja en arbetsprövning direkt efter avslutad intervention utan annan åtgärd, (se tabell 1).

En större andel, 13 personer (ca 40 %) ansåg själva att de var i behov av parallella åtgärder i form av t.ex. KBT -stöd för att senare under projekttiden *eventuellt* kunna påbörja arbetsträning i varierande grad. Här uttryckte några av deltagarna stor tveksamhet med både rädsla och oro inför en eventuellt förändrad situation.

Av de resterande 7 deltagarna fick en person beslut om permanent sjukersättning efter samråd med arbetsgivaren och FK. Övriga 6 deltagare bedömdes vara i så dålig kondition både fysiskt och psykiskt och i stort behov av KBT-terapi, alternativt andra terapeutiska insatser och/eller sjukgymnastiska rehabiliteringsåtgärder innan det för deras del kunde vara aktuellt för en återgång i arbete. I denna grupp återfanns de mest sjuka individerna och dem som också bedömdes ha en dålig prognos för återgång till arbetslivet överhuvudtaget.

Tabell 1. Åtgärder direkt efter avslutat interventionsprogram

Åtgärder	Antal personer % (n)
Handlingsplan efter avslut	100 % (30)
Arbetsträning direkt utan annan åtgärd	33 % (10)
Parallella åtgärder + arbetsträning	43 % (13)
Fortsatt stöd, (Rehab. och KBT)	20 % (6)
Permanent sjukersättning	3 % (1)

För det andra kortsiktiga målet - att 20 % av deltagarna i projektet inom 12 månader antingen skulle ha fått arbete eller vara i arbetslivsinriktade åtgärder visade resultatet efter 12 månader (den 31 mars 2008) att:

- 8 personer hade fått arbete på hel eller deltid
- 3 personer var i arbetsträning eller andra arbetslivsinriktade åtgärder
- 4 personer var kvar i behandling med relativt god prognos för återgång i arbete så småningom
- 14 personer var kvar i sjukersättning
- 1 person hade fått permanent sjukersättning.

## 6.2 Målgruppen

Målgruppen hade generellt sett en komplicerande och belastande bakgrund med traumatiska uppväxtförhållanden som i hög grad också bidragit till den problemfyllda livssituation som de befunnit sig i sedan många år. Personerna i gruppen hade överlag en generellt dålig självbild och självkänsla med oförmåga att säga nej och en oförmåga att prioritera sig själv, oförmåga att bejaka livet, att strukturera sin tid, att hitta meningsfullhet i tillvaron och ta tag i sin livssituation. De saknade förmågan att utöva kontroll över sitt liv.

Flera individer hade en historia som omfattar sexuellt utnyttjande, fysiskt och psykisk misshandel och trassliga familjeförhållanden under barndomen. Många hade även i vuxen ålder blivit utnyttjade, misshandlade eller levt i osäkra

relationer ibland med eget och/eller nära anhörigas missbruk. Väldigt få av deltagarna hade tidigare sett sambanden mellan sina ofta tragiska livshändelser, sin oro och sin psykiska och fysiska ohälsa. Den nyvunna insikten om sambanden i livet visade sig bli en avgörande förutsättning för deras utveckling mot att se möjligheter för framtiden.

Deltagarna utgjorde tillsammans en heterogen grupp relaterat till diagnos och den medicinska bedömningen. Knappt hälften (43 %) var sjukskrivna för någon form av psykiatrisk eller stressrelaterad diagnos och om man dessutom räknar även dem med diagnosen fibromyalgi, som tycks ha en nära koppling till nedsatt psykiskt välbefinnande, ökade siffran till 63 % av den totala gruppen. Omkring en tredjedel av deltagarna tycks primärt ha blivit sjukskrivna med en strikt somatisk diagnos, vanligen värk, men har med tiden utvecklat även annan ohälsa. Som en del i projektet ingick ett läkarbesök, på frivillig basis, för att bedöma varje individs hälsotillstånd med tonvikt på psykisk och stressrelaterad ohälsa. Vid detta besök användes en strukturerad metod för att ställa diagnos, en slags screening. Enligt denna diagnostik uppfyllde 57 % av deltagarna någon psykiatrisk eller stressrelaterad diagnos, och när även diagnosen fibromyalgi inräknas steg denna siffra till 73 %. Tolv deltagare (40 %) uppfyllde samtidigt flera allvarliga psykiatriska diagnoser, vanligen depression, panikångest, generaliserad ångest och nedstämdhet.

Hos en mindre del av deltagarna upplevs det primära problemet som en ren kroppslig sjukdom och arbetsoförmågan styrdes därför i störst utsträckning av möjligheten med medicinsk rehabilitering. För merparten av individerna förelåg en kombination av dels kroppsliga besvär, dels olika grader av psykisk ohälsa. Endast hos ett fåtal av individerna handlade problemet primärt om psykisk ohälsa utan större koppling till somatiska besvär.

#### *Motivation och förväntningar*

De 30 deltagarna kunde i stort sett även delas in i tre grupper utifrån motivationsgrad: motiverade, omotiverade och opåverkbara. Nedan ges exempel på dessa kategorier utifrån några fallbeskrivningar.

*De motiverade:* Det utmärkande för denna grupp är deras relativt starka arbetsrelaterade motivations och drivkrafter vilket framkom bl.a. i testet MQ (Motivation Questionnaire). Det handlar om deras vilja att prestera och nå mål, i en önskan om att få arbeta tillsammans med andra, att få tänka kreativt och i en förhoppning om egen utveckling. De karaktäriseras också av en viss självständighet och ett relativt flexibelt förhållningssätt. Dessa individer visade sig också ha ett positivt stöd i familjen eller i vänkretsen i högre grad än vad andra deltagare hade.

*Ett exempel:* "man i 50-års åldern med allvarlig fysisk skada sedan barndomen, trassliga uppväxtförhållanden, som ofta känt sig sviken och med oförmåga att sätta egna gränser och att säga nej. Olyckliga arbetsförhållanden och

*påfrestningar i livet samt komplicerade relationer har lett till flertalet suicidförsök. Denna person tog eget initiativ till att få delta i projektet och har uppvisat en stark vilja till förändring och struktur i livet under hela programmet och han har med stort engagemang arbetat sig igenom uppgifterna med fokus på att lyckas och att komma tillbaka till arbetslivet”.*

*De omotiverade:* Det utmärkande för den omotiverade gruppen är bl.a. deras låga motivations- och drivkrafter enligt testet, dvs. deras vilja att prestera och nå mål var relativt lågt, de gav inte uttryck för någon egentlig önskan om att få tillhöra eller ha en arbetsmässig gemenskap, de uppvisade inte heller någon egentlig önskan om egen utveckling eller förändring och deras självständighet kan ses som relativt låg. De uppvisar också i lägre grad än de motiverade ett socialt stöd. I denna grupp återfinns dessutom ett antal individer med erfarenheter av mindre lyckade arbetsträningar bakom sig.

Det som framför allt fick några av dessa individer att komma vidare, var bl.a. insikter om hur deras egna destruktiva mönster utgjorde hinder för förändring. Denna nya insikt tillsammans med att de fick komma till tals och blev tagna på allvar ledde till ökad motivation och till slut en vilja att också vara delaktiga i en förändring och utveckling av deras liv. Den initiala inställningen av tveksamhet kom alltså för några av deltagarna i denna grupp att ändras till att bli mer möjlighetsinriktad.

*Ett exempel: ”kvinna i 40-års åldern med komplicerade uppväxtförhållanden, sjuk son, oro, dåliga arbetsrelationer, blev uppsagd under tveksamma former och kände sig kränkt, vars arbetsträning inte alls hade fungerat och som inte kunde se sambanden, mellan sina fysiska besvär och sin totala livssituation, började under programmet se och förstå helheten i livet, och kunna bearbeta, acceptera och gå vidare. Hon började tro på den egna förmågan att klara av att ta steget ut”.*

*De opåverkbara:* Flera utmärkande drag kunde identifieras för denna grupp, som trots allt var relativt liten. De har i hög grad anpassat sig till en livssituation som innebär att de varken har vilja, förmåga, mod eller kraft att ta tag i sin situation för att åstadkomma en förändring. De saknar ofta ett socialt stöd och det var inte ovanligt att flera av deras närstående också var sjukskrivna, vilket i sin tur minskat deras motivation för återgång till arbetslivet. Vi har identifierat två kategorier av ”opåverkbara” individer; de med fysiska problem och fysiska diagnoser som inte tyckte att de hörde hemma i projektet. De slog sig till ro med sina fysiska problem och var av den anledningen inte mottagliga för det program som de skulle delta i inom ramen för projektet.

*Ett exempel: ”kvinna i 40-års åldern som alltid gjort vad andra velat och begärt, dvs. med oförmåga att säga nej och prioritera i livet, med panikångest och social oförmåga, som aldrig känt sig sedd och bekräftad, som är inriktad på prestation för att få egenvärde och som aldrig bejakat egna behov, upplevde deltagandet som jobbigt och försökte vid ett flertal tillfällen att få kliva ur projektet. Trots att denna kvinna upplevde sig må bra av de krav som ställdes i programmet hade hon inte tillräcklig mental styrka att fullfölja sin handlingsplan”.*

*Förväntningar:* Vid det inledande introduktionsmötet som genomfördes för varje grupp, fick alla deltagare beskriva sina *förväntningar* på deltagande i programmet. Då framkom olika förväntningar beroende på om man:

- redan från början varit avvisande till att delta
- känt sig tvingad av FK och därför låtsats vara motiverad för att inte riskera sin sjukersättning
- känt sig uppriktigt motiverad och redan tidigare funderat på någon form av återgång.

Av de förväntningar som framkom och som också uttalats vid besök hos specialistläkaren på CEOS, visade det sig att ett fåtal individer, vanligen de med primärt kroppsliga problem och utan traumatiska livshändelser, generellt ställde sig positiva till ett deltagande i projektet NySatsa och uttryckte en egen önskan om att återgå till arbete i någon omfattning.

Bland dem som inte riktigt hade viljan att återgå till arbetslivet, framgår generellt att de haft en lång sjukskrivningstid bakom sig och därmed inrättat sitt liv på ett nytt sätt, de har skaffat sig en ny identitet i sin sjukroll vilket resulterade i att de kände både rädsla och olust inför en förändring av sin livssituation.

### **6.3 Om samverkan**

Enligt projektplanen skulle en viktig del av programmet utgöras av samverkan mellan CEOS, FK och AF för att nå bästa resultat. Under projekttiden har regelbundna möten i projektgruppen hållits på FK i Gimo där CEOS och AF varit representerade. Efter att varje grupp startat har protokollförda möten hållits för avstämning av urvalet, gruppens status och om några särskilda problem funnits efter att introduktionsmötena genomförts. Mötena har i huvudsak haft karaktären av information men också i form av diskussion om åtgärderna i samband med överlämningsmötena. Samverkan har visat sig värdefull för alla parter och varit till stor nytta inför start som vid överlämnandet. 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 till arbetslivsinriktade åtgärder. Som exempel kan nämnas det värdefulla bidrag som getts till projektet i form av KBT stöd från landstinget för ett stort antal deltagare som ett viktigt steg i deras arbetsinriktade rehabilitering. Vid överlämningsmötet har alla parter varit närvarande vilket skapat en helhetsbild och en samsyn på den situation som individen står inför. Behovet av stöd och hjälp för att individen ska kunna komma tillbaka till arbetslivet har på så sätt förankrats och de flesta av individerna har även upplevt dessa möten som mycket värdefulla. Överlämningen har skapat en helhet i processen och till möjligheten att komma tillbaka i arbetslivet.

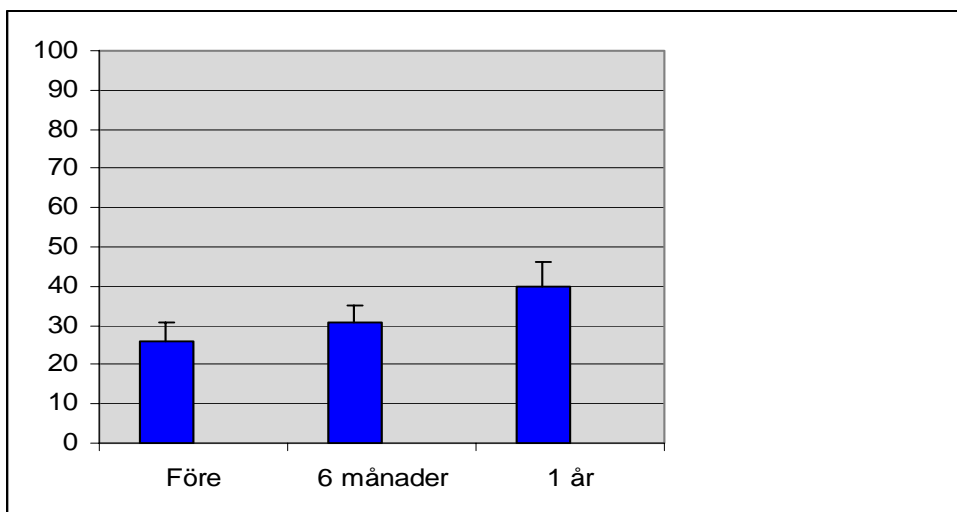
## 6.4 Uppföljning 1 - Intervjuer

Den första uppföljningen, direkt efter avslutad intervention, genomfördes som en kvalitativ mätning i form av individuella strukturerade intervjuer. Frågorna ställdes utifrån ett nuläge, dvs. vid tiden omedelbart efter genomgången program för att jämföras med hur de såg på sin situation vid tiden före starten av programmet. Resultatet visade att ungefär 70 % av gruppen ansåg att interventionsprogrammet hade haft stor betydelse för dem. För några, till och med en avgörande betydelse, i den meningen att det bidragit till att de fått nya insikter om sina styrkor och sin situation och att de hoppas på nya möjligheter för framtiden. Samtidigt fanns de som menade att de måste ta ett steg i taget – de vill inte råka ut för bakslag. Man vill men vågar inte riktigt. Detta att ta ett steg i taget och en mera långsam återgång var mer accentuerad hos många deltagare vid avslutad program jämfört med hur de beskrev sina förväntningar inför starten. Ökade upplevelser av oro och ångest inför en eventuell återgång till arbetslivet kunde tydligt identifieras vid denna mätning. En trolig tolkning är att man efter överlämnandet beskrivit en handlingsplan som innebär en tydlig riktning mot arbetslivsinriktade åtgärder, vilket upplevs som hotfullt och skrämmande hos många när det väl kommer närmare. Det finns här en diskrepans mellan vad man uttalat tidigare och vad man faktiskt vill när det närmar sig en förändring av situationen. Detta att tänka sig in i en ny roll skapar oro och ångest – att orientera sig mot något nytt känns frustrerande. Man drar i handbromsen redan nu för att försäkra sig om att inget skall rubba de invanda mönstren även om det finns ett uttalat hopp om en förändring i framtiden.

## 6.5 Resultat från mätningarna – förändring över tid

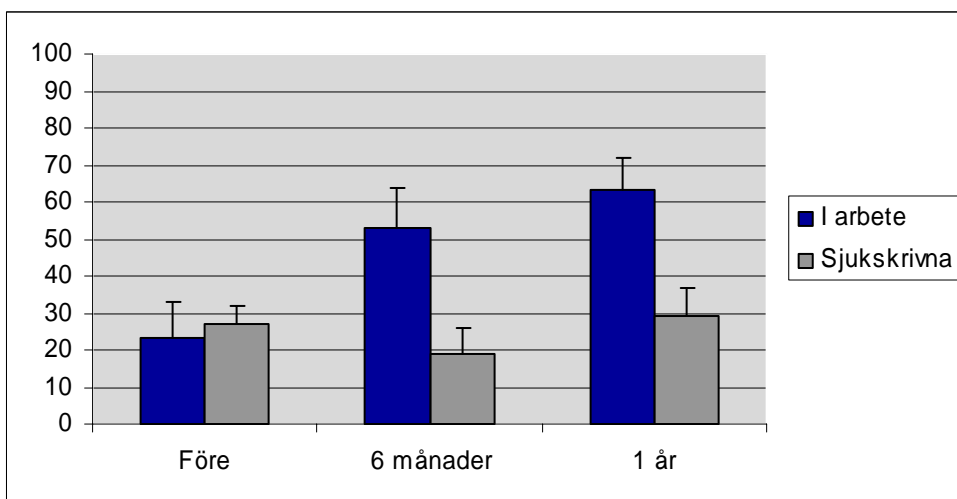
Samma enkät (CEOS basenkät) har använts vid alla tre mättillfällena. Deltagarna har skattat sin hälsa ur olika perspektiv. Resultatet från första mätningen (före interventionen) utgör basen för jämförelser med resultaten av mätningarna vid 6-månaders och 12 månaders uppföljningarna. Resultaten redovisas för ett flertal av dessa variabler nedan.

Deltagarna skattade sin hälsa med en fråga ”*Hur upplever du din allmänna hälsa nu*”. De individuella variationerna i personernas upplevelse av sin hälsa var stora, men som grupp betraktat skattades den egna hälsan som mycket dålig (i genomsnitt 26 % av maximalt 100%).



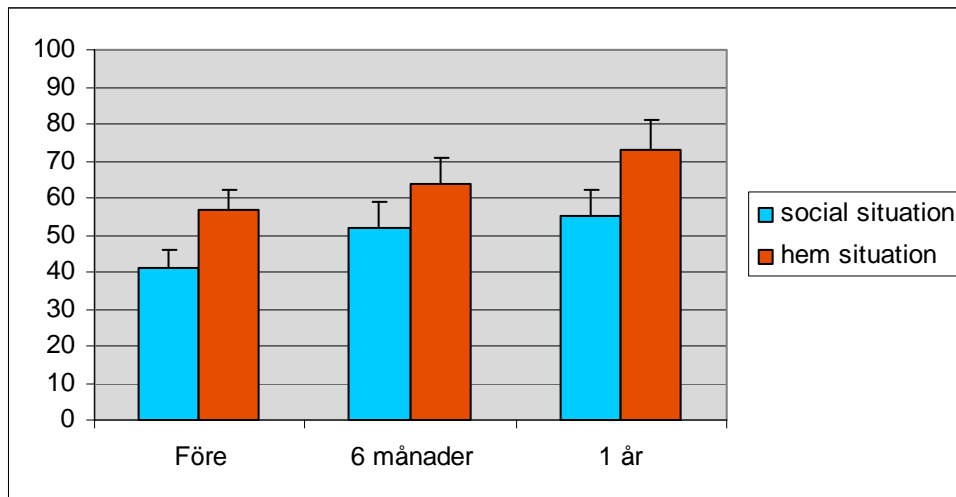
Figur 3. Självskattad hälsa före, efter sex månader och efter ett år.

Figur 3 visar att NySatsa deltagarna upplevde att hälsa klart förbättrades över året. Förbättringen är signifikant ( $p < .05$ ) mellan före-mätningen och mätningen efter ett år. Om man jämför de 11 personer som är ute i arbetslivet med de personer som fortfarande är sjukskrivna så är skillnaden i upplevd hälsa betydligt mer markant och mer förbättrad för den grupp som är tillbaka i arbetslivet (se figur 4). Tidigare studier har visat att friska personer skattar sin upplevda hälsa omkring 70. Deltagarna i NySatsa som är ute i arbete efter ett år skattar sin allmänna hälsa till 64. När projektet startade skattade de sin hälsa till 27. Förändringen är signifikant. De personer som fortfarande är sjukskrivna och inte är tillbaka i arbete upplever inte sin hälsa som förbättrad.

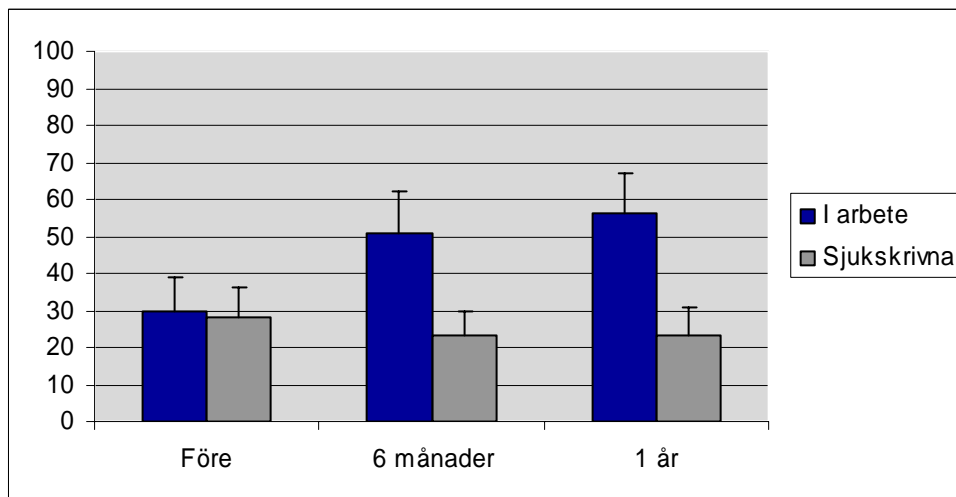


Figur 4. Självskattad hälsa för de personer som efter ett år är i arbete jämfört med de personer som fortfarande efter ett år är sjukskrivna.

Personernas hemmasituation och sociala situation upplevs ha blivit i genomsnitt bättre över året men förbättringen är inte signifikant. Det finns heller inga mätbara signifikanta skillnader i hemsituation och social situation över året mellan de personer som är tillbaka i arbete och jämfört med de personer som fortfarande är sjukskrivna (se figur 5).



Figur 5. Upplevd hemmasituation och socialsituation före, efter 6 månader och efter ett år.



Figur 6. Självsattad sömnkvalitet, före, efter sex månader och efter ett år.

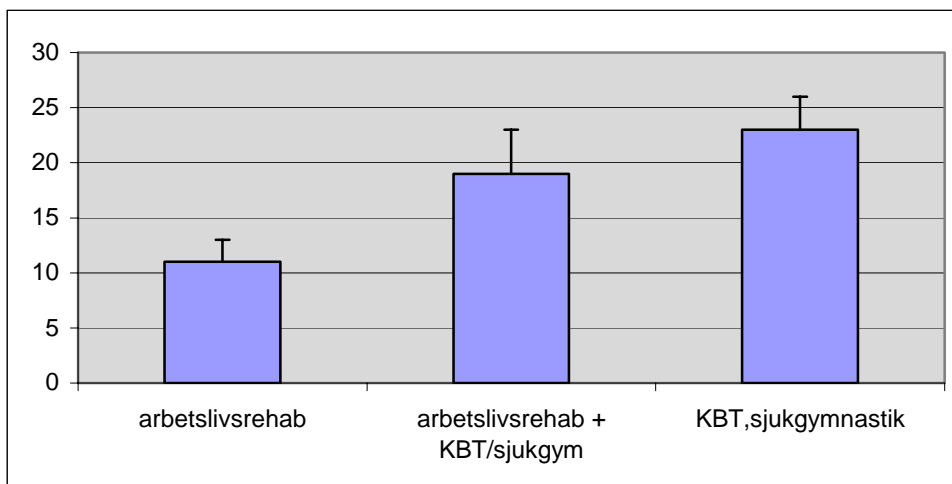
Bra sömnkvalitet är utmärkande för personer som mår bra. Dålig sömnkvalitet brukar vara ett av de första tecknen hos personer som lider av stressrelaterad ohälsa.

Figur 6 visar att NySatsa deltagarna som kom tillbaka i arbete signifikant förbättrade sin sömnkvalitet jämfört med de personer som efter ett år fortfarande var sjukskrivna.

Deltagarna skattade också sin grad av energinivå. Det ger en indikation på den kraft och ork personen har att arbeta och prestera. Deltagarna i NySatsa skattade sin energinivå till 32 före interventionen. Efter ett år skattade de personer som var i arbete sin energinivå till 50 medan de som fortfarande var sjukskrivna skattade sin energinivå till 30. Skillnaden mellan grupperna var signifikant efter ett år. Friska personer brukar skatta en energinivå på ca 65-70.

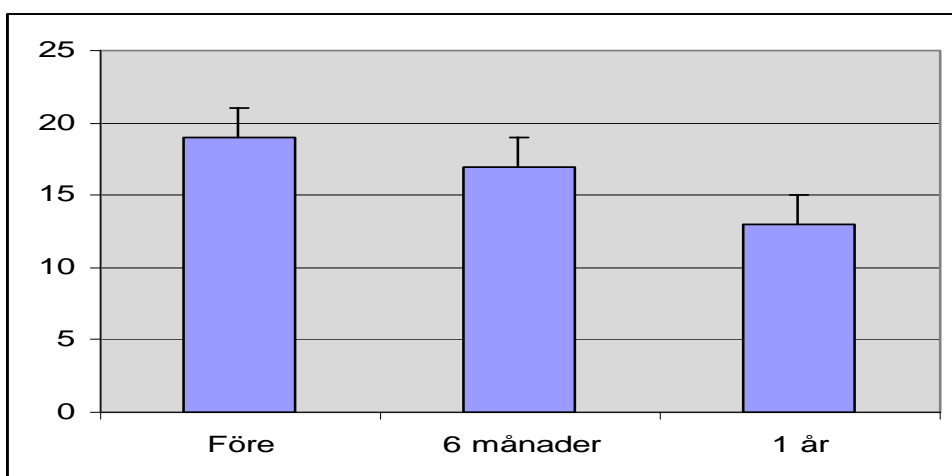
Graden av nedstämdhet/depressivitet har mätts med det kliniska instrumentet **Mads-S**. Av deltagarna i NySatsa låg 61 % under 20 poäng, vilket vanligen betraktas som friskt och/eller icke behandlingskrävande. Omkring en femtedel av deltagarna uppnådde ett Mads-S på 27 eller mer vilket oftast är ett tecken på psykiatriska problem t ex depression och som är i behov av medicinsk/terapeutisk behandling. Tre individer hade ett Mads-S på 30 eller mer bör tolkas som en nivå där man är deprimerad med påtagliga symtom och som regel åtföljs av en funktionsnedsättning.

Med utgångspunkt från den självskattning deltagarna gjorde via instrumentet Mads-S vid start gjordes en analys av utfallet i handlingsplanerna vid överlämningsmötet. Figur 7 visar klart och tydligt att de personer som i sin handlingsplan påbörjade en arbetsträning utan ytterligare åtgärder hade lägst Mads-S poäng (inga psykiska besvär) redan från starten av programmet, medan de som i sin handlingsplan uttryckte ett fortsatt stöd via rehabiliteringsåtgärder och KBT hade den högsta Mads-S poängen (tecken på depression eller annan psykisk diagnos). Deltagarnas Mads-S poäng var inte kända för handläggare eller person när handlingsplanen togs fram. Det finns en statistisk skillnad mellan gruppen arbetslivsinriktad rehabilitering och gruppen som får fortsatt rehabilitering via KBT och sjukgymnastik.



Figur 7. Madrs-S-poäng relaterat till personer i olika åtgärder.

Efter ett år gjordes en ny Madrs-S-skattning. Figur 8 visar att hela gruppen förbättrade sin Madrs-S-poäng över tid. Sänkningen av Madrs-S-poäng från tiden före interventionen till ett år efter start i projektet är signifikant på 0.05 nivån. Det fanns inga skillnader i sänkning av Madrs-S-poäng mellan de som var tillbaka i arbete jämfört med den grupp som fortfarande var sjukskrivna.



Figur 8. Förändringen av Madrs-S-poäng (före, efter sex månader och efter ett år).

Återhämtning mäts i enkäten med tre olika frågeställningar: "Jag kan lätt mobilisera krafter", "Jag ägnar den tid jag behöver åt vila och avkoppling" och "Jag kan "ladda" batterierna". Dessa tre frågeställningar har sammanställts till ett index som mäter återhämtningsförmåga. Möjligheten till återhämtning är viktig för att man ska kunna behålla hälsan och forskning har visat att bristen på återhämtning hos individen kan vara en bland flera orsaker till de höga sjukskrivningstal som vi idag har i samhället. Upplevelsen av möjligheten till att

återhämta sig har ökat signifikant efter ett år jämfört med hur de upplevde den förmågan innan deltagandet i NySatsa. Ökningen är från 50 av 100 möjliga före interventionen till 64 av 100 möjliga efter ett år. En tolkning av detta resultat kan vara att personerna har fått en större förståelse för hur de fungerar både fysiskt och mentalt och vad som behövs för att kunna återhämta sig från påfrestningar i livet.

## 6.6 Deltagarnas upplevelse av interventionsprogrammet

Vid 12 månaders - uppföljningen framkom att ca 70 % av deltagarna varit nöjda eller mycket nöjda och ansåg att programmet svarade mot deras förväntningar, 17 % ansåg dock att programmet inte svarade mot deras förväntningar, medan några förhöll sig ganska neutrala och svarade varken ja eller nej eller svarade inte alls, 13%.

Utformningen av programmet har visat sig fungera väl för de flesta av deltagarna, vara väl avvägt i omfattning, 3 x 3 timmar med mellanliggande hemuppgifter och tid för reflektion. Så här uttryckte några av deltagarna sig: *"det var mycket positivt...toppen att bli sedd..."; "...jag har fått nya insikter.."; "..ökad självkänedom .."; "...jag är stolt över att ha orkat igenom hela programmet.."; "...att ha blivit bemött som en självständig människa har varit det bästa..." och "...det här har hjälpt min hjärna att fungera."*

Endast några har upplevt hemuppgifterna som jobbiga och svåra att genomföra: *"...det här var intressant men jobbigt.." och "...jag tänkte först att hemuppgifterna görs på en stund, men det snurrar i huvudet hela tiden. Det sätter igång... jag tror att det har varit bra att det har varit tid emellan. Man tänker på det mer än man tror. "*

## 7 Diskussion – erfarenheter och rekommendationer

Målet med projektet NySatsa var att 20 % av deltagarna efter ett år skulle ha fått ett arbete med eller utan stöd av arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Det verkliga resultatet visar på att totalt 37 % (11 personer) efter ett år finns ute i arbetslivet. Projektet NySatsa har uppnått syftet och målet med projektet. Som jämförelse kan nämnas att av de personer som tackade nej att delta i programmet var endast en person 5 % ute i arbetslivet och arbetstränade.

Deltagarna i NySatsa förbättrade även sin upplevda hälsa och sin återhämtningsförmåga. De personer som kom tillbaka till arbetslivet upplevde att hälsan förbättrades mer jämfört med den grupp som var kvar i en sjukskrivning.

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. Vad som är optimalt bäst för att återfå människor till arbetslivet kan utifrån ett motivationsinriktat synsätt därför inte regelmässigt bestämmas. 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 individuell. Vidare påpekas i olika studier (Grahm 1999; Ekberg 2000), 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 forskarna följande: individens *egen tro* på återgång, *upplevd egen hälsa* och individens *delaktighet* i åtgärderna. I lagen om allmän försäkring, AFL kap.22, finns också stadgat om tidig bedömning och individens delaktighet, intentioner som tyvärr alltför ofta inte uppfylls, vilket leder till att individerna inte får några krav på sig på arbetsåtergång vilket därmed befäster rollen som sjukskriven.

Genom pilotprojektet NySatsa finns intentionerna om motivation och egen tro på återgång samt delaktighet i processen tydligt uttalade genom interventionsprogrammets innehåll och upplägg. Detta talar för att den metod som valts i projektet för arbetslivsinriktad rehabilitering har haft rätt fokus. Samtidigt

kan man utifrån den ovan refererade forskningen förstå att på grund av deltagarnas långa sjukskrivnings-/sjukersättningsperiod (i genomsnitt 6 år) finns betydande hinder för återgång genom att de allra flesta har intagit en roll som sjuk. Tanken på att återgå till arbetslivet fanns inte längre kvar i personernas referensramar, vilket är en försvårande omständighet för att skapa motivation.

För dem som redan vid starten hade en viss motivation och kunde ta vara på programmets jagstärkande moment och öka sin förståelse om sin situation samt själva beskriva sina mål, är prognosen för att kunna återgå i arbete på ett eller annat sätt genomgående god.

Projektet kunde redan i inledningen identifiera tre grupper beroende på motivation och förväntan. Personer som föll under kategorin de omotiverade hade en diagnos av hög grad psykisk karaktär och blev utvalda till projektet i ”fel” tid med hänsyn till deras sjukdomsbild och förmåga att kunna genomföra de moment som programmet omfattade. Ett interventionsprogram med syftet arbetsåtergång har störst effekt om tidpunkten för deltagandet är rätt, dvs. om individen kan närvara, bidra och ta ansvar för sin egen utveckling.

Den grupp som däremot inte upplever sig motiverade, som har varit borta alltför länge från arbetslivet och därmed intagit en roll som sjukpensionär, som inte har någon tro på förändring och som upplever sin hälsa så dålig att de inte vill vara delaktiga i processen för att komma åter i arbete, där är prognosen följaktligen dålig.

Sammanfattningsvis kan sägas att det gavs många positiva kommentarer om deltagandet i programmet. Man har fått möjlighet att reflektera kring sin livssituation och upplevt det som positivt att ha blivit uppmärksammas. 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 uppenbart att det skulle ha varit bra med ytterligare några stärkande samtal med handledaren innan överlämnandet. Detta behov visade sig relaterat till ett antal deltagare framför allt i den tredje gruppen där den mentala hälsan överlag visade sig vara mycket dålig.

Det förelåg en stor variabilitet i fysisk och psykisk hälsa och förmåga. Ett antal personer med fysisk funktionsnedsättning bedöms inte nämnvärt kunna förbättra sitt tillstånd trots medicinsk rehabilitering vilket naturligtvis försvårar en arbetsmarknadsrehabilitering för denna grupp. Ytterligare ett antal individer bedöms ha en sådan påtaglig psykisk ohälsa att en adekvat behandling borde ha föregått deras deltagande i projektet. En slutsats gällande urvalet är att deltagarna som grupp betraktad hade en mer framträdande psykiatrisk- och stressrelaterad sjuklighet än vad som framkom i deras sjukintyg.

Mot denna bakgrund är våra rekommendationer för att lyckas med arbetslivsinriktad rehabilitering enligt NYSATSA-modellen följande:

## 7.2 Urvalet är viktigt

Det är väl känt från olika studier och erfarenheten att ju längre en individ har varit borta från arbetslivet desto svårare har de att komma åter. Att återfå människor i arbete är en angelägen fråga för samhället och är en av FK:s viktigaste uppgifter. Det blir därför fråga om dels att återfå de individer som redan har en lång sjukskrivningsperiod bakom sig, dels att stoppa inflödet till längre sjukfall. Enligt NySatsa - modellen utgjordes urvalet av individer med tidsbegränsad sjukersättning, dvs. de som har en mycket lång sjukskrivningstid bakom sig, i genomsnitt >6 år för gruppen som helhet. Ett urvalskriterium i projektet var att alla deltagarna skulle ha gjort en kartläggning med SASSAM hos FK. Detta saknades för en del av deltagarna och några hade per telefon intervjuats kort med SASSAM kartan som mall inför projektstart.

Det har funnits många mycket sjuka deltagare, ofta med en traumatisk bakgrund och med en mycket låg självkänsla. Denna grupp tar det lång tid att rehabilitera och vissa kommer att förbli sjuka trots olika insatser. Vi har identifierat minst tre personer som inte borde ha varit med i projektet på grund av psykiatrisk diagnos, vilket medfört att de upplever en sämre hälsa efter programmet jämfört med första mätningen. Det betyder att för sådana personer kan ett deltagande vara direkt olämpligt – de är i stället i behov av andra insatser. Av den anledningen vill vi, rekommendera en nära samverkan mellan FK och behandlande/rehabiliterande enhet kring urvalet för att bedöma individernas prognos för deltagande. Att med rätt resurser satsa på rätt personer ökar möjligheterna för ett bra resultat. Vi vill också att det är *en* person från FK som är projektets kontaktperson, som är väl informerad om projektets syfte och har ansvaret för samverkan med i detta fall CEOS, den sjukskrivne och AF.

Mot bakgrund av ovanstående är det troligt att hos individer med en sjukskrivningsperiod på maximalt 12-18 månader känns arbetslivet troligtvis ännu inte så avlägset, självkänslan har inte hunnit sjunka så djupt och processen för att skapa ny motivation behöver inte vara lika lång som för dem med mycket långvarig sjukbakgrund som vi haft i projektet. Likaså bör personer med en psykiatrisk diagnos (depression, ångest etc.) inte delta i denna typ av interventionsprogram. Programmet som till stor del är arbetsrelaterat har med stor sannolikhet en större chans att verka motivationshöjande och jagstärkande för individer som inte varit frånvarande från arbetslivet under så lång tid och där orsaken till ohälsa är direkt stressrelaterad. Ytterligare en aspekt som kommit fram i intervjuer med handläggare på FK är att det skulle ha varit bättre om det varit ett fortlöpande inträde i projektet i stället för i grupper om 10 och 10. Vi vill därför föreslå en rullande intagning av deltagare till programmet för att underlätta urvalsprocessen.

En fråga som tycks ha haft en avgörande betydelse för förväntningarna på projektet var huruvida personen i fråga själv önskade någon förändring och hade en vilja att återgå till arbetslivet eller ej.

### 7.3 Starten

En förtroendefull start är A och O. För att handläggarna skall känna sig trygga med att ta den första kontakten krävs god information om projektets syfte och mål och hur genomförandet är tänkt. För deltagarna är det med tanke på risk för oro för det okända, särskilt viktigt att de får en bra och tydlig information dels om vad ett deltagande kommer att innebära för personerna, dels vilka aktörer som är involverade under hela projekttiden. Den information som skall gå ut från FK bör därför vara mycket tydlig och informativ. Det är inte ovanligt att just sådana rutiner som gäller information och samverkan inte har hittat sina former då man inleder ett pilotprojekt – man har inte kunnat förutse och planera för alla delar inför starten. Vi tycker oss ha funnit dessa rutiner under projektets gång och kommer att bygga in dessa på ett bättre sätt vid ett eventuellt fortsatt projekt. Det är framför allt viktigt att alla aktörer är med redan vid starten för en presentation om vilka som ingår i teamet, samt vilka roller och uppgifter som var och en har under projektets gång.

### 7.4 Genomförandet

Enligt de inledande diskussionerna i samband med utarbetandet av projektplanen fanns tankar på att extra resurser skulle tillföras projektet i syfte att skapa andra möjligheter ”utanför regelverket” för arbetslivsinriktade åtgärder för individen för att underlätta en förändring. Vår upplevelse har varit att denna intention inte varit tillräckligt förankrad på lokalplanet. Vid överlämningstillfällena har det vid vissa tillfällen skapats en del förvirring hos FK handläggarna och besvikelse hos deltagarna att åtgärder i deras handlingsplaner inte kunde genomföras. Någon av deltagarna uttryckte det så här: ”*stå för vad ni säger*”. Man ansåg att projektet inte höll sina löften. Naturligtvis visste vi inledningsvis inte vilka behov av ”icke godkända” åtgärder som kunde bli aktuella, det visade sig också att det blev helt andra än vi förväntat. Värdefullt var dock att vi fick möjlighet att överlämna deltagare till KBT-behandling inom projektets ram, något som visade sig behövas för nära hälften av gruppen. För ett eventuellt framtida projekt vill vi föreslå att vid behov initiera parallella resurser under programmets gång inom ramen för CEOS verksamhet.

### 7.5 Samverkan och överlämning

Samverkan mellan olika aktörer är en viktig och nödvändig förutsättning för att arbeta framgångsrikt med arbetslivsinriktad rehabilitering. Av stor betydelse för det positiva resultatet är just ett nära samarbete kring varje individ. Erfarenheterna från detta projekt visar att den projektansvarige från AF hade en mycket viktig roll i det fortsatta arbetet efter överlämnandet. Denna länk mellan interventionen och de fortsatta åtgärder som bedöms vara nödvändiga för återgång i arbetslivet vill vi framhålla som särskilt viktig för ett framgångsrikt resultat.

Det har visat sig att osäkerheten hos FK och AF kring vilka åtgärder som skall kunna, dvs. vara godkända, för att genomföras har lett till oro och osäkerhet i hög grad också hos deltagaren. Flera av deltagarna har efteråt uttryckt hur obehagligt de tyckte att detta samtal var, att de kände sin sjukersättning hotad och att de kände tvång till något som de inte ville. Andra åter upplevde mötet som värdefullt och kände att de blev tagna på allvar. Beroende på attityd och grad av motivation hos deltagaren, på tydlighet kring nästa steg hos FK och AF så har upplevelserna varierat mycket.

Vi ser ett behov av att få möjlighet till en fördjupad diskussion om hur ”länkningen” över till FK och AF bäst skall göras. Vi har upplevt detta moment som oerhört avgörande för att nå ett bra resultat med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. För deltagarna innebär detta möte att ansvaret flyttas över till myndigheterna, något som för en del deltagare i sig upplevs som hotfullt och oroligt. En viktig fråga vi vill lyfta upp är också hur vi (vem?) kan ge fortsatt stöd till de personer som behöver mer stöd för att komma vidare i sina planer för att möjliggöra återgång. Ju mer komplex sjukdomsbild desto längre tid behövs för återgångsprocessen om man identifierat att det finns en potential för återgång.

Vi vill därför också rekommendera en ökad samverkan kring överlämnandet, en tydlighet gentemot deltagarna om vad de kan förvänta sig och en tydligare handlingsplan för fortsatta aktiviteter som redovisas till FK. För den fortsatta planeringen av deltagarnas rehabilitering är en konkret handlingsplan av stor betydelse. För deltagarna är de åtgärder som följer på interventionsprogrammet ännu viktigare och i hög grad avgörande för om de kan bibehålla sin motivation för återgång eller ej.

För att tillgodose detta behov av fortsatt kontakt med deltagarna och för att aktivt kunna stödja dem i den fortsatta processen beslutade FK:s projektledare att göra ett tillägg till projektet i form av uppföljande samtal i samband med 6-respektive 12 månaders uppföljningen för att stämma av hur arbetet med handlingsplanerna förlöpt.

I ett eventuellt kommande projekt vill vi sålunda föreslå att man säkrar uppföljningen av varje individs handlingsplan löpande under hela projektiden genom individuella alt. grupprelaterade samtal.

## 8 Slutsatser

Vid uppföljningen efter 12-månaders kunde vi konstatera att 11 deltagare var igång med antingen arbetsprövning, starta eget, vidareutbildning eller deltidsarbete. Några hade också fått hjälp med parallellt KBT-stöd. En hade fått permanent sjukersättning och ytterligare en person hade fått en annan diagnos än den var sjukskriven för tidigare och är idag fortsatt sjukskriven. Av de 5 individer som fortfarande är i behandling av något slag och som själva angett att de är tveksamma till återgång är det enligt vår egen prognos inte särskilt troligt att någon av dem kommer att kunna återgå till arbetslivet då de har en sjukdomsbild som är mycket komplex.

Från CEOS ser vi mycket positivt på NySatsa - projektet och tror på goda grunder att målet med en 20%-ig återgång i arbete eller i arbetslivsinriktade åtgärder skulle kunna ökas. I NySatsa kom 37 % av deltagarna efter ett år tillbaka till arbetslivet och möjligheten att ytterligare fyra personer som idag är i fortsatt behandling också kommer tillbaka i arbete ses inte som omöjligt.

Av utvärderingen framgår att målgruppens psykiska och medicinska status var komplicerad och det är troligt att med en mindre ”sjuk” grupp i nära samverkan med AF skulle projektet kunna ökat målet med arbetsåtergång. Ju kortare sjukskrivningsperiod och ett mer homogent urval beträffande ohälsa (ej svårartad psykisk sjukdom) och högre grad av motivation desto bättre resultat kan man vänta. Motivation och mål för framtiden utgör visserligen områden som klargörs och bearbetas under interventionen, men en individs egen vilja, identitet och ambition tycks ha stor betydelse för hur projektet uppfattas och sannolikt hur det avlöper.

Det har tydligt framgått att vi behöver inkludera resurser som specialistläkarkompetens, KBT- och ergonomisk kompetens redan i ett inledande skede av programmet för att så snabbt som möjligt komplettera med parallella åtgärder och inte vänta tills programmet är genomfört. Ett bättre integrerat stöd från olika kompetenser under hela projekttiden bör ge underlag för ett ännu bättre resultat.

Det har noterats vissa brister i rutiner som vi dokumenterat. Med utgångspunkt från detta anser vi att vi med angivna justeringar i programmet har en framgångsrik modell för att återfå sjukskrivna individer tillbaka till arbetslivet. Modellen bygger på forskning och beprövad vetenskap och följer intentionerna i lagen om allmän försäkring (AFL) om vikten av individens motivation till och delaktighet i den arbetslivsinriktade processen.

Projektet har varit lärorikt och förståelsen för den komplexitet som långtidssjukfrånvaro innebär både för den enskilde och för myndigheter har förhoppningsvis ökat hos oss alla (FK, AF och CEOS) under projektidens gång.

Vi hoppas på fortsatt förtroende för att få arbeta enligt NySatsa-modellen som vi ser har ett stort värde för att hjälpa människor tillbaka till arbetslivet även om man varit sjukskriven under en längre tid.

## 9 Referenser

- Anderzén, I. och Hansson, A.-S. (2007). Delrapport NySatsa - ett pilotprojekt för främjande av individers möjligheter till återgång i arbete. Centrum för miljörelaterad ohälsa och stress (CEOS) samt Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet
- Ekberg K. (2000). "Arbetslivsinriktad rehabilitering." Socialmedicinsk tidskrift (77): 388-397.
- Falkdal, A. H. (2005). Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete. Viktiga faktorer för tidig bedömning. Institutionen för Samhällsmedicin och Rehabilitering. Umeå universitet.
- Gerner, U. (2006). Hinder och möjligheter - sjukskrivnas motivation till att återgå i arbete ur boken "Den komplexa sjukfrånvaron" red. Uppmark & Edlund, Studentlitteratur.
- Grahn, B. (1999). Quality of life, Motivation and Costs in Multidisciplinary Occupational Rehabilitation. Section for psychiatry and psychosomatics. Lund, University of Lund.
- Hogstedt, C., M. Bjurvald, et al., Red (2004). FHI-rapport 2004:15: Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. FHI rapport 2004:15. Stockholm, Statens Folkhälsoinstitut.
- Marklund, S., M. Bjurvald, et al., Eds. (2005). Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar. Stockholm, Arbetslivsinstitutet.
- Marnetoft, S. U., J. Selander, et al. (1999). "Vocational rehabilitation - early versus delayd. The effect of early vocational rehabilitation compared to delayed vocational rehabilitation among employed and unemployed, long-term sick-listed people." Int Journal of Rehabilitation Res. **22**(3): 161-70.
- Montgomery, S. and M. Åsberg (1979). "A new depression scale designed to be sensitive to change." British Journal of Psychiatry **134**: 382-389.
- Pearlin, L. I., M. A. Lieberman, et al. (1981). "The Stress Process." Journal of Health and Social Behaviour **22**(December): 337-356.
- Riksrevisionen (RiR 2005:14). Förtidspension utan återvändo. Stockholm, Riksrevisionen.
- SBU (2003). Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm, Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU. **167**.
- SOU 2002:5 Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Del I. Slutbetänkande. Stockholm, Socialdepartementet.
- SOU (1988:41). Tidig och samordnad rehabilitering. Betänkande av rehabiliteringsberedningen. Socialdepartementet. Stockholm.
- SOU (2000:78). Rehabilitering till arbete en reform med individen i centrum. Socialdepartementet.
- Öberg, T. (1989). "Den farliga sjukskrivningen. ." Socialmedicinsk tidskrift (7): 344-348.



UPPSALA  
UNIVERSITET

**Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap  
Enheten för Socialmedicin,  
Uppsala Science Park, 751 85 Uppsala universitet  
[www.pubcare.uu.se](http://www.pubcare.uu.se)**



