

Vitalisprojektet - 2010-2011

Slutrapport

Författare: Per Lytsy och Ingrid Anderzén

Styrgrupp

Johan Åberg
Kjell Haglund
Tomas Hedberg
Pär Lundvik, tom 2011-05
Tina Anbäcken-Rudfeldt, from 2011-05
Ove Ellenius
Per Lytsy
Ingrid Anderzén

Samordningsförbundet Uppsala län
Landstinget Uppsala län
Arbetsförmedlingen Uppsala län
Försäkringskassan Uppsala län
Försäkringskassan Uppsala län
Uppsala Kommun
Uppsala universitet/Akademiska sjukhuset
Uppsala universitet/Akademiska sjukhuset

Projektledare

Ingrid Anderzén

Uppsala universitet/Akademiska sjukhuset

Projektgrupp Vitalis

Ingrid Anderzén
Åsa Andersen
Kerstin Bravo
Anna Finnes
Lill Haglund
Ingela Jansson
Mervi Karman
Kerstin Lundh
Per Lytsy
Anna Löfgren
Linnea Molin
Anna Ohlsson
Jenny Thorsell
Emma Wallin
Carina Wennman
Ragnar Westerling
Annica Åbrink

projektledare
masterstudent/assistent
socioonom/Uppsala kommun
psykolog
projektkoordinator/ Försäkringskassan
undersköterska
projektkoordinator/Arbetsförmedlingen
sjuksköterska
läkare
psykolog
psykolog
läkare
psykolog
psykolog
psykolog
läkare
arbetsterapeut

Sammanfattning

Vitalis är ett interventions- samverkans- och forskningsprojekt som under perioden mars 2010 till mars 2011 vänder sig till kvinnor i Uppsala län. Målgruppen har valts ut på basis av att de är sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa och/eller smärta och riskerat att bli utförsäkrade ur sjukförsäkringen inom ett par månader. Deltagarna har randomiserats till någon av två interventionsgrupper eller en kontrollgrupp. Interventionsgrupperna har syftat till att öka deltagarnas möjligheter att genomföra Arbetsförmedlingens introduktionsprogram och därigenom närma sig arbetsmarknaden.

Totalt identifierades 655 personer på Försäkringskassan som under perioden uppfyllde kriterierna om utförsäkring och psykisk ohälsa/smärta. Av dessa gav 322 (49 %) sitt samtycke till deltagande i projektet, varav 314 även ingår i forskningsprojektet.

Deltagarna har randomiserats till någon av tre grupper: multidisciplinär teambedömning /behandling (111 deltagare); psykologisk behandling med Acceptance and Commitment Therapy, ACT (107 deltagare) eller kontrollgrupp (107 deltagare). I team-gruppen har varje deltagare träffat en läkare, en psykolog, en arbetsterapeut och en socionom som var och en bedömt individens situation utifrån olika professionella perspektiv. Teamet har sedan givit förslag på en individuellt anpassad utredning/ behandling/stöd oftast med tonvikt på psykoterapi med ACT.

I ACT-gruppen har deltagarna bedöms av psykolog och erbjudits individuell psykoterapi med terapiformen Acceptance and Commitment Therapy i syfte att öka den psykologiska flexibiliteten. Kontrollgruppen har inte erhållit någon intervention. Samtliga grupper har följts med enkätinstrument vid fyra tillfällen under ett års tid, vilket kommer utgöra grund för vetenskaplig uppföljning.

Drygt hälften i målgruppen har anställning eller är egna företagare. Snittålderns är 49 år och omkring hälften har en sjukersättning/sjukpenning på 100 % vid tidpunkten utförsäkring. Majoriteten har gymnasieutbildning eller lägre utbildning och omkring 1/3 har högskoleutbildning. Omkring var femte deltagare har inte genomfört projektets fulla längd på ett år. Den vanligaste orsaken till bortfall är att deltagare aldrig dykt upp eller att de inte går att kontakta.

Projektet är ett samverkansprojekt där interventionen inkluderar att information gällande deltagarnas förutsättningar för arbetsåtergång regelmässigt utbyts mellan Försäkringskassan, behandlare inom projektet och Arbetsförmedlingens handläggare.

Projektet Vitalis omfattar samarbete mellan Samordningsförbundet, Försäkringskassan (LFC Uppsala), Uppsala Kommun, Arbetsförmedlingen, Landstinget Uppsala län (genom socialmedicin, Akademiska sjukhuset) och institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet. Vitalis har erhållit sammanlagt 10,2 miljoner kronor från Samordningsförbundet och Landstinget i Uppsala län.

Interventionernas långsiktiga effekt på arbetsåtergång kommer att utvärderas vid ett respektive två års uppföljning.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	3
Inledning.....	5
1. Bakgrund	6
1.2 Bakgrund samverkan	6
1.3. Arbetslivsintroduktionsprogrammet vid Arbetsförmedlingen.....	7
2. Beskrivning av metod.....	8
2.1 ACT (Acceptance and Commitment Therapy)	8
2.2 Multidisciplinär teambedömning	9
2.3 Kartläggningmöte och annan samverkan med Arbetsförmedling och Försäkringskassan.....	11
2.4 Processen för kontroll-gruppen	11
3. Samverkan.....	12
4. Beskrivning av rekrytering av deltagare	14
5. Beskrivning av målgrupp.....	17
5.1 Bortfall under projektet.....	19
6. Beskrivning av personal	20
7. Redovisning av kostnader	23
8. Egen uppföljning och planerad framtida utvärdering	25
8.1 Syften som projektet ytterligare syftar att undersöka.....	25
8.2 Studiedesign, metod och arbetsplan.....	26
8.3 Etiska frågor.....	27
9. Erfarenheter	29
Bilagor.....	33
1. Abstrakt presenterat vid den nationella stressforskningskonferensen i Örebro i maj 2011. ...	33
2. Projektet Vitalis under Almedalsveckan i Visby juli 2011.....	33
3. Protokoll för multidisciplinär bedömning – Vitalisprojektet.....	33
4. Sammanställning av olika diagnoser som de deltagande kvinnorna haft.....	33

Inledning

Under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet ökade antalet långtidssjukskrivningar kraftigt och många individer kom att fastna i sjukförsäkringen. Samtidigt har det skett en förändring i orsakerna till att människor inte kan arbeta av ohälsoskäl; psykisk ohälsa har både blivit den vanligaste orsaken till långtids sjukfrånvaro. Sjukskrivningsmönstret ser dock olika ut för kvinnor och män, där kvinnor sjukskrivs oftare än män på grund av psykisk ohälsa och där det är vanligt att sjukskrivningsunderlagen ger en diffus bild av problematiken. Detta försvårar troligtvis bedömningen från Försäkringskassan vilket sannolikt försvårar initieringen av adekvata insatser. Sjukskrivning är en konsekvens av sjukdom och därtill kopplat funktionsnedsättning, men under de senaste decennierna har kunskapen växt att sjukfrånvaro i sig kan bidra till ohälsa och därmed arbetsförmåga. Den som är långvarigt sjukskriven/har ersättning riskerar att förlora sitt nätverk, sin självförtroende, sin initiativförmåga och i praktiken förvärra sin psykiska ohälsa. Det finns således medicinska som politiska skäl att försöka hjälpa människor tillbaka i arbete. Förändringarna i sjukförsäkringen där en tidsbegränsning införts har under 2010-2011 lett till att en stor andel personer med långvarig sjukskrivning "utförsäkrats", det vill säga att de omförsäkrats från sjukförsäkringen till Arbetsförmedlingens introduktionsprogram. Denna försäkringsförändring har rönt mycket medieuppmärksamhet och skapat stor oro i gruppen som utförsäkras. Regeringen gav Försäkringskassan i uppdrag hösten 2009 att fördela medel för forsknings-uppdrag med syfte att minska sjukfrånvaron och öka återgången i arbete bland kvinnor. Vitalisprojektet är ett av fyra projekt som erhölet medel ur denna regeringssatsning. Projektet är ett interventions- och samarbetsprojekt där Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Samordningsförbundet Uppsala län, hälso- och sjukvården och Uppsala universitet ingår som samarbetspartners. Projektet har letts av en projektledare vid Akademiska sjukhuset under ledning av en styrgrupp. Detta är projektets slutrapport till Försäkringskassan. Försäkringskassan färdigställer en slutrapport över de fyra deltagande projekten januari 2013. Försäkringskassans slutliga uppföljning av kvinnors ohälsa kommer att innehålla:

- Information från gemensamma seminarier
- De egna projektens uppföljningar
- Kvalitativ studie där fokus ligger på om projekten har minska sjukfrånvaro.

I september 2012 samlas all data ihop och analyseras. Därefter skrivs rapporten vilken överlämnas till regeringen i januari 2013.

1. Bakgrund

Socialmedicin, Akademiska sjukhuset/folkhälso- och vårdvetenskap Uppsala universitet har av Samordningsförbundet och landstinget Uppsala län erhållit sammanlagt 10,2 miljoner kronor för att genomföra projektet Vitalis - för att minska kvinnors ohälsa och sjukfrånvaro i Uppsala län.

Projektet är ett samverkansprojekt som omfattar samarbete mellan Samordningsförbundet, Försäkringskassan (LFC Uppsala), Uppsala Kommun, Arbetsförmedlingen, Landstinget Uppsala län (genom socialmedicin, Akademiska sjukhuset) och institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet. Projektet har riktat sig till kvinnor som riskerar att bli utförsäkrade ur sjukförsäkringen och vars sjukfrånvaro beror på psykisk ohälsa, stress eller smärta. Projektet har arbetat och testat två olika typer av interventioner: multidisciplinär teambedömning/behandling respektive psykologisk behandling med ACT (Acceptance and Commitment Therapy). Målsättningen med interventionerna har varit att förbättra deltagarnas möjligheter att genomföra Arbetsförmedlingens introduktionsprogram och därigenom närma sig arbetsmarknaden.

Projektet har genomförts som en randomiserad kontrollerad studie, där deltagarna efter samtycke lottats till att tillhöra kontrollgrupp eller någon av interventionsgrupperna. Studiemetoden är vald i syfte att kunna dra slutsatser med högt vetenskapligt bevisvärde. Förutom de individuella målen för deltagarna är projektets långsiktiga mål att bidra till kunskap om vilka stödinsatser och samverkansinsatser som kan främja arbetsåtergång hos kvinnor med komplex problembild.

Projektet påbörjades januari 2010 och de första deltagarna inkluderas i mars 2010 och de sista inkluderades fram till halvårsskiftet 2011. Projektet har under hösten 2011 fortsatt i landstingets regi och inkluderar i denna fas även män som utförsäkras. Denna del av projektet redovisas inte i denna rapport.

Det föreligger ännu inte några behandlingsresultat med avseende på långsiktigt arbetsåtergång. En utvärdering av dessa mål planeras både av forskargruppen i Uppsala och av Försäkringskassan.

1.2 Bakgrund samverkan

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

Att samverka inom arbetslivsinriktad rehabilitering kan beskrivas som välfärdsstatens nya arbetsform och är ett målinriktat arbete som syftar till att effektivisera de rehabiliterings-resurser som finns i samhället. Forskning visar att samarbete inom arbetslivsinriktad rehabilitering leder till snabbare återgång till arbete, men också förbättrad hälsa och minskad sjukskrivning hos deltagarna i projekten. Samverkan är nödvändig för att förhindra att helhetssynen går förlorad när organisationer och dess aktörer blir allt mer specialiserade inom sina respektive professioner. De framgångsfaktorer respektive hinder som uppkommer i och med denna arbetsform kan dels vara strukturella inom de organisationer som ska samverka, dels hänga samman med arbetsprocessen inom vilken samverkan bedrivs. Både framgångs-faktorer och hinder kan främja samverkan beroende på hur dessa hanteras, olika faktorer är av betydelse för olika typer av situationer.

Personer som utförsäkras ur sjukförsäkringen kommer i kontakt med flera olika myndigheter som har olika uppdrag och perspektiv. Samverkan syftar till att skapa en stödjande struktur för kommunikation inom och mellan berörda organisationer. Samverkan syftar även till att leda processen framåt och skapa en kontinuitet i rehabiliteringen för varje deltagare samt att skapa förståelse och tilltro till de olika organisationernas kunskap och arbetssätt. Att underlätta för individen genom att dels begränsa antalet kontakter inom Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialtjänsten och vård och dels genom att de olika organisationerna har ett gemensamt arbetssätt samt att det finns en tydlig kommunikation mellan aktörerna kan vara av stor betydelse för hur framgångsrik rehabiliteringen och återgången till arbetslivet blir.

1.3. Arbetslivsintroduktionsprogrammet vid Arbetsförmedlingen

Arbetslivsintroduktionsprogrammet, INTRO vänder sig till personer som tidigare uppburit sjukpenning eller sjukersättning från Försäkringskassan men där ersättningsdagarna tagit slut. INTRO-programmet vid Arbetsförmedlingen erbjuder individuella insatser utifrån varje individs behov i syfte att deltagaren ska kunna återgå till arbetslivet. Deltagare kan även få hjälp via INTRO att utveckla drivkraft och motivation inför arbetsåtergång. Programtiden är tre månader eller kortare (Arbetsförmedlingen, 2010).

2. Beskrivning av metod

Projektet har dels utgjorts av en individuell bedömning och interventionsdel som genomförts inom ramen för hälso- och sjukvården, dels har projektet utgjort ett samverkansprojekt mellan de ingående organisationerna med syfte att skapa ett arbetsätt och gemensamt synsätt som tar hänsyn till de olika organisationernas uppdrag men samtidigt optimerar möjligheterna att stödja individernas arbetsåtergång. Projektet har för varje deltagare påbörjats fyra månader innan denne skall utförsäkras och följt individen under och efter introduktionsprogrammet i Arbetsförmedlingens regi (INTRO) upp till ett år efter inklusion. Under perioden innan utförsäkring har deltagarna i interventionsgrupperna kallats för bedömning och behandling. Syftet har varit att påbörja en förändringsprocess som optimerar deltagarnas möjligheter att tillgodogöra sig INTRO-programmet. Behandling och uppföljning har individualiserats efter varje deltagares behov och önskemål.

Projektet har haft två övergripande utgångspunkter som skiljer insatserna från hälso- och sjukvårdens vanliga perspektiv. Den ena är att projektet primärt syftar till arbetsåtergång. Den andra är att fokus har legat på deltagarnas förhållningssätt till sin situation och sina problem och hur dessa bäst kan hanteras.

Två stycken olika behandlingsinterventioner har används: psykoterapi med terapiformen ACT och multidisciplinär teambedömning.

2.1 ACT (Acceptance and Commitment Therapy)

Den psykologiska behandling som erbjuds inom projekt Vitalis kallas Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och är en relativt ny vetenskapligt baserad psykoterapeutisk modell vilket är en vidareutveckling av kognitiv beteendeterapi, (KBT). Till skillnad från klassisk KBT är ACT inte inriktat på att förändra en persons tankar utan syftar mer till att få en individ att acceptera att vissa tankar och symtom finns (acceptance), men att de trots detta inte behöver vara ett hinder för att nå olika mål (commitment). ACT bedöms därmed vara en adekvat terapeutisk metod för personer med kroniska symtom och ohälsoproblem, såsom målgruppen i projektet. Målet med terapin är inte att få bort alla symtom eller bli "frisk" utan att öka möjligheterna att leva ett normalt liv *trots* symtom. Detta synsätt har präglat hela projektets arbetsätt.

ACT utgår från ett dialektiskt förhållningssätt vilket innebär att fokus ligger på såväl aktiv coping som acceptans av svårigheter och symptom. Detta innebär konkret att lägga ned energi på sådant som kan påverkas och att acceptera det som inte kan påverkas. ACT ger upphov till nya sätt att se på olika psykologiska svårigheter och genom dess förändrade perspektiv kan svårigheter som bottenar sig i psykologiska problem mildras genom att lära individen nya förhållningssätt. Behandling utifrån ett ACT-perspektiv siktar på att öka livskvalitet genom att hjälpa personer att förhålla sig med psykologisk flexibilitet till egna hinder för att på så sätt kunna engagera sig i aktiviteter som skapar vitalitet. På så sätt kan problemen lindras vilket därmed bidrar till att avlägsna hinder som annars begränsar individen i dess tillvaro. Metoden går ut på att förändra individens förhållningssätt till sina problem utifrån tre huvudprinciper; medveten närvaro (mindfulness), acceptans och grundläggande värderingar. För många personer inom målgruppen går den mesta av energin åt till att kämpa emot sina hinder. Inom ACT beaktas den pragmatiska verkligheten, fungerar det eller fungerar det inte?

Upplägg

Med hänsyn till målgruppens heterogenitet har upplägget kring behandlingen avsiktligt varit flexibelt. Antal gånger och fokus i behandling har utgått ifrån varje enskild deltagares behov. Internetbehandling och hembesök har ingått i behandlingsrepertoaren såväl för skapa flexibilitet som för att öka generaliseringseffekter av behandling.

Vid första behandlingskontakten har en beteendeanalys gjorts. Deltagarens beteendemönster har tydliggjorts vilket innefattat hur denne hanterar med- och motgångar i livet. Detta relateras till deltagarens mål och värdegrund och huruvida hennes sätt att hantera olika situationer i livet tar henne i riktning mot dessa mål eller ej. Utifrån denna analys läggs behandlingen upp. ACT-modellen innefattar sedan sex grundprocesser med överlappande och samtidigt avgränsade fokus. Dessa processer adresseras under behandlingen och är medveten närvaro, acceptans, perspektivtagande, självbild, värdegrund och åtagande. Beroende på deltagarens svårigheter läggs olika fokus på olika processer. I praktiken handlar arbetet om att se skillnaden mellan vad som går att påverka och vad som inte går att påverka, att hålla siktet på vad deltagaren behöver i ett långsiktigt perspektiv och att ta steg utifrån dessa parametrar. Deltagaren jobbar med hemuppgifter och åtaganden mellan sessionerna. Delar av behandlingen har genomförs via internet.

I genomsnitt har behandlingen innefattat ca 15 sessioner.

Det görs en sammanställning av den behandlande psykologen som delges personen och dess handläggare vid avstämningsmötet. Deltagaren får då även möjlighet att lämna sina synpunkter kring utformningen och innehållet i dokumentet, för att därefter godkänna detta. Dokumentet delgavs sedan till Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att kunna användas som underlag för de båda parternas fortsatta bedömning och handläggning kring deltagaren. Om behov bedömdes finns möjlighet att fortsätta behandling även efter det att personen skrivits in i INTRO hos Arbetsförmedlingen.

2.2 Multidisciplinär teambedömning

Det multidisciplinära teamet har bestått av läkare, psykolog, arbetsterapeut och socialsekreterare. Alla dessa specialister har enskilt träffat varje deltagare för att bedöma deltagarna utifrån olika perspektiv med målsättning att identifiera hinder och resurser som direkt eller indirekt kan påverka möjligheterna till arbetsåtergång. (se bilaga 3).

Team-bedömningen gjordes under två dagar, med två bokade möten per dag hos respektive speciallist (om så var möjligt). Ingen särskild ordning beaktades vid inbokning med respektive speciallist. Nästkommande vecka hade de fyra professionerna en gemensam teamkonferens där varje enskild deltagares behov av lämpliga rehabiliteringsinsatser diskuterades utifrån föregående bedömningar. Syftet med teamkonferensen var att gemensamt komma fram till ett förslag på åtgärdsplan där den gemensamma målsättningen skulle vara att optimera deltagarens möjligheter till

återgång i arbete. De faktorer som skulle bedömas för varje förslag till åtgärd och som skulle dokumenteras var (se bilaga 3).

Typ av åtgärd

Syftet med åtgärden

Förväntat resultat

Tidsplan/ansvarig

Uppföljning (bilaga 8)

När varje specialist genomfört sin bedömning har teamet träffats för att tillsammans ringa in deltagarnas situation och ge förslag på ett individualiserat behandlingsupplägg. Sammanställningen har skett på ett strukturerat vis och dokumenterats i patientjournalen. Därefter har en eller två kontaktpersoner träffat deltagaren och återkopplat teamets förslag. Utefter varje deltagares önskemål har därefter olika insatser och behandlingar dragit igång.

Följande är exempel på insatser som kan ha föreslagits/initierats.

Läkare: Remiss för vidare utredning hos annan specialist. Kontakt med andra vårdgivare för att klargöra/informera.

Psykolog: samtalsterapi i form av ACT för att förbättra den psykologiska flexibiliteten.

Arbetsterapeut: besök på arbetsplats eller i hemmet, kartläggning kring ergonomi, aktivering via arbetsterapins verkstad.

Socionom: Genomgång av ekonomi och ekonomiska konsekvenser av utförsäkring. Hjälpt med kontakter inom socialförvaltning mm.

För utförligare beskrivning av arbetsätt för varje specialist se avsnittet om personal.

Återkopplingsmöte

Resultatet från bedömningarna och behandlingarna delgavs till deltagaren vid ett återkopplingsmöte. Vid mötet medverkade deltagaren sedan i upprättandet och utformningen av en slutgiltig åtgärdsplan. Åtgärdsplanen skulle sedan ligga till grund för genomförandet av individens rehabilitering, innan individen påbörjade INTRO, vid Arbetsförmedlingen.

Rehabiliteringsprocessen inleddes så snart det var möjligt.

Varje deltagare hade under tiden för deltagande i studien en utsedd kontaktperson, vilken fastställdes vid team-konferensen. Deltagarens ordinarie behandlande läkare fick av projektets läkare kännedom om att personen deltog i projektet Vitalis.

Avstämningsmöte

Fyra månader efter genomförd intervention, strax innan INTRO inföll och i samband med att deltagarens sjukpenning/sjukersättning upphör, hålls ett avstämningsmöte mellan deltagaren och kontaktpersonen i Vitalisprojektet för uppföljning av rehabiliteringen. I team-spåret gör kontaktpersonen inför mötet en sammanställning av de rehabiliteringsåtgärderna som deltagaren erhållit under tiden i projektet samt var i rehabiliteringsprocessen deltagaren befinner sig vid den aktuella tidpunkten.

2.3 Kartläggningsmöte och annan samverkan med Arbetsförmedling och Försäkringskassan

När deltagaren ska påbörja Arbetslivsintroduktion hålls ett kartläggningsmöte på Arbetsförmedlingen. Vid kartläggningsmötet deltar deltagaren tillsammans med sin kontaktperson i Vitalis och arbetsförmedlaren i Arbetslivsintroduktion. Vid mötet redogörs för teambedömningen och vilka insatser som genomförts och är planerade inom ramen för Vitalis och utanför projektet. En planering för tiden i arbetslivsintroduktion gör s upp.

Ett gemensamt avstämningsmöte brukar planeras in vid slutet av arbetslivsintroduktion. Förutom detta sker vid behov fortlöpande uppföljningar tillsammans med Arbetsförmedlingen.

Vissa deltagare skrivs in i andra program på Arbetsförmedlingen och i dessa fall fortsätter samverkan med Arbetsförmedlingen under deltagarens tid i projektet. I vissa fall där återgång till sjukförsäkringen varit aktuellt har ibland även Försäkringskassan deltagit i ett möte inför avslut på Arbetsförmedlingen.

2.4 Processen för kontroll-gruppen

Kontrollgruppen erhöll det sedvanliga stödet från hälso- och sjukvården och Försäkringskassan fram till påbörjandet av INTRO. Försäkringskassan erbjöd alla deltagare att delta i ett individuellt möte tillsammans med handläggare från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Vid mötet delgavs deltagaren information om INTRO samt gavs möjlighet att ställa frågor.

3. Samverkan

Projektet är ett samverkansprojekt dels genom projektgruppens sammansättning, dels genom arbetsätt gentemot andra rehabiliteringsaktörer, främst Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

En socionom har på heltid deltagit i kliniskt arbete och samverkan. En projektkoordinator från Arbetsförmedlingen har arbetat heltid i projektet och har bistått handläggarna vid Arbetsförmedlingen med information både om projektet och enskilda deltagare. Arbetsförmedlingens handläggare har förmedlat kunskap om arbetsmarknadsläget och de krav som arbetsmarknaden ställde på individen. En projektkoordinator från Försäkringskassan har arbetat heltid i projektet med urval samt att bistå handläggarna vid Försäkringskassan om information om projektet. Projektet har kontinuerligt under projekttiden haft möten med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att delge deras personal hur projektet framskrider samt diskuterat olika sätt att närma oss varandra i samverkan. Nedan i tabell 1 ges en kortbeskrivning om vilka styrkor, svagheter och lärdomar som vi dragit hittills i projektet.

Samverkan på nationell nivå har skett via ett kontinuerligt kunskapsutbyte i samband med fysiska träffar med de övriga projekt som erhållit medel via Försäkringskassan centralt (Göteborg, Malmö och Haninge). Kunskapsförmedling har skett regelbundenhet med andra aktörer inom länet (primärvård, smärtenheten, rehabiliteringsgarantins samordnare, psykiatri m.m.) som i samband med medverkan i nationella (t. ex. stressforskningskongressen 2010 och 2011) och internationella vetenskapliga möten (t. ex. planerad aktiv medverkan i form av poster och workshop kring arbetsmetoden med ACT i projektet vid ACBS World Conference IX, Parma 11-15 juli, 2011).

Samverkan med andra vårdgivare och myndigheter

I många fall har det funnits behov att samverka med andra vårdgivare och myndigheter. Formerna har varierat utifrån individens behov: telefonsamtal, flerpartsmöten, gemensamma hembesök, nätverksmöten m m.

Samverkanspartners kan vara läkare eller annan personal från primärvården eller psykiatri, boendestödjare, kontaktperson från socialtjänsten, habiliteringen, personligt ombud, kommunens arbetsterapeut, m m.

Tabell 1. Erfarenheter av samverkan

Styrkor	Svårigheter	Lärdomar
Fler enheter och organisationer involveras.	Begränsad tid för deltagarna. Svårt att påverka regelverket hos de olika organisationerna. Regelverket inom socialförsäkringen och de förändringarna som skett påverkar målgruppens motivation.	Samverkan – alla arbetar i en process med samma målgrupp.
Skapar en helhetssyn på målgruppen.	Gruppen varit borta från arbetslivet en mkt lång tid.	Kompetensöverföring mellan de olika professionerna och organisationerna.
Vi arbetar i en process mot ett gemensamt mål.	En målgrupp med stor heterogenitet. Flera olika diagnoser.	Målet arbetsåtergång hos alla.
Det skapas en stödjande struktur för hur arbetet ska bedrivas.	Olika behov hos individen, många var sjukare än väntat.	AF är en viktig samverkanspartner. Med mycket kompetens
Gemensamma utbildningsinsatser för medarbetarna i olika organisationer.	Olika organisationer har olika mål i sitt uppdrag men arbetar med samma målgrupp.	Nya projekt och ny verksamhet i ett nystartat kompetenscentrum.
Individen/patienten har varit i fokus hos alla.		
Skapas en process som leds framåt utan att stanna upp eller avbrytas.	Flera har fel diagnoser eller har tidigare inte fått rätt vård. Många med dubbla diagnoser. Tog tid att rekrytera in personal så att vi var fulltaliga Ingen uppstartstid i projektet där vi hade möjlighet att lära känna varandra.	

4. Beskrivning av rekrytering av deltagare

Rekrytering av deltagare har skett utifrån de individer i Uppsala län som utförsäkras från sjukförsäkringen under den aktuella tidsperioden och vars arbetsoförmåga enligt försäkringskassans uppgifter varit en följd av psykisk ohälsa och/eller smärta.

Urvalet har gått till i två steg. Först har samtliga individer som riskerar att utförsäkras och med denna typ av problematik identifierats av person anställd vid

Försäkringskassan men verksam på heltid som projektkoordinator inom projektet.

Totalt sett identifierades 833 personer som förväntades utförsäkras under perioden juni 2010 till juni 2011 och.

Därefter har urvalet förfinats där Lill samt personer med hälso- och sjukvårdsutbildning (varav minst en läkare) har bedömt om inklusionskriterierna är uppfyllda, samt att inga exklusionskriterier förelegat. Det förfinade urvalet baserades på försäkringskassans senaste föredrags missiv, samt vid behov även intyg från sjukskrivande läkare och eventuell andra aktuella händelser eller handläggarkontakter i Försäkringskassans handlingar. Vid det förfinade urvalet arbetade gruppen för att uppnå konsensus vid beslut om inklusion och exklusion. Vid avvikande åsikter rådfrågades ibland handläggare och vid några fall återkopplades fall till projektets stora projektgrupp för att principiellt diskutera lämpligheten/möjligheten att inkludera personer med olika typer av mångfacetterad och/eller specifik problematik.

Följande inklusions- och exklusionskriterier har tillämpats:

Inklusionskriterier

- Kvinnligt kön
- Sjukskrivning minst 25 %, 100 % prioriteras
- Problem med psykisk ohälsa och/eller smärtproblematik
- Arbetsför ålder 20-64 år

Exklusionskriterier

- Allvarlig suicidrisk
- Pågående missbruk
- Psykiska sjukdomar med aktiva skov som kräver medicinering, ffa bipolär sjukdom och psykos

Under perioden mars 2010 till november 2010 tillämpades även nedanstående exklusionskriterier:

- Deltagande i annat samverkansprojekt
- Deltagande i annan rehabilitering till tidigare arbetare
- Annan pågående psykologisk behandling

Utgångspunkten med de tre ovanstående exklusionskriterierna var att inte störa en redan pågående arbetsrehabiliteringsprocess eller pågående psykoterapi, men efter beslut i styrgruppen under hösten 2010 togs dessa bort eftersom de inte ansågs ändamålsenliga. Personer i samverkan/eller rehabilitering bedömdes vara motiverade och kunna dra nytta av interventionen. Vad gäller psykoterapi visade det sig att de uppgifter som fanns i Försäkringskassans handlingar sällan var uppdaterade, och bedömningen gjordes att i de fall där deltagare hade fungerande och pågående psykoterapi kunde denna hanteras inom interventionen.

I praktiken tillämpades ytterligare ett exklusionskriterium: så stora språk svårigheter att det förelåg tolkbehov, något som inte ansågs möjligt inom interventionen. Totalt fem personer exkluderas i det första urvalet på grund av att de inte behärskade svenska språket.

Utifrån det totala urvalet på 833 personer exkluderades 178 personer vid det förfinade urvalet. De viktigaste orsakerna till exklusion framgår av tabellen nedan:

Tabell 2. Orsaker till exklusion

Orsaker till exklusion	Antal
Svår psykisk sjukdom*	63
Fel diagnos (uppfyller ej inkl. kriterier på psykisk ohälsa/smärta)	50
Deltar i annat projekt**	16
Annan pågående psykologisk behandling**	14
Förändrad sjukförsäkringsstatus: varaktig/indragning/frisk/ålderspension	10
Suicidrisk	8
Flyttat från länet	7
Talar inte svenska	5
Pågående missbruk	5
Totalt:	178

* Psykos, bipolär sjukdom, mycket grav depression, grav personlighetsstörning eller utvecklingsstörning.

** Dessa exklusionskriterier tillämpades ej efter nov 2010

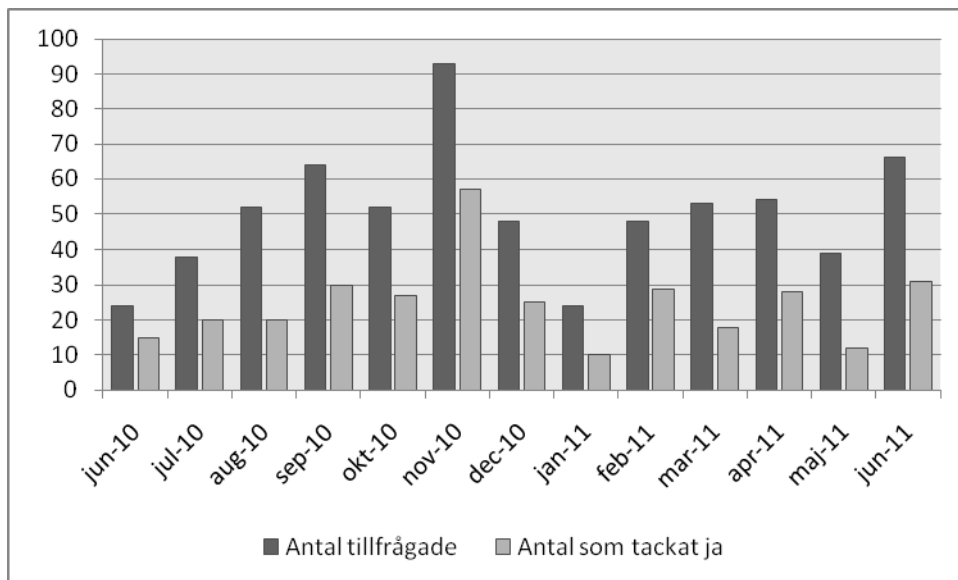
Av de 655 som valdes ut och brevledes informerades och tillfrågades tackade 322 (49 %) ja till medverkan i projektet. En påminnelse gick ut per brev till dem som inte svarat och flertalet deltagare söktes även per telefon för att ge information och be dem aktivt ta ställning. Sammanlagt 118 personer (18 %) tackade nej via telefon eller svarsbrev; 215 personer (33 %) hörde aldrig av sig.

Urvalet har skett fortlöpande. Varje månad har de deltagare vars sjukersättning upphört inom fyra månader identifierats och från dessa listor har sedan de individer som bedöms vara lämpliga utifrån inklusions- och exklusionskriterier valts ut. Vid frågor om pågående aktiviteter i ärendet har den personliga handläggaren på FK kontaktats för mer information. Handläggarna har haft möjligheten att föreslå tänkbara individer, men de har inte aktivt behövt söka efter dem. De individer som bedömts vara aktuella har identifieras utifrån FK:s interna system.

Urvalsförfarandet bedöms vara en framgång, inte minst mot bakgrund av att deltagarna identifierats direkt på Försäkringskassan utifrån samtliga individer som riskerat att utförsäkrats. Målgruppen har mycket omfattande och skiftande ohälsoproblem men genom information per brev och via telefonkontakt har andelen som samtyckt till deltagande varit tillfredsställande och högre än i andra likartade projekt.

När urvalet var klart har ett informationsbrev med intresseanmälan och samtycke skickats ut, med frangerat svarskuvert ställt direkt till projektkoordinator vid Försäkringskassan. Efter det att deltagaren tackat ja och till Försäkringskassan skickat in ett undertecknat samtycke har deltagarna randomiserats till någon av de olika grupperna. Randomiseringen har skett i förhållandet 1:1:1 och blockrandomisering har tillämpats för att få likvärdigt stora grupper.

Handläggaren vid FK har fått information om att personen kommer ingå i projektet och att överlämningsmöte med AF kunnat bokas. Namnen på deltagarna, kontaktuppgifter till deras handläggare på FK tillsammans med kopior på samtycket och tidigare utredningar, SASSAM, LOH mm har lämnats både till projektets team och till Arbetsförmedlingen. Därefter har deltagarna kallats till mottagningen på Akademiska sjukhuset för bokning av bedömnings- och behandlingstider. Antalet tillfrågade respektive randomiserade (de som tackat ja) fördelat på projektidens månader framgår i tabellen nedan:



Figur 1. Antal som tillfrågats respektive randomiserats fördelat på de månader projektiden löpt:

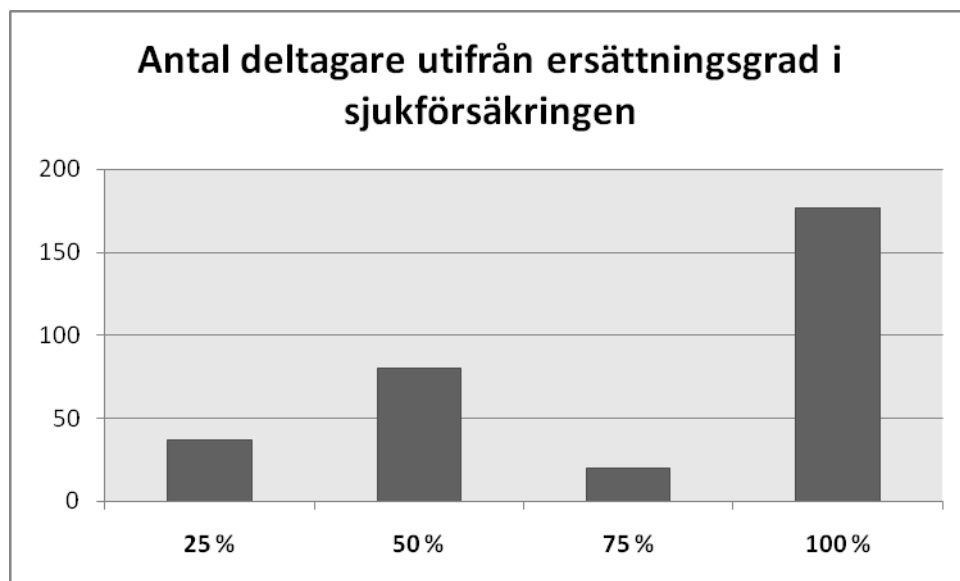
Rekryteringsmetoden bedöms vara en framgång, inte minst mot bakgrund av att flera samtida likartade projekt haft svårigheter att uppnå rekryteringsmålen. Rekryteringsmetoden i Vitalis resulterade i något fler deltagare än vad som angetts i projektplanen. Av de totalt 322 deltagarna har 314 ingått i forskningsgruppen, vilket beror på att forskningsdata först kunde samlas in efter att projektet godkänts i etikprövningsnämnden.

5. Beskrivning av målgrupp

Urvalskriterier för målgruppen har redogjorts för.

Av 314 deltagare hade 63 % (198) en anställning eller var egna företagare och 37 % (116) var arbetslösa.

Den absoluta majoriteten av deltagarna stod på sjuk- och aktivitetsersättning när de inkluderades i projektet; cirka 10 % av deltagarna stod på sjukpenning. Graden av ersättning från sjukförsäkringen hos deltagarna framgår av tabellen nedan.



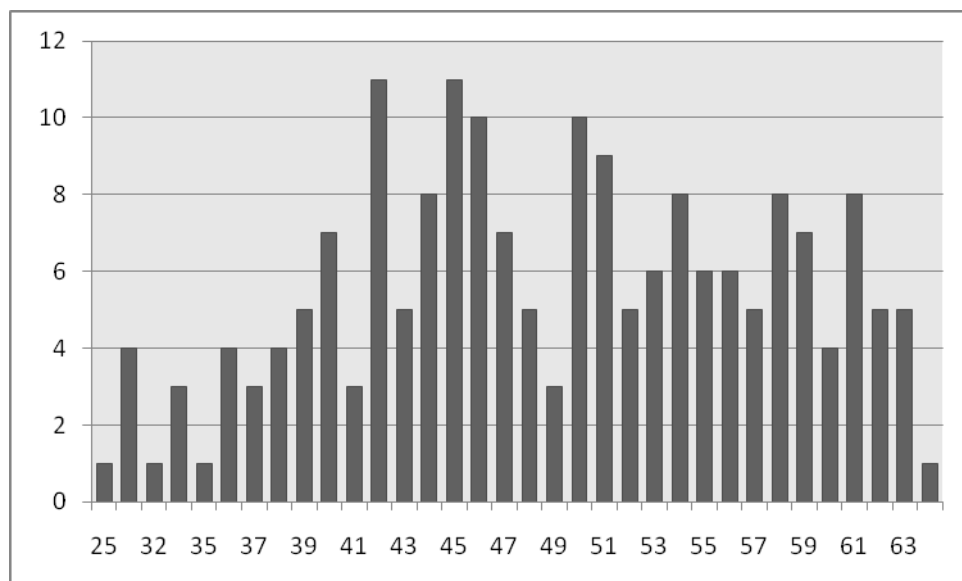
Figur 2. Antalet deltagare utifrån ersättningsgrad i sjukförsäkringen

Ett huvudsakligt inklusionskriterium var att deltagarna skulle ha någon form av problematik som omfattar psykisk ohälsa och/eller smärta. Inklusionsförfarandet var generöst för att kunna möta ett samhällsbaserat problem, vilket resulterade i en mångfald av olika tillstånd. Det fanns en stor variation av sjukskrivningsdiagnoser. Sjukskrivningsintyg och läkarintyg omfattar vanligen bara en eller två diagnoser, men överlag har målgruppen betydligt fler diagnoser. Exempel på de diagnoser som utgjort sjukskrivningsdiagnoser återfinns i bilaga 4.

Projektet har inte haft som mål att ställa ytterligare diagnoser, men om misstanke om att en deltagare haft en hittills okänd/icke behandlad åkomma så har utredning/behandling påbörjats. Erfarenheten visar att deltagarna överlag har betydligt mer samsjuklighet (fler diagnoser) än vad som framgår av Försäkringskassans handlingar.

Undersökningsgruppen har följts med enkäter vid fyra tillfällen under projektiden. Vid tiden för denna rapportens färdigställande ingår 189 personer i databasen. Baserat på uppgifter från denna grupp ligger målgruppens ålder mellan 25 och 64 år, med en medelålder på 49 år.

Åldersfördelningen framgår av grafen nedan:



Figur 3. Åldersfördelning på deltagarna (n=189).

Baserat på 187 svaranden ser målgruppens utbildning ut enligt tabell 2.

Tabell 3. Målgruppens utbildningsnivå

Utbildning	antal	%
Grundskola/Folkskola/Realskola	26	14
Gymnasieskola 2 år eller kortare	50	27
Gymnasieskola mer än två år	18	10
Universitet/Högskoleutbildning	61	33
Annat*	29	16
Totalt	187	100 %

* Bland annat utländsk grundutbildning

Omkring 17 % av deltagarna är födda i ett annat land än Sverige. Målgruppen har således uppvisat stor heterogenitet vad gäller ålder, utbildning, sjukskrivningsgrad och sjukskrivningsorsaker.

5.1 Bortfall under projektet

Under projektets gång har totalt 66 personer av 314 (21 %) valt att avsluta projektet på eget initiativ eller exkluderats på projektets initiativ. Den främsta orsaken till bortfall har varit att deltagarna aldrig kommit till planerande möten eller att de uppgivit att de inte längre velat vara med i projektet. Andra skäl där deltagaren själv valt att avbryta är att de påbörjat en fungerande arbetsträning eller anställning och därmed inte anser att de har tid/möjlighet/behov av att delta. I några fall har individer exkluderats av projektet, vanligen på grundval av allvarlig psykisk ohälsa eller annan pågående och interfererande behandling.

Tabell 4. Bortfallet utifrån grupptillhörighet.

Orsak till bortfall	Team	ACT	Kontroll
Vill ej/uteblivit/aldrig dykt upp	16	10	18
Vill ej på grund av deltagaren bedömt att projektet stör arbetsträning eller pågående arbete	1	5	
Annan pågående interfererande behandling/allvarligt annan sjukdom, pågående okontrollerat missbruk	4	6	
Annan orsak (t.ex. flytt till annat län, fått stadigvarande sjukpension, språksvårigheter)	2	3	1
Totalt	23	24	19

Bortfall av deltagare i de båda grupperna i studien registrerades i en särskild loggbok upprättad för Vitalisprojektet.

6. Beskrivning av personal

Projektet har haft två interventionsarmar, en där deltagarna erhållit psykologisk behandling med terapiformen ACT samt en där bedömning/behandling skett av ett multidisciplinärt team bestående av läkare, psykologer, en arbetsterapeut, en socionom. I ACT-gruppen har deltagarna endast träffat psykolog som därefter lagt upp en individuellt anpassad terapiplan. Det har varit fem psykologer anställda som enbart arbetat i ACT-spåret.

I teamgruppen har deltagarna individuellt träffat varje nämnd profession under 1-2 timmar för bedömning. Därefter har teamet träffats för överläggning (utan deltagare) om bedömning och behandlingsupplägg.

Nedan ges en beskrivning av de arbetssätt/verktyg som varit utgångspunkten för de olika professioners kliniska bedömning av deltagarna.

Läkare

Teamets läkare har gått igenom tidigare och nuvarande hälsotillstånd; sjukskrivningsorsak, aktuell position i rehab-kedjan; nytillkomna diagnoser, genomförda behandlings- och rehabiliteringsinsatser, bedömning av funktionsförmåga och bedömning av genomförda insatser för att träna funktionsförmåga. Betydelse av livsstilsfaktorer, hälsofrämjande insatser och bedömning av vilka individspecifika hinder och resurser som finns.

Läkare har även använt sig av depressionsskattningsinstrumentet MADRS samt bedömt deltagarna symptom/funktion utifrån GAF, Global Assessment Functioning Scale.

Psykiatrisk screening har genomförts med instrumentet M.I.N.I (Mini-International Neuropsychiatric Interview) av antingen läkare eller psykolog.

En viktig uppgift för läkaren har varit att i samråd med övriga team-medlemmar ta ställning till om ytterligare medicinsk utredning/behandling är indicerad och i så fall om detta bör ske inom ramen för projektet eller av annan vårgivare. Läkare har skött kontakt med andra vårdgivare och om samtycke från deltagare informerat dennes fasta vårdkontakt (husläkare) om projektets och dess syfte.

Psykolog

Projektets psykologer har gjort en beteendeanalys baserat på patients egen beskrivning av sin problembild. Analysen har utgått ifrån etablerade omständigheter, respondent betingning, diskriminativt/a stimuli, respons och problembeteende samt förstärkningsmekanismer. Analysen har syftat till att kartlägga hur den aktuella problembilden påverkar/begränsar deltagaren i dennes livsföring och vilka etiologiska och vidmakthållande faktorer som finns. Vidare har analysen syftat till att identifiera krav och stressfaktorer samt vilka strategier som deltagare har för att hantera problemen beteendemässigt och kognitivt/emotionellt. Slutligen har psykologen gjort bedömning av intresse, behov och förväntad nytta av psykoterapi inom ramen för projektet.

Psykiatrisk screening har genomförts med instrumentet M.I.N.I (Mini-International Neuropsychiatric Interview) av antingen läkare eller psykolog.

De deltagare som randomiserats till ACT-gruppen har därefter erhållit psykoterapi med terapiformen Acceptance and Commitment Therapy.

I team-gruppen har psykologens uppgift varit att tillsammans med teamet göra en bedömning om Acceptance and Commitment Therapy är en lämplig behandling för individen.

Arbets terapeut

Projektets arbets terapeut har besökt deltagaren på arbetsplatsen eller i hemmet. Kartläggningar kring ergonomi och aktivisering har genomförts genom att projektet använt Akademiska sjukhusets och arbets terapeutins verkstad.

Hon har kartlagt klientens dagliga aktiviteter, aktivitetsmönster och nivå/intensitet, återhämtning/sömn, matvanor, boendemiljö och fritidsaktiviteter. Därefter gjort aktivitetsanalys med Model of Human Occupation (MoHO) som teoretisk grund och med hjälp av Canadian Occupational Performance Measure (COPM), tillsammans med deltagaren identifierat problemområden och vilka aktiviteter som deltagaren värderar högt. Vidare har arbets terapeut inhämtat uppgifter om utbildning, arbetshistorik, arbetsuppgifter, psykosocial och fysisk arbetsmiljö, trivsel på arbetsplats, färdigheter vid utförande av arbete samt klientens egen vision om arbetsåtergång.

I de fall där så behövs har arbets terapeut haft nära samarbete med distriktsarbets terapeut och/eller arbets terapeut på arbetsförmedlingen.

De strukturerade instrument som använts för vokational analys är: Worker Roll Intervju (WRI), Work Impact Scale (WEIS-S, ver2), Assessment of Work Characteristics (AWC) och Assessment of Work Performance (AWP).

Frågor som beaktats vid aktivitetsbedömning

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

Klientcentrerad intervju baserat på frågor och erfarenheter från DUR-projektet¹ (Dokumentation, Utvärdering och Resultat) i Göteborgs kommun.

Socionom

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

- Uppväxtförhållanden
- Familjesituation (civilstatus, ev. partners aktuella sysselsättning, barn)
- Förhållande kring barn (skola, barnomsorg, särskilda omständigheter kring barnen)
- Privat nätverk och socialt stöd (känslomässigt stöd, informativt stöd, materiellt stöd, tillfredsställelse med situationen).
- Professionellt nätverk (ev. behandlingskontakter)
- Boende (hur, var, hur stort, hur många, tillfredsställelse med boende)

- Ekonomi (hushållets försörjning, inkomster, skulder, skulder till kronofogde, medlem/rätt till A-kassa, tillfredställelse med den ekonomiska situationen, behov av rådgivning eller insatser).

Bedömningen av socionom har sparats i patientjournalen.

Projektkoordinator vid Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

I Projektet deltog även en representant från Arbetsförmedlingen och en representant från Försäkringskassan. Arbetsförmedlingens representant bidrog med kunskap om arbetsmarkandsläget och de krav som arbetsmarknaden ställde på individen. Arbetsförmedlingen hade även möjlighet att göra enskilda bedömningar av deltagarnas möjlighet att återgå till arbetslivet och hade kännedom om de möjligheter som fanns att tillgå. Koordinatorn från Försäkringskassan stod för urvalet och kontakten med de handläggare personerna hade vid Försäkringskassan.

Om en deltagare ville påbörja arbetsträning redan under tiden för rehabiliteringen eller planera för arbetsåtergång togs en kontakt med deltagarens handläggare på Försäkringskassan samt utsedd representant på Arbetsförmedlingen gällande detta.

7. Redovisning av kostnader

Tabell 4. Projektets totala budget och utfall per den 2011 06 30

Totalbudget 1 januari 2010 - 30 juni 2011		10 202 650	
Bidragande:	FK via SoF	6 467 650	
	SoF	1 055 000	
	Tot utbet från SoF	7 522 650	
	LUL, rehabgarantin (urspr prognos)	2 680 000	
	Tot projektet	10 202 650	
Fördelning kostnader:		Total budget	Totalt utfall
Landstinget CEOS*		5 245 650	5 608 087
	Egen personal	4 608 650	5 302 386
	Övriga kostnader	482 000	184 575
	Projektspecifika kostnader	155 000	121 126
FK		759 000	715 537
	Egen personal	759 000	715 537
AF		759 000	679 911
	Egen personal	759 000	679 911
Uppsala kommun		759 000	519 115
	Egen personal, soc.sekr	759 000	519 115
Tot att rekv fr SoF		7 522 650	7 522 650
Egna kostn SoF		0	
Tot kostn SoF		7 522 650	7 522 650
LUL egenfinansiering*		2 680 000	442 570
	Egen personal	2 020 000	418 425
	Övriga kostnader	660 000	24 145
Tot projektet		10 202 650	7 965 220

Projektet hade en budget på totalt 10 202 650 kronor. Bidraget från Försäkringskassan via Samordningsförbundet var 6 467 650 kronor. Samordningsförbundet i Uppsala Län medfinansierade projektet med 1 055 000 kronor. Landstinget budgeterade för en medfinansiering på 2 680 000 kronor via Rehabiliteringsgarantin (den blev dock inte så stor pga att alla deltagare inte kunde behandlas inom ramen för vad som gäller inom denna garanti). Fram t o m juni 2011 var utfallet 7 522 650 kronor. Överskjutande del (främst de pengar som var kopplade till Rehabiliteringsgarantin) finansierade

tillsammans med ett förnyat uppdrag och finansiering från Samordningsförbundet en förlängning av projektet t o m mars 2012.

Kostnaderna i projektet har främst legat på löner till personal i projektet.

8. Egen uppföljning och planerad framtida utvärdering

Vitalis är en prospektiv randomiserad interventionsstudie som vänder sig till kvinnor i Uppsala län som utförsäkras ur sjukförsäkringen under perioden mars 2010 till och med juni 2011. Under denna period utförsäkras totalt sett cirka 1200 kvinnor varav projektet vänder sig till alla med sjukskrivningsproblematik som utgörs av psykisk ohälsa och/eller smärtproblematik. Försäkringskassan avser att endast utvärdera mycket begränsade frågeställningar på uppdrag av Socialdepartementet. Detta sker via statistik hämtat från gemensamt register (MIKO, minska kvinnors ohälsa) på en begränsad del av behandlingsgruppen (ca 100 deltagare totalt).

Forskargruppen i Uppsala har designat studien som ett vetenskapligt projekt med möjligheter att utvärdera både interventionsgrupper och kontrollgrupp via både register, enkäter, journaldata och intervjuer. Vi har sökt medel inom REHSAM men ännu inte fått medel beviljade för att kunna genomföra nedan presenterade utvärdering.

Om medel beviljas så kommer en sammanställning och deskriptiva frågeställningar av målgruppen att påbörjas att besvaras under sen höst 2011. Ettårsuppföljning för den första delen av interventionsstudien kan ske när samtliga dessa deltagare har avslutat projektet för minst ett år sedan, vilket infaller 2012-03. Vi har även som mål att kunna göra en två-års uppföljningen ytterligare ett år senare.

8.1 Syften som projektet ytterligare syftar att undersöka

Det huvudsakliga syftet är att testa två typer av interventioner mot en kontrollgrupp. Den ena interventionen bygger på multidisciplinär bedömning, som syftar till att korta beslutsvägar och göra en sammanvägd bedömning vilka insatser som bäst främjar individens möjligheter till arbetsåtergång. Omkring hälften av individerna i den multidisciplinära gruppen erbjuds individuell psykoterapi utifrån ACT.

I den andra interventionsgruppen erhåller samtliga deltagare individuell psykoterapi med ACT.

Vi vill förutom ovan syften fördjupa kunskapen kring vad som kan göras för att underlätta arbetsåtergång för personer med psykisk ohälsa och/eller problem med smärta/rörelseapparat och som utförsäkras ur sjukförsäkringen.

Specifika frågeställningarna som projektet syftar att ytterligare undersöka:

- Att utifrån befintligt insamlat material deskriptivt beskriva undersökningsgruppens hälsotillstånd utifrån sjukskrivningsdiagnos, sjukskrivningsgrad, psykiatrisk morbiditet samt självskattningsformulär av arbetsförmåga och psykisk ohälsa.
- Att utifrån enkätmaterial insamlat vid fyra tillfällen undersöka hur psykisk hälsa och self efficacy och självskattad arbetsförmåga förändras sig över tid hos gruppen som utförsäkras (i kontrollgrupp respektive behandlingsgrupper).
- Att undersöka om multidisciplinär bedömning (läkare, psykolog, arbetsterapeut, socialsekreterare) med åtgärdsplan bestående av multimodala insatser innan och under utförsäkring är en metod som jämfört med kontrollgruppen ökar sannolikheten arbetsåtergång på kort respektive längre sikt (1 och 2 år efter intervention).

- Att undersöka om psykologisk behandling med ACT (Acceptance and commitment therapy) är en metod som jämfört med kontrollgruppen ökar sannolikheten för arbetsåtergång på kort respektive längre sikt (1 och 2 år efter intervention).
- Utifrån det förlängda projektet (som omfattar totalt 90 personer i behandlingsgrupp och 90 personer i kontrollgrupp) undersöka om anpassad multidisciplinär bedömning med individuell åtgärdsplan bestående av multimodala insatser till både män och kvinnor jämfört med kontrollgruppen kan förbättra arbetsåtergång på kort respektive längre sikt (1 och 2 år efter intervention).
- Att undersöka om en sammanvägning av multidisciplinärbedömning (läkare, psykolog, arbetsterapeut och socialsekreterare) vid en tidpunkt innan utförsäkring kan predicera arbetsåtergång på kort och lång sikt.
- Att utvärdera hur samverkan mellan Försäkringskassa, hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen fungerat och hur detta inverkat på projektets resultat (återgång i arbete).

En specifik frågeställning rör möjligheterna att predicera vilka individer som kommer kunna återgå till arbete. I gruppen som erhållit multidisciplinär bedömning har data samlats in efter att det att läkare, psykolog, arbetsterapeut och socionom träffat deltagaren. Därefter har varje specialist gjort en bedömning av den aktuella situationen samt vilken rehabiliteringspotential de anser att intervention kan ha på sikt. Denna multidisciplinära bedömning kommer att utvärderas beträffande om den kan predicera arbetsåtergång på ett års sikt. Sådana instrument har efterfrågats.

8.2 Studiedesign, metod och arbetsplan

Efter informerat samtycke har deltagarna som inkluderats under perioden 2010-03 till 2011-05 randomiserats (blockrandomisering) till en av tre grupper (1:1:1): en kontrollgrupp som följer sedvanliga rutiner vid utförsäkring och överföring till arbetslivsintroduktionen; en grupp som erhållit multidisciplinär bedömning (av läkare, psykolog, arbetsterapeut och socialsekreterare) med individuell åtgärdsplan; en grupp som erhåller psykologbehandling ACT (Acceptance and commitment therapy, en form av kognitiv beteendeterapi). All bedömning/behandling har skett i hälso- och sjukvårdens regi och har initierats innan individen utförsäkras till arbetslivsintroduktionen, men därefter anpassas individuellt.

Projektet har av Samordningsförbundet förlängts under resterande del av 2011 (från maj) och kommer under denna period inkludera ytterligare 180 personer, varav ca hälften kommer randomiseras till behandlingsgrupp och hälften till kontrollgrupp. Anledningen till ändringarna är att dels att projektet under denna period även kommer inkludera män (gruppen män blir dock betydligt mindre och osäker om vi kan dra några slutsatser om skillnader mellan kvinnor och män), dels att projektet kommer fortsätta med en interventionsgrupp (där läkare och psykolog individuellt träffar varje deltagare och därefter tar ställning till ytterligare utredning/behandling bör göras av arbetsterapeut, sociolog, sjukgymnast) och en kontrollgrupp.

Tonvikt i hela Vitalisprojektet ligger på ACT-perspektivet, vilket kan sammanfattas med att målet med interventionerna inte är att göra individerna "friska" utan att få dem motiverade att våga sig på att arbeta eller arbetsträna trots vissa symtom och visst funktionsbortfall.

Den initiala gruppen på 330 deltagare och den vidareutvecklade interventionsgruppen på 180 deltagare kommer att utvärderas var för sig, då selektionskriterier och intervention skiljer sig något åt. Eventuellt kan resultaten komma att poolas för att uppnå högre power.

Samtliga deltagare i projektet följs från det att de tackar ja till projektet (cirka fyra månader innan utförsäkring) över ett års tid. Samtliga deltagare (även kontrollgrupp) besvarar under denna tid enkäter vid tre tillfällen: efter samtycke, vid tidpunkt då arbetslivs-introduktionen avslutas samt efter fem månader. (Delta gran följs upp under ett år). Enkäterna omfattar frågor om sociodemografi, självskattad hälsa, SF-12, HAD, socialt kapital, self efficacy scale, motivation, GHQ-12, livsstilsvanor, Lintons smärtindex (kortversion). De deltagare som ingår i de två behandlingsarmarna screenas även för psykiatrisk sjukdom (MINI 27) samt självskattar depressivitet med MADRS.

Pengar inom forskningsprogrammet REHSAM är sökta för att kunna analysera dessa data samt att även kunna göra en två-års uppföljning.

Ovanstående frågeställningar kommer att kunna undersökas och analyseras från dokumentation från Försäkringskassan, enkätmaterial samt journaldata. Data rörande status på arbetsmarknad/sjukförsäkring vid tidpunkt 1 år respektive 2 år efter intervention inhämtas från Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan samt i från deltagarna själva. Jämförelse mellan grupper kommer ske med kvantitativ analys med sedvanliga statistiska metoder. Jämförelse hur hälsan utvecklas över tid, mätt med de instrument som angivits ovan, kommer att genomföras med parade analyser över tid.

Faktorer som stärkt/hindrat samverkan mellan de olika myndigheterna kommer att undersökas genom via intervjuer och fokusgrupper med berörda organisationer samt med deltagare i projektet. Kvalitativ analysmetod kommer då att tillämpas.

Projektet genomförs som ett samverkansprojekt där följande organisationer ingår: Samordningsförbundet Uppsala län, Försäkringskassan Uppsala län, Socialmedicin Akademiska sjukhuset, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap Uppsala universitet, Arbetsförmedlingen Uppsala län och Uppsala kommun. I projektet arbetar för närvarande 17 personer, varav tre är läkare, fem är psykologer, en beteendevetare, en arbetsterapeut, en sjukgymnast, en socionom, en projektkoordinator vid Försäkringskassa och en projektkoordinator vid Arbetsförmedlingen.

Arbetslivsintroduktionen är ytterst frågor som bestäms av riksdagsmajoriteten, men oavsett hur denna ser ut föreligger det ett stort behov av kunskap kring vad som kan göras för att underlätta arbetslivsrehabilitering.

8.3 Etiska frågor

Alla projektdeltagare som erhållit behandling har gjort detta inom ramen för den ordinarie hälso- och sjukvården. De omfattas således av sedvanligt patientskydd och patientsekretess. Alla deltagare har fått skriftlig information om projektet och givit sitt skriftliga godkännande till deltagande innan de randomiserats till behandlingsgrupp eller kontrollgrupp. Projektet har varit frivilligt och deltagarna kunde när som helst

avbryta projektet utan motivera orsaken till sitt avhopp. Forskningsprojektet är godkänt av den lokala etikkommittén i Uppsala (dnr: Vitalis 2010/088) och har även i maj 2011 godkänt en förlängning av projektet (som även inkluderar män) (Dnr 2010/088/1).

9. Erfarenheter

Fall 1 "Lisa" (beskrivet av psykolog)

Lisa, var en av de första patienterna i Vitalis. Teambedömning utförd i april 2010.

I början av bedömningsamtalen är Lisa mycket spänd och brister ut i gråt p.g.a. att hon är så nervös. Hon har en komplex problembild med ångest som huvudproblematik, social fobi och tvångssyndrom. Har smärta och andra kroppsliga symtom som utslag, svullen mage, tryck över huvudet samt upplever stor trötthet. Uppger att hon haft svårigheter socialt sedan barndom, och skattar över normalpopulationen för Asperger. Hennes problembild, och då framför allt ångestproblematiken, har lett till att Lisa är totalt isolerad. Hon har flera barn varav tre med särskilda behov, samt har varit hemma (föräldraledig och sjukskriven/-sjukersättning) i 17 år. Hon uppger under bedömningsamtal att hon vill leva och upplever att hon inte gör det. Det fanns inledningsvis frågetecken kring psykotiska symtom varför remiss till psykiatri skickades (det blev ingenting av denna). Lisa erbjuds psykologisk behandling inom projektet (ACT).

Behandlingen innefattade både sedvanlig behandling in vivo samt Internetbehandling. Under behandlingen arbetade vi med att hantera känslor, inte fastna i tankar eller egen självbild, att utforska vad som var viktigt för Lisa och att ta steg i denna riktning. Under de första två månaderna tar Lisa stora steg framåt och lever upp. Hon beskriver hur hon faktiskt börjat leva, vill utmana sig själv mer och börja jobba. Hon skrivs in i arbetslivsintroduktionen 1 juli 2010 och är både nervös, förväntansfull och ivrig. (Undertecknad är närvarande vid kartläggningssammanträde). Hon genomgår utredning på Af hos arbetspsykolog och arbetsterapeut som inte ser några särskilda hinder. Handläggare och Lisa själv söker nu efter arbetsträningsplats. Behandlingskontakten glesas ut och fokus skiftar till vidmakthållande och uppföljning. Att hitta arbetsträningsplats tar dock tid och Lisa blir otålig och frustrerad. I samband med detta handlar kontakten med undertecknad att hantera denna otålighet och situationen i stort. I slutet på september får hon en plats som ska starta i början på november. Lisa har då sedan behandlingsstart fortsatt att fokusera på att ta steg i värderad riktning (vilket innebär stora utmaningar). När det börjar närma sig november får Lisa reda på att hon inte kan börja där (p.g.a. konkurs). Lisa har väntat och väntat och blir förtvivlad av detta men kan hantera detta på ett bra sätt. Ett par veckor senare startar en period av stora psykosociala påfrestningar för Lisa – (hennes barn mår mkt dåligt och omständigheter gör att de i hamnat en hotfull situation och hela familjen måste bo på hemlig ort i flera veckor). Under denna period vill Lisa fokusera på att reda upp de psykosociala problemen i familjen som uppstått, undertecknad har då endast gles kontakt med Lisa för uppföljning.

Vi kontakter handläggare i slutet på januari 2010 för avstämning. Det uppdragas att man på Arbetsförmedlingen är tveksam till om Lisa kommer att klara av att komma ut. Man vill rekommendera Lisa att söka tillbaka till sjukförsäkringen och skrivas ut från Arbetsförmedlingen. Vi förmedlar att Lisa inte kommer att må bättre av att komma tillbaka till sjukförsäkringen, att hon har arbetsförutsättningar samt att Lisa trots hinder har stora resurser. Handläggaren tar till sig av detta samt bokar in ett gemensamt

avstämningsmöte i slutet på februari 2011. Under detta möte framkommer att Lisa under de svåra omständigheter som beskrivs ovan hanterat situationen mycket bra, att det nu lugnat ned sig och att Lisa är redo att ta sig ut och börja arbetsträna. Olika alternativ diskuteras vid möte och både undertecknad och handläggare uppmuntrar Lisa till att själv ta kontakt med potentiella arbetsgivare. På grund av rådande omständigheter följs upp Lisa efter att hon passerat ett år inom Vitalis. I början på maj (vid telefonuppföljning) har Lisa börjat arbetsträna 3 dagar i veckan på en blomsteraffär, trivs bra och är mycket nöjd.

Lisa – ett komplicerat fall och ett exempel på välfungerande samverkan och behandling. Hon beskriver hur hon hanterar motgångar och svårigheter dels genom aktiva strategier och konkreta lösningar och dels genom att förhålla sig till sina egna tankar och känslor på ett mer tillåtande och öppet sätt. Lisa uppger att hon har lärt sig mycket av att ta del av Vitalis men att hon nu inte längre känner något behov av ytterligare kontakt.

Fall 2. "Anna-Lena" (beskrivet av socionom)

Anna-Lena blev sjukskriven år 2000 i samband med separation från sin sons pappa. Mannen hade narkotikaproblem och hade även misshandlat henne psykiskt och fysiskt under lång tid. Även arbetsmässigt hade Anna-Lena vid den tidpunkten en på frestande situation med hög arbetsbelastning och problem i personalgruppen. Sedan år 2000 har hon varit sjukskriven alternativt haft sjukersättning i varierande omfattning. Hennes symtom har varit trötthet, orkeslöshet, nedstämdhet, generaliserad oro, koncentrationssvårigheter, hjärtklappning, yrsel och sömnproblem.

När Anna-Lena kom till projektet april 2010 hade hon 50 % tidsbegränsad sjukersättning och 50 % lönebidragsanställning på kontoret på ett mindre företag. Anställningen hade hon fått genom en arbetsträning som ledde till anställning. Anna-Lena trivdes på sitt arbete. Arbetstider och arbetsuppgifter var anpassade i så hög utsträckning som det var möjligt. Trots detta orkade hon inte riktigt arbeta 50 % och tog ut semesterdagar eller sjukskrev sig ströddagar då och då för att orka med. Hon orkade inte utöva fritidsaktiviteter på det sätt hon önskade och hade svårt att klara med hemmets skötsel.

Anna-Lena var oerhört orolig och ångestfylld inför utförsäkringen. Hon målade upp skräckscenarion om vad den skulle innebära för hennes ekonomi, hälsa och arbetsituation. Hon levde redan på marginalerna och hade inget utrymme för ekonomisk försämring. Hon balanserade på gränsen till att som hon uttryckte det "rasa ihop helt" och var oerhört rädd att inte klara sitt arbete som betydde så mycket för henne. Samtidigt fanns det hos Anna-Lena en vilja till förändring och trots att hon var oerhört uppvarvad och ångestfylld var hon nyfiken på psykologbehandling och på att hitta nya förhållningssätt.

Teamets åtgärdsförslag var att Anna-Lena skulle erbjudas ekonomisk och social rådgivning av socialsekreterare samt aktivitetsstruktur, aktivitets tekniker och ergonomi av arbetsterapeut.

I ett senare skede skulle ACT-behandling av psykolog genomföras.

Jag hade tät kontakt med Anna-Lena inför och under arbetslivsintroduktion. Hennes oro gjorde att hon inte kunde ta till sig information och hon behövde handfast stöd och praktisk hjälp kring utförsäkringsprocessen. Hon försämrades rejält när datum för utförsäkringen närmade sig, men lyckades trots allt gå till sitt arbete. Vi hade många långa samtal och jag följde med på olika besök på Arbetsförmedlingen m fl instanser. Hon fick kontakt med biståndshandläggare på kommunen kring boendestöd och fick även en kuratorskontakt inom primärvården.

Planeringen på arbetslivsintroduktion var att Anna-Lena skulle sträva efter att klara de 50 % hon redan arbetade och fortsätta med de rehabiliteringsinsatser som pågick. Det bedömdes inte som realistiskt att hon skulle utöka sin arbetstid. Anna-Lena blev sjukskriven 50 % efter introduktionens slut, och sjukskrivningen godkändes av Försäkringskassan.

Anna-Lena bodde i Norduppland och hade svårt att orka med resor till Uppsala. Vi kom därför tillsammans fram till att hon skulle gå i KBT-behandling hos den kurator på hemorten som hon hade kontakt med. Kuratorn hade utbildning i KBT.

Under tiden efter arbetslivsintroduktion hade jag regelbundna telefonuppföljningar med Anna-Lena.

Anna-Lena beskrev stora framsteg tack vare KBT-behandlingen. Hon hade fått nya sätt att hantera oro och ångest. Detta hade positiv inverkan på tröttheten vilket gjorde att hon orkade med sitt arbete (50 %) och fler aktiviteter på fritiden samt hushållssysslorna. När vi avslutade kontakten hade det gått drygt ett år sedan Anna-Lena kom med i Vitalis. Hon hade inte ökat sitt arbetsutbud, men hennes arbetsliv och fritid fungerade betydligt bättre.

Vad kontakten med Vitalis gav Anna-Lena var att hennes nyfikenhet och motivation till KBT-behandling väcktes och att hon därmed tog till sig behandlingen hon erbjöds på ett bra sätt.

Hon fick även en del hjälp vad gäller ergonomi och aktivitetstekniker av arbetsterapeut. Det var också först efter det att hon återigen hade sjukpenning och upplevde större trygghet som hon till fullo kunde koncentrera sig på sin behandling.

Den här personen är ett exempel på de deltagare som gör bakslag i sin rehabilitering när de upplever att deras ekonomiska och sociala trygghet ändras och att det tar tid innan de ånyo befinner sig där de var innan de fick besked om utförsäkringen. Det psykosociala stöd hon fick under tiden inför och under arbetslivsintroduktion bidrog med största sannolikhet till att hon klarade att vara kvar på arbetet och inte sjukskrev sig helt, vilket var nära många gånger på den oerhörda oro och ångest hon upplevde inför förändringen.

Bilagor

- 1. Abstrakt presenterat vid den nationella stressforskningskonferensen i Örebro i maj 2011.**
- 2. Projektet Vitalis under Almedalsveckan i Visby juli 2011.**
- 3. Protokoll för multidisciplinär bedömning – Vitalisprojektet**
- 4. Sammanställning av olika diagnoser som de deltagande kvinnorna haft.**

VITALIS - en randomiserad intervention med ACT för att förbättra långtidssjukskrivna kvinnors möjligheter till återgång i arbete

Jenny Thorsell*, Ingrid Anderzén*, JoAnne Dahl**, Anna Finnes*

*Socialmedicin/CEOS, Akademiska sjukhuset, Uppsala

**Institutionen för psykologi, Uppsala universitet

Bakgrund

Mäns och kvinnors sjukskrivningsmönster ser olika ut. Kvinnor har överlag längre sjukskrivningsperioder än män. Kvinnors problematik beskrivs mer frekvent i diffusa termer vilket försvårar insättande av adekvata rehabiliteringsinsatser. Under perioden mars 2010 till juni 2011 beräknas drygt 1 100 kvinnor i Uppsala län utförsäkras från sjukpenning/sjukersättning från Försäkringskassan och överförs till Arbetsförmedlingen.

Syfte

Projektets syfte är att utvärdera huruvida kvinnor med långvarig sjukskrivning bakom sig som behandlas med *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) i högre grad återgår i arbete än en grupp som endast tar del av Arbetsförmedlingens introduktionsprogram.

Metod

Deltagare. Målgruppen för projektet är långtidssjukskrivna kvinnor med psykisk ohälsa och/eller smärtproblematik med fyra månader kvar till utförsäkring från Försäkringskassan innan de skrivs in i Arbetsförmedlingens introduktionsprogram.

Urval. Urval och randomisering till studiens två betingelser görs av Försäkringskassan. 210 deltagare beräknas ingå i projektet.

Intervention. Projektet innefattar två betingelser. En grupp får *Treatment As Usual* (TAU) i form av Arbetsförmedlingens introduktionsprogram. En grupp erbjuds, utöver TAU, psykologisk behandling i form av ACT. Behandlingen anpassas utifrån deltagarens unika förutsättningar och kan innefatta såväl traditionella träffar med psykolog som hembesök och internetbehandling.

Utfallsvariabler. Projektet kommer att utvärderas med avseende på sysselsättning, självskattad hälsa, livskvalitet och funktionsnivå.

Datainsamling. Data samlas in via journal samt via enkät som deltagarna fyller i vid fyra tillfällen (förmätning, in- och utskrivning i/ur introduktionsprogrammet samt uppföljande mätning efter 12 månader).

Projektförklaring

Vitalis är ett samverkansprojekt mellan Samordningsförbundet i Uppsala Län, Socialmedicin/CEOS på Akademiska sjukhuset, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Uppsala Läns kommuner och Uppsala universitet. Projektet pågår fr.o.m. april 2010 t.o.m. juni 2011.

Bilaga 2 - OM KVINNORS OHÄLSA OCH VÄGEN TILLBAKA, Almedalen

Utskrivet från: <http://www.finsamgotland.se/VITALIS>

SAMORDNINGSFÖRBUNDET
finsam
GOTLAND

"Till startsidan"  Försäkringskassan  Region Gotland  Arbetsförmedlingen



Kvinnor har längre sjukskrivningar än män – oftare på grund av psykiskt ohälsa och stress. Många riskerar att bli utförsäkrade. Hur ser fungerande arbetslivsinriktade åtgärder ut för långtidssjukskrivna kvinnor? Vitalis i Uppsala har goda erfarenheter av terapiformen ACT och multidisciplinära team.

Ingrid Anderzén är projektledare för Vitalis.

– Vi vet att kvinnor har nära dubbelt så hög långtidssjukfrånvaro än män. Och skillnaden har ökat sedan början av 1980-talet. Psykisk ohälsa är den största enskilda orsaken till ohälsa hos kvinnor. De vanligaste besvären är depression, ångest och stressreaktioner.

1 200 kvinnor i Uppsala län

2008 reformerades sjukskrivningsprocessen då man införde rehabiliteringskedjan med tidsbegränsningar i sjukersättningen. Tolv månader är nu en maxgräns innan patienten vanligen överskrivs till Arbetsförmedlingen.

– Drygt hälften av vår målgrupp i Vitalis har varit helt sjuksjukskrivna och borta från arbetslivet i medeltal sex till sju år. Det kan synas paradoxalt att de ska rehabiliteras av Arbetsförmedlingen, när de inte lyckats komma tillbaka med stöd av vården. För kvinnorna har den osäkerheten skapat stor oro.

I Uppsala län fanns 1 200 kvinnor med sjukersättning som skulle utförsäkras under 2010.

Forskning saknas

Det finns mycket lite forskning kring de grupper som varit borta länge från arbetsmarknaden. Det saknas också evidens för att behandling är verksamt.

– Dessutom ser vi en tydlig brist på samverkan, där vården, kommunen, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har olika mål och arbetssätt.

Vitalis

Projektet Vitalis är förlagt till Akademiska sjukhuset. 14 personer är anställda, inklusive p från Försäkringskassan, AF och socialtjänsten.

Hela projektet bygger på samverkan för återgång till arbete. Målgruppen är kvinnor som efter lång tid avslutar sin sjukersättningsperiod.

– Det är ett forskningsprojekt knutet till Uppsala Universitet, fortsätter Ingrid Anderzén. Det ska leda till en riktig utvärdering.

Tre grupper

De deltagande kvinnorna har tre till fyra månader kvar innan utförsäkring när de kommer till Vitalis. För att säkerställa vilken metod som är verksamt delas de slumpmässigt in tre grupper:

- kontrollgrupp
- en Team-grupp som träffar läkare arbetsterapeut, psykolog och socialsekreterare.
- samt en grupp som behandlas med KBT och ACT.

ACT

Acceptance and Commitment Therapy, ACT, är en vetenskapligt förankrad psykoteraeutisk metod och en ny form av kognitiv beteendeterapi, KBT.

– Det händer ganska mycket om man varit borta från arbete under sju år, konstaterar psykolog Anna Finnes. Förutom själva sjukdomen påverkas ekonomin, många har upplevt trauman eller sorgligheter. Man har mycket med myndigheter att göra och kan ha svårt att hitta en accepterande relation till dem. Ofta finns också en känsla av att inte vara en del i samhället.

– Den som varit sjuk så länge kanske faktiskt inte blir frisk, förklarar Anna Finnes. Man kanske inte uppnår den egna drömbilden av att vara normal, jämfört med alla andra.

Att förhålla sig till rygsäcken

Där kommer acceptansen in och Anna Finnes illustrerade detta med en rygsäck.

– Tänk att personerna har med sig en rygsäck med problem. Den rygsäcken måste de förhålla sig till för att kunna leva sina liv. Att försöka hålla rygsäcken så lång borta som möjligt, kostar en massa kraft och energi. Lika besvärligt blir det för den som klarar sig fast vid rygsäcken. En grundläggande del i ACT är att kunna acceptera och förhålla sig till det som ligger till grund för sjukskrivningen.

En annan viktigt fråga att ta ställning till är vad som verkligen är viktigt i livet.

– Nära relationer är viktigt för de flesta, liksom aktiv fritid, att sköta om sig – och arbete. Arbete, att bidra och göra något meningsfullt.

Att spela huvudrollen i sitt eget liv

ACT handlar om att hjälpa patienten att komma tillbaka och spela huvudrollen i sitt eget liv.

– Det kan vara ganska små saker som bidrar till stora förändringar. Att byta en passiv roll med en aktiv. Den egna motivationen verkar ofta vara mer betydelsefull för att komma tillbaka till arbete än den diagnos man har.

Effekt och evidens

Syftet med Vitalis är att uppnå en långsiktig effekt med evidens. Projektet har passerat halvtid och slutrapport väntas om ett knappt år.

– Vi kan redan nu se att både Team-gruppen och ACT-gruppen har fått ökad självkänsla och bättre välbefinnande jämfört med kontrollgruppen, berättade Ingrid Anderzén. Det bådar gott att de metoder vi jobbar med ger resultat.

– Det handlar mycket om samverkan, avslutade hon. Och samverkan är som att cykla. Det gäller att hålla processen igång, annars ramlar vi. Det är precis det vi försöker göra!

Frukostseminariet inleddes av *Leif Klingensjö*, Nationella Rådet och SKL.

I publiken fanns sjukgymnast *Maria Borgström*, styrelseledamot i Feministiskt Initiativ.

– Det är ju så här vi ska jobba, alltid och för alla, uppmanade hon.

I publiken fanns också *Gunnar Anderzon* SKL, Sveriges kommuner och landsting avdelningen för lärande och arbetsmarknad.

Kontakt: [Vitalis hemsida](#)

E-post: [Ingrid Anderzén](#)

E-post: [Anna Finnes](#)

Arrangör: Samordningsförbundet Uppsala län, Nationella Rådet och Nationella Nätverket



Tänk att personerna har med sig en ryggsäck med problem. Att försöka hålla ryggsäcken så lång borta som möjligt, kostar en massa kraft och energi.

BILAGA 3. Protokoll för multidisciplinär bedömning – Vitalisprojektet

Syfte

Syftet med föreliggande protokoll är att kvalitetssäkra och dokumentera arbetsgång, process, informationsinhämtning och det underlag för bedömning som kommer göras på patienter som randomiserats till interventionsarmen för multidisciplinär bedömning i Vitalisprojektet.

Process och informationsinhämtning

Samtliga patienter kommer individuellt träffa fyra specialister: läkare, psykolog, arbetsterapeut och socialsekreterare, som var och en utgår från sitt perspektiv för att bedöma arbetsförmåga/hinder för arbetsförmåga samt vilka rehabiliteringsinsatser som kan optimera deltagarens möjlighet till arbetsåtergång. Varje specialist arbetar utifrån följande bedömningsverktyg (uppskattad tidsåtgång inom parentes):

- Läkare (60 min): Medicinsk anamnes, GAF, MADRS-S
- Psykolog (60-90 min): Psykologisk anamnes, beteendeanalys, MINI, MADRS-S
- Arbetsterapeut (60-90 min): Aktivitets- och arbetsrelaterad analys, COPM, WRI, WEIS-S, AWC, AWP
- Socialsekreterare (60 - 90 min): Social och ekonomiskt anamnes

För utförligare information om respektive specialists bedömningsverktyg och frågeställningar, se varje kompetens.

Flöde

Varje patient träffar alla fyra specialister under två dagar, tisdag respektive torsdag under en och samma vecka. Ingen särskild ordning beaktas vid inbokning med respektive specialist. I möjligaste mån dikteras/skrivs journalanteckning så snart som möjligt, vilket innebär att resultatet från de första bedömningsamtalen kan/bör finnas tillgänga som underlag för de senare.

Obs - den som först träffar patienten är ansvarig för att fråga efter den ifyllda enkäten. Om enkäten inte tagits med till andra mottagningsdagen skall patienten uppmanas att fylla i enkäten på plats i anslutning till mottagningsbesöket. Syftet är att maximera svarsfrekvensen.

Samverkansmötet, där alla fyra specialisterna deltar, sker nästpåföljande måndag och deltagaren informeras om ett framtaget rehabiliteringsupplägg fredag samma vecka. Hela processen från första bedömning tills att åtgärdsplanens presenteras och förankras hos deltagaren tar tio dagar, varefter eventuella rehabiliteringsinsatser bör påbörjas så snart som möjligt. Ingen av de ingående specialisterna är förutbestämd att vara den som återkopplar den föreslagna rehabiliteringsplanen till deltagaren - vem det blir beslutas utifrån personkemi och tyngdpunkten på de föreslagna rehabiliteringsinsatserna.

Team-möte

Syftet med team-mötet är att fastslå en rehabiliteringsplan som omfattar flera perspektiv men med det gemensamma målet att optimera möjligheterna för arbetsåtergång. Varje specialist skall utifrån sitt perspektiv bedöma vilka rehabiliteringsinsatser som kan vara lämpliga. För varje föreslagen åtgärd skall följande faktorer bedömas och dokumenteras:

a) typ av åtgärd, b) syftet med åtgärden, c) förväntat resultat, d) tidsplan/ansvarig, e) uppföljning.

Protokoll för team-mötet återfinns i bilaga 5.

Vid team-mötet bör gruppen eftersträva samsyn i de åtgärder som föreslås. Åtgärdsplanen bör innehålla ett realistisk antal åtgärder som bör ha utformats med hänsyn till deltagarens resurser, förmågor, intresse och egna önskemål.

När åtgärdsplanen presenteras för deltagaren bör det dokumenteras hur deltagaren ställer sig till helheten respektive om specifika delar av rehab-insatserna avböjs.

Utvidgad samverkan

När åtgärdsplanen är framtagen och kommunicerad till deltagaren skall den påbörjas så snart som möjligt. I detta skede kan representanter från Försäkringskassan respektive Arbetsförmedlingen kopplas in inom ramen för projektet för planering för arbetsträning/arbetsåtergång.

Exklusion / omhändertagande under projektet

Om det under projektets gång fattas misstankar att en patient är uppenbart olämplig att delta i projektet, diskuteras detta på samverkansmötet. Då skall beslut fattas om patienten bör exkluderas ur projektet, på vilka grunder, samt om det föreligger behandlings- eller vårdbehov på grund av skälet till exkludering. Om samverkansgruppen gör bedömningen att det finns behov för ytterligare vård/behandling skall sådan kontakt knytas och det skall säkerställas att ansvaret är övertaget av annan vårdgivare.

De möjliga skälen till exklusion under projektet omfattar de ursprungliga exklusionskriterierna: allvarlig psykisk sjukdom, suicidalitetsrisk och pågående missbruk. Exklusion kan även ske på andra grunder, exempelvis grav funktionsnedsättning på grund av multisjukdom, grav kognitiv svikt, gravt avvikande beteende, hot eller uttalad ovilja till samarbete.

Remisser

- Vid behov av kontakt med andra vårdgivare tar respektive specialist ställning till om detta bör ske i egenskap av en remiss eller om det skall ske via (eller i form av) en kontakt med patientens ordinarie vårdgivare som sedan i sin tur tar ställning till remiss eller åtgärd. Den som inom ramen för projektet väljer att skicka en remiss bör lämpligen be att remissvar även skickas till patientens ordinarie vårdgivare. Den som skickar en remiss bör vid projektidens slut (efter fyra månader) ta ställning till om ansvaret för remissvaret bör överlåtas till ordinarie vårdgivare, som i så fall skall informeras om detta. Om så inte sker är remittenten ansvarig för att följa upp remissvar som inkommer efter projektiden.

Diagnoser

FIBROMYALGI BLANDAD ÅNGEST OCH DEPRESSIONSTILL STÅND DEPRESSION, TRÖTT, OROLIG KRONISKT SMÄRTSYNDROM, DEPRESSION REC. DEPRESSION, MALADAPTIV STRESSREAKTION, LÅNGVARIG PSYKOSOCIAL BELASTNING COXARTHROS DISKBRÅCK UTBREDD KROPPSMÄRTA, STRESSRELATERA D UTMATTNINGSRE AKTION MM. ÅRRBRÅCK, NEUROGEN SMÄRTA,	DEPRESSION FIBROMYALGI NJURTRANSPLANTERAD, LEDVÄRK FIBROMYALGI,LUMBAGO,FLIMMERATTACKER,DEPRES SION, STRESSREAKTION,HYPOTYREOS. HÖRSELNEDSÄTTNING, FIBROMYALGI, TRÖTTHETSSYNDROM WHIP-LASH SKADA NACKMYALGI,EPIKONDYLIT, TROKANTERIT, ASTMA, PANIKÅNGEST, FIBROMYALGI UTMATTNINGSDEPRESSION UTMATTNINGSDEPRESSION, FIBROMYALGI, SKÖLDKÖRTELPROBLEM, HYPERTONI INFLAMMATORISK SPONDYLOPATI DEPRESSION POSTTRAUMATISK STRESSSYNDROM, ÅNGEST, SÖMNSTÖRNING MUSKELVÄRK MS BLANDAD ÅNGEST OCH DEPRESSIONSTILLSTÅND, EV. BIPOLÄR SJUKDOM TYP 2 OCH/ELLER UNDERLIGGANDE ADHD. FIBROMYALGI HÖRSELNEDSÄTTNING, CERVICALGI, ASTMA, CERVICALT DISKBRÅCK. GONARTROS BILAT, CERVICAL DYSTONI, GENERELL LEDVÄRK. FIBROMYALGI, SMÄRTA VÄNSTER AXEL+HÖGER KNÄ,	SVÅR STRESS DEPRESSION, STRESS, PSYKOSOCIALA BESVÄR, DIABETES MELLITUS WHIPLASH DEPRESSION, ÅNGESTTILLSTÅND, MIGRÄN FIBROMYALGI, RYGGVÄRK, SÖMNPAPNE, ÅNGESTTILLSTÅND CARPALTUNNELSYNDR OM MEDELSVÅR TILL SVÅR DEPRESSION CERVIKALT DISKBRÅCK, FIBROMYALGI, SMÄRTTILLSTÅND, STRESSREAKTION SÖMNSTÖRNING, FETMA, SMÄRTA I FÖTTER OCH SYNRUBBNING. DEPRESSION DEPRESSION LUMBAGO, MYALGI,	EPIKONDYLIT DEPRESSIVA BESVÄR, PANIKSYNDROM, FOBIER,SMÄRTSYNDRO M MM. DEPRESSION, RECIDIVERANDE DEPRESSION, SÖMNSTÖRNING, ÅNGEST SPONDYLOLYS, DYSTYMI, STATUS POSTOP OCH STRÅLBEHANDLING AV HÖGERSIDIG BRÖSTCANCER. ÅNGESTTILLSTÅND FIBROMYALGI, MEDELSVÅR DEPRESSIV PERIOD LUMBAGO, LÅNGVARIGA RYGGBESVÄR, ARTROS LÄNDRYGG SJUKDOM I MELLANKOTSKIVOR DEPRESSION DEPRESSION	UTMATTNINGSSYNDROM ÅNGESTDRIVET SMÄRTSYNDROM, FIBROMYALGI TVÅNGSSYNDROM MENINGIOM FRONTALT, FIBROMYALGI, ÅNGESTNEUROS, EPILEPSI CERVICALGI EFTER WHIPLASHSKADA REUMATISM SCHIZOAFFEKTIV SYNDROM, MANISK TYP I REMMISSION KRONISKT NEUROGENT SMÄRTTILLSTÅND, POSTTRAUMATISKT STRESSTILLSTÅND FIBROMYALGI, MALADAPTIV STRESSREAKTION, TINNITUS, HYPERTONI INFL. SYSTEMSJUKDOM RADIOJODBEHANDLAD STRUMA, ASTMA, DIVERTIKULOS FIBROMYALGI,	BIPOLÄR SJUKDOM, DEPRESSION CERVICAL DYSTONI FIBROMYALGI STRESSSYNDROM MED PANIKÅNGEST, SÖMNSTÖRNINGAR, NACKVÄRKSSYNDROM FIBROMYALGI UTMATTNINGSSYNDRO M VÄRK BORRELIA GAD INFL. SYSTEMSJUKDOM GAD, SPONDYLOS UTMATTNINGSSYNDRO M DISKBRÅCK DEPRESSION ADHD? DEPRESSION COLIT, EV CROHNS DEPRESSION DEPRESSION DEPRESSION UTMATTNINGSDEPRESSI
---	--	--	--	---	---

<p>GONARTROS LEDVÄRK, FETMA OCH ASTMA STRESSREAKTION PANIKSyndrom, KRONISKT FÖRSTÄMNINGSS YNDROM FIBROMYALGI, NACKVÄRK OCH SPONDYLOS, HÖRSELNEDSÄTT NING DEPRESSION, ÅNGEST, HYPOTHYREOS, TRÖTTHET. ADHD? KÖLDHEMOLYS, LEDVÄRK ÅNGEST DEPRESSION GENARILSERAD ÅNGESTSYNDRO M, SOCIAL FOBI BIPOLÄR SJUKDOM</p>	<p>GALLSALTMALABSORPTION SMÄRTA UTMATTNINGSSYNDROM, TRÖTTHETSSYNDROM, FIBROMYALGI, ÅNGESTSYNDROM FIBROMYALGI, DEPRESSION FIBRO, DEPRESSION, IBS, HYPERHIDROS UTMATTNINGSDEPRESSION, EPISODISK PAROXYSMAL ÅNGEST, DYSPEPSI ULCERÖS COLIT, REUMATRID ARTRIT, TENDINIT. STROKE DEPRESSION, STRSSREAKTION, ÅNGEST SENA BESVÄR EFTER SUBARACHNOIDALBLÖDNING DEPRESSION MED ÅNGEST OCH FOBIER + VÄRKPROBLEMATIK</p>	<p>ÅNGESTTILLSTÅND, MISSTÄNKT ADHD, ÄTSTÖRNINGAR CEVICALGI, COCCYGODYNI, TENDINITER VID BÅDA AXLARNÄ. ARTROSER I TUMBASER BILAT, ARTROS I HÖFTER BILAT SKADA HAND BLANDAT DEPRESSIONS OCH ÅNGESTTILLSTÄND SMÄRTSYNDROM HÖGER ARM OCH AXEL. DEPRESSION, ÅNGEST FIBRO, DEPRESSION, UTMATTNINGSSYND</p>	<p>GENERALISERAT ÅNGESTSYNDROM, SOCIAL FOBI, DEPRESSION MUSKULOSKELETAL SJUKDOM EFTER INGREPP, CERVIKALT SYNDROM FIBROMYALGI, TRÖTTHET, FRI KROPP I KNÄLED BIPOLÄR SJUKDOM NEUROPATISK SMÄRTA HÖGER ARM OCH AXEL DEPRESSION UTMATTNINGDEPRESSI ON RYGGVÄRK, CERVOKRANIALT</p>	<p>SOMATOFORMT SMÄRTTILLSTÅND. FIBROMYALGI CERVICALT DISKBRÅCK, HÖFTLEDSARTROS, LÄNDRYGGSVÄRK UTMATTNINGSDEPRESSI ON, EPISODISK PAROXYSMAL ÅNGEST, DYSPEPSI FIBROMYALGI DEPRESSION ADHD, DEPRESSION, PANIKSyndrom MED AGORAFIBI DEPRESSION OCH ÅNGESTTILLSTÅND,</p>	<p>ON SMÄRTA, DEPRESSION VÄRK I KROPPEN DEPRESSION SKADA HAND UTMATTNINGSSYNDRO M, FIBROMYALGI, SÖMNSTÖRNINGAR DISKBRÅCK DEPRESSION SMÄRTOR OCH NEDSATT FUNKTION I HÖGER HAND OCH ARM.</p>
---	---	--	--	---	--