

ARBETSREHABTEAMET – REHABILITERING

JANUARI – DECEMBER 2018

Syfte och mål/ Beskrivning av uppdraget:

Huvudsyftet är att jobba med arbetsmetoder som tar tillvara individens egna resurser och förutsättningar i kombination med myndigheternas samlade möjligheter till stöd. De generella verksamhetsmålen för målgruppen är:

- Arbets- och utbildningsdeltagandet ska öka (40% i arbete eller utbildning).
- Anställningsbarheten och möjligheten att stå till arbetsmarknadens förfogande ska öka.
- Individens upplevelse av förbättrad "livssituation" ska öka.
- Individernas självskattning av tillgänglighet, bemötande, respekt och kvalitet i rehabiliteringsprocessen ska upplevas som positivt.

Uppföljning av antal deltagare och platser:

För Arbetsrehabteamet - rehabilitering är det budgeterat för 50 platser samt 20 uppföljningsplatser i upp till ett år efter avslut. Under perioden har 43 deltagare varit aktuella, varav 18 har varit nya. 26 deltagare har avslutats. Just nu är 17 deltagare aktuella. Ingen deltagare har tagit del av uppföljningsstödet, en deltagare som avslutats under slutet på december har dock aviserat behov av uppföljning under 2019.

RESULTAT

Av de 26 deltagare som avslutats har 7 deltagare avslutats till arbete (3 kvinnor och 4 män). Det innebär ett resultat 27%. Utöver detta har 3 deltagare avslutats till aktivt arbetsökande utan behov av utökad stöd från Arbetsförmedlingen.

Kommentar angående resultatet

Deltagarna har genomgående haft ett stort stödbehov och stått långt ifrån arbetsmarknaden vid start i Arbetsrehabteamet. Detta visar sig i resultatet i att en stor andel (16 st) har avslutats till fortsatt rehabilitering eller sjukdom. I dessa fall har vår insats mer blivit en hjälp på vägen vidare, eller ett svar gällande faktiska förutsättningar i dagsläget, varpå parterna har fått arbeta vidare med personens planering efter avslutad insats i Arbetsrehabteamet. I vissa fall har personen varit en god bit på väg mot anställning, men då stödbehovet inte kvarställt och anställningen legat mer än en månad fram i tiden så har vi avslutat. Vi hade givetvis fått ett bättre resultat om vi behållit deltagarna som inskrivna, men det har inte bedömts som rättvisande då vi faktiskt inte arbetat aktivt med dem i väntan på att anställningen skulle starta.

Då vi haft lediga platser har vi varit frikostiga i våra bedömningar i antagningsprocessen. Dels då vi inte velat ha tomma platser i onödan. Dels eftersom det kan vara svårt att avgöra vad en person skulle kunna uppnå inom ett års tid om den får tillgång till ett samlat stöd.

I viss mån har även personalomsättningen i teamet påverkat resultatet då vissa deltagare valt att avsluta sin medverkan i Arbetsrehabteamet i samband med att tidigare kontaktperson avslutat sitt uppdrag. Detta då det upplevts för betungande att "börja om" med en ny person.

Samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud

Postadress: c/o Vänersborgs kommun, 462 85 Vänersborg

Besöksadress: Sundsgatan 16, 462 33 Vänersborg

Telefon: 0703-650 750

Organisationsnummer: 222000-2048

Målgruppsbeskrivning avslutade deltagare

Arbetsrehabteamet riktar sig generellt till personer i arbetsför ålder, bosatta i Melleruds- eller Vänersborgs kommun, som är i behov av extra stöd för att nå arbete eller studier. De ska vara i behov av stöd från mer än en av de samverkande parterna. Deltagarna ska ha förutsättningar för att delta i arbetslivsriktad rehabilitering och bedömas kunna försörja sig genom förvärsarbete på ordinarie arbetsmarknad inom ett år.

Könsfördelningen har under perioden varit 13 kvinnor och 13 män. Av dessa har 2 personer varit upp till 29 år, 12 personer varit mellan 30-44 år, 11 personer mellan 45-59 år, samt 1 person äldre än 60 år.

Utbildningsbakgrunden hos deltagarna har sett ut enligt följande: 9 deltagare har grundskola som högsta utbildningsnivå, 7 har gått gymnasiet, 9 deltagare har gått högskola och 1 deltagare hade annan eftergymnasial utbildning.

Tid i offentlig försörjning varierar mellan upp till 1 år och mer än 9 år. 20 deltagare hade haft offentlig försörjning mellan 1-8 år, med ett snitt på 4 år. 6 deltagare hade haft offentlig försörjning i *mer än 9* år.

Offentlig försörjning vid start har varit försörjningsstöd för 13 av deltagarna, sjukpenning/rehabpenning för 3 deltagare och a-kassa för 6 deltagare. 1 deltagare hade sjukersättning, 1 hade aktivitetsersättning och 4 hade aktivitetsstöd vid starten. Då det är möjligt att ha flera kompletterande ersättningsformer överstiger totalsumman målgruppens storlek.

Tid i insats

Tiden i insatsen för de avslutade deltagarna har stor spridning och varierar mellan 3-17 månader. Snittet för tiden i insatsen är 262 dagar.

Avslutsorsak

7 deltagare avslutades till arbete, varav 3 av dessa var kvinnor och 4 var män. 3 deltagare avslutades till aktivt arbetssökande, då de i det läget endast var i behov av matchning, visste vilka jobb som de kunde söka och sökte jobb aktivt på egen hand. 1 deltagare avslutades till föräldraledighet, 6 deltagare avslutades till fortsatt rehabilitering och 10 deltagare avslutades p.g.a. sjukdom. Skäl att avsluta till fortsatt rehabilitering har exempelvis varit att deltagaren varit i behov av annat stöd än det Arbetsrehabteamet kan erbjuda, för att bli redo att ta ett arbete. Man är alltså inte helt förhindrad, men stegförflyttningen sker i en så långsam takt eller omfattningen man klarar i nuläget är så låg att planeringen behöver ske inom ordinarie myndighet. Då det är möjligt att ha flera kompletterande avslutsanledningar överstiger totalsumman målgruppens storlek. Exempelvis hade en av deltagarna behov av en kortare medicinsk rehabilitering, men kunde ändå vara aktivt arbetssökande på egen hand.

Uppföljning

Ingen av de avslutade deltagarna har haft kontakt med Arbetsrehabteamet efter avslut. Anställningsformerna har inte varit utvecklingsanställning och vid en planerad överlämning till ansvarig handläggare har inte uppföljningsstödet behövt användas.

Metodutveckling

Under året har samordnare och förbundschef arbetat fram en processkarta för hela Arbetsrehabteamet. Detta för att det skall bli tydligare att deltagarens behov skall stå i centrum och utgöra den röda tråden. Processkartan innebär även att vi i större utsträckning bemannar utifrån deltagarens behov av tvärprofessionellt stöd och att vi lättare kan följa stegförflyttningen. Syftet är även att enklare kunna nyttja teamets alla resurser på ett effektivt sätt och att kunna analysera flödet för att metodutveckla insatsen kontinuerligt. Sedan hösten har vi även obligatoriskt teammöte för hela teamet varje måndag. Detta för att ytterligare förstärka det tvärprofessionella arbetssättet i våra bedömningar och löpande processer med deltagare.

Gruppverksamheten

Gruppverksamheten inleder processen i Arbetsrehabteamet - rehabilitering. Gruppverksamheten är uppbyggd kring en röd tråd av vägledning, personlig utveckling och motivation. Gruppen pågår under 4 veckor, med två träffar i veckan. Varje träff är 3 timmar. Samtliga nya deltagare har blivit erbjudna gruppverksamheten och samtliga har tackat ja. Utvärderingen som genomförs vid sista grupptillfället visar på att de varit mycket nöjda med innehållet och att gruppen varit ett uppskattat inslag som i mycket hög grad bidragit till att de upplevt sig vara mer redo att ta nästa steg. På frågan om de känner sig mer redo att ta nästa steg efter att ha deltagit i gruppen är snittvärdet 5,4 (där 6 är högsta möjliga) med kommentarer som *"Jag har fått tänka till mer vad jag behöver förändra och sätta delmål"* och *"Jag har fått nya infallsvinklar och mer motivation"*. På frågan om de upplever att de blivit bemötta med respekt är snittvärdet för 2018 5,9 (där 6 är högsta möjliga). Det som deltagarna angett som särskilt bra har exempelvis varit *"Ämnet om motivation. Bra förklaringar vad man ska göra på olika övningar"*, *"Bra gruppövningar och tankeövningar"* och *"Mycket bra sammansättning av gruppen. Vi har lärt oss mycket av varandra då vi varit i olika skede i livet och med olika behov"*. Det har kommit in få kommentarer gällande vad som varit mindre bra och behöver utvecklas, men exempelvis har det funnits önskemål om fler antal träffar och längre tid per träff. Snittvärdet på frågan om omfattningen varit bra (antal veckor och tillfällen) är ändå 5 (av 6 möjliga).

Utmaningar och utvecklingsområden inför 2019

Utmaningarna är i år mycket lika de som var aktuella under 2017. Det har fortsatt visat sig vara svårt att nå ut med information till nya (fler) handläggare. På de forum vi bjuds in till finns ofta samma handläggare och när vi skickar ut öppna inbjudningar är det samma handläggare vi möter. Vi ser inget samband med handläggarnas uppdrag inom myndigheterna och vilka som kommer på informationen.

Generellt sett står personerna som ansöker om deltagande mycket långt ifrån arbetsmarknaden och det finns ett omfattande stödbehov.

I kontakten med både deltagare och handläggare behöver vi vara mer tydliga med vad vårt uppdrag är och rollen vi som medarbetare i Arbetsrehabteamet har. Detta gäller främst vikten av att ha möjlighet att göra individuella planeringar utifrån Arbetsrehabteamets uppdrag och processkarta, samtidigt som handläggaren äger ärendet utifrån myndighetsutövningen och har ett uppföljningsansvar under tiden i Arbetsrehabteamet.

Vi behöver följa processkartan vi tagit fram för att säkerställa att vi arbetar med målet arbete eller studier samt att utvärdera hur stegförflyttningen mot målet sker i relation till våra arbetsmetoder.

Vi har även under detta år fått lägga mycket tid på att ta fram underlag och efterfråga kompletterande information, vilket hade kunnat skickas med från början och skapa en mer effektiv hantering och en bättre helhetsbild av deltagaren.

Våld i nära relation

Vi har under året uppmärksammat att vår målgrupp i stor utsträckning utsatts för våld i nära relation någon eller flera gånger under sin livstid. Detta uppmärksammades då socialsekreterare i teamet haft som rutin att fråga om våld i nära relation. Vi beslutade därför under våren att samtliga medarbetare i Arbetsrehabteamet fortsättningsvis skulle ha som rutin att fråga vid kartläggningen. Sammantaget under året har cirka 70% av de tillfrågade svarat att de utsatts eller bevittnat våld i nära relation.

Kommentarer

Vi har under perioden haft hög personalomsättning, vilket även präglade arbetet under 2018. I mars avslutade arbetsförmedlaren sitt uppdrag i teamet. En ersättare var på plats i anslutning till detta. Dock var den ersättande arbetsförmedlaren helt ny i detta uppdrag och behövde tid för introduktion och upplärning. 1/5 slutade ena utredaren, ingen ersättare fanns då på plats. 31/5 slutade medarbetaren från Försäkringskassan, ingen ersättare fanns då på plats. Samtidigt pågick utredningen och vi hade ett 20-tal inskrivna deltagare i rehabiliteringen. Vid det tillfället bestod teamet av undertecknad, arbetsterapeuten och den nya medarbetaren från Arbetsförmedlingen. Då arbetsterapeuten fått en ny tjänst arbetade hon halvtid i teamet under juni för att därefter avsluta sitt uppdrag 31/6. Detta ledde till att vi tog upp frågan med beredningen om vad som skulle prioriteras och beredningen, som styrgrupp för insatsen, beslutade att stoppa inflödet och vi fokuserade på att upprätthålla det som redan var startat.

Under ovan nämnda period har vi fått mycket synpunkter från deltagarna att kontakten med Arbetsrehabteamet upplevts som rörigt i och med byte av kontaktpersoner. Processerna och ledtiderna har blivit längre än annars. För att det inte skall bli lika sårbart framöver har vi från och med september infört ett system där varje deltagare får två kontaktpersoner.

I september var samtliga medarbetare på plats. Vi började då kontakta de deltagare som skickat in ansökningar innan sommaren. Samtliga som kontaktades ville fortfarande ha en plats i Arbetsrehabteamet, då deras planering i ordinarie myndighet inte ändrats under perioden. Under hösten bestod teamet av en arbetsförmedlare (100%), en handläggare från Försäkringskassan (90%), en socialsekreterare (50%) och undertecknad (80%), totalt 320%. Anledningen till deltiderna har varit andra kompletterande uppdrag utanför Arbetsrehabteamet. Den personliga handläggaren och socialsekreteraren var helt nya i detta uppdrag varför de haft behov av introduktion och upplärning. Parallellt med det har vi tagit fram ett helt nytt gruppupplägg för Förrehabiliteringen.

Vänersborg 190108

Caroline Beckman, samordnare

ARBETSREHABTEAMET – FÖRREHABILITERING

OKTOBER – DECEMBER 2018

Syfte och mål/beskrivning av uppdraget

Förrehabilitering är en förberedande insats med syftet är att deltagarna skall stärkas för att kunna ta nästa steg mot arbetslivet. Förrehabilitering jobbar för att deltagarna ska arbeta upp en struktur i sin vardag, erbjudas social samvaro och identifiera resurser som är viktiga inför ett inträde/återinträde i arbetslivet. Insatsen kommer att fokusera på att:

- Skapa motivation och medvetenhet till förändring med fokus på självförsörjning
- Bygga positiva vanor och rutiner
- Synliggöra och stärka egna resurser och styrkor
- Öka insikten i vad som förväntas på arbetsmarknaden och vilket stöd som kan erbjudas på vägen dit

Målet med insatsen är att stärka deltagarna till att kunna ta nästa steg till arbetslivsriktad rehabilitering, antingen inom samverkansinsats eller inom ordinarie myndigheter. Insatsen mäts utifrån följande indikatorer:

- Deltagaren skall känna att insatsen är organiserad efter sitt behov
- Deltagaren skall uppleva inflytande över sin rehabiliteringsprocess
- Deltagaren skall uppleva att det finns någon som håller samman och stöttar personens samordnade rehabiliteringsprocess
- Deltagaren skall uppleva en stegförflyttning närmare arbetsmarknaden

Målgrupp

Förrehabiliteringen riktar sig generellt till personer i arbetsför ålder, bosatta i Melleruds eller Vänersborgs kommun och som är i behov av stöd från fler än en av de samverkande parterna. För att delta i förrehabilitering ska personen vara i behov av en förberedande och stödjande insats innan de kan påbörja en arbetslivsriktad rehabilitering.

Uppföljning av antal deltagare och platser:

I förrehabiliteringen finns det plats för 12 aktuella deltagare. Under perioden har 13 deltagare startat Förrehabiliteringen och 9 deltagare avslutat. 3 deltagare påbörjade innan årsskiftet och kommer att avslutas under 2019. Trots att det bara var budgeterat för 12 platser tog vi in 13 då det bedömdes orimligt att en deltagare skulle behöva vänta på nästa start.

RESULTAT

Målgruppsbeskrivning avslutade deltagare

Könsfördelningen har under perioden varit 5 kvinnor och 4 män. Deltagarna har varit i åldersspannet 23-56 år. Av dessa har 2 personer varit upp till 29 år, 4 personer varit mellan 30-44 år samt 3 personer mellan 45-46 år.

Utbildningsbakgrunden hos deltagarna har sett ut enligt följande: 6 deltagare har grundskola som högsta utbildningsnivå, 1 har gått gymnasiet, 2 deltagare har gått på högskola.

Tid i offentlig försörjning

Tid i offentlig försörjning varierar mellan upp till 3 år och mer än 9 år. Bland de som haft offentlig försörjning i mindre än 9 år är snittet 4,6 år. Utöver dessa har 4 deltagare haft offentlig försörjning i mer än 9 år. Offentlig försörjning vid start har varit försörjningsstöd för 3 av deltagarna, sjukpenning/rehabpenning för 2 deltagare, aktivitetsersättning för 2 deltagare, a-kassa för 1 deltagare och aktivitetsstöd för 3 deltagare. Då det är möjligt att ha kompletterande ersättningar kan antalet ersättningar överstiga totalsumman för målgruppen.

Avslutsorsak

Av de 9 deltagare som avslutats under perioden har avslutsanledningen varit sjukdom för 3 deltagare, fortsatt rehabilitering för 5 och utan mätning för 1 deltagaren. Den deltagaren slutade komma på gruppstillfällena och var inte nåbar av varken Arbetsrehabteamet eller handläggare trots flera försök.

Slutenkäter

Av de 9 deltagare som avslutats under perioden har 8 deltagare fyllt i en avslutsenkät. Enkäten består av 6 frågor utformade utifrån indikatorerna. 3 av frågorna är utformade som ett påstående där deltagaren anger ett värde mellan 1-6 där 6 är bästa möjliga, samt kommentar. De övriga frågorna är fritextfrågor.

På frågan om omfattningen varit bra anges ett snittvärde på 5,9. En kommentar önskade fler träffar (med nytt innehåll). Frågan avseende om deltagaren känner sig mer redo att ta nästa steg får ett snittvärde på 4,6 med kommentarer som *"Lite mer, men finns orken?"*, *"Känner mig mer redo och motiverad att ta nästa steg"* och *"Jag har fått information och övat på att fråga"*. Gällande om deltagarna har blivit bemötta med respekt har de angett 5,3 som snittvärde. På frågan om vad som varit bra har tex följande kommentarer inkommit: *"Bra grupp, bra med olika lärare, varierat jättebra"*, *"Inte för mycket press, en frizon från AF och FK för att komma vidare i lugn och ro"* och *"Träffa nya människor, komma ut mer"*. Det som deltagarna tyckt varit mindre bra är att det tillkom nya deltagare efter halva tiden. Innehållet har då upplevts lite för allmänt, även om de beskriver förståelse för att det måste passa alla. På övrigt har endast ett fåtal kommentarer inkommit som samtliga beskriver en positiv känsla vid avslut.

Metodutveckling och kommentarer

Under hösten 2018 har Arbetsrehabteamet lagt mycket tid för att få ihop logistiken kring denna insats som var helt ny för oss. Samtidigt var två av fyra medarbetare nyanställda i teamet och behövde lära sig Arbetsrehabteamets uppdrag i allmänhet och även rehabiliteringsdelen. Vi har under hösten tagit fram innehåll och material till 24 pass och hunnit finlipa dessa några omgångar allteftersom vi provat oss fram. Det har varit, och är, en stor pedagogisk utmaning att ha en gruppverksamhet där det kommer nya deltagare efter halva tiden, då det blir avgörande i vilken ordning passen kommer utan att kännas överväldigande för de nya deltagarna eller för enkelt för de mer rutinerade deltagarna. Detta kommer vi få jobba vidare på under 2019, med förhoppningen att det skall flyta på enklare med tiden då vi nu har ett grundupplägg att utveckla istället för att skapa allt från grunden. Vi får även förstärkning av ytterligare medarbetare under 2019, vilket är välkommet.

Vänersborg 190111

Caroline Beckman, samordnare

ARBETSREHABTEAMET - UTREDNING

SLUTRAPPORT FÖR PERIODEN OKTOBER 2016 - JUNI 2018

Syfte och mål/beskrivning av uppdraget:

Huvudsyftet är att jobba med arbetsmetoder som tar tillvara individens egna resurser och förutsättningar i kombination med myndigheternas samlade möjligheter till stöd.

Syfte och målsättning:

- Att utreda individens förutsättningar för arbetslivsinriktad rehabilitering.
- Anställningsbarheten och möjligheten att stå till arbetsmarknadens förfogande ska öka.
- Individens upplevelse av förbättrad "livssituation" ska öka.
- Individernas självskattning av tillgänglighet, bemötande, respekt och kvalitet i rehabiliteringsprocessen ska upplevas positivt.

Uppföljning av antal deltagare och platser:

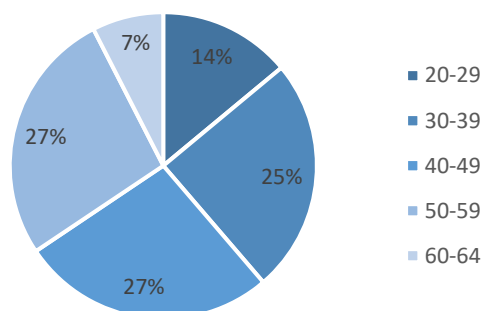
För Arbetsrehabteamet utredning var under perioden budgeterat för 169 platser. Sammantaget har utredningen haft 93 deltagare inskrivna, varav 91 unika personer. Det finns även en anonym deltagare registrerad som inte är med i nedanstående statistik.

Målgruppsbeskrivning

Arbetsrehabteamet riktar sig generellt till personer i arbetsförålder, bosatta i Mellerud- eller Vänersborgs kommun, som är i behov av extra stöd för att nå arbete eller studier. De ska vara i behov av stöd från mer än en av de samverkande organisationerna. Deltagarna skall vara i behov av att utreda sina förutsättningar för arbetslivsinriktad rehabilitering.

Könsfördelningen har under perioden varit 54 kvinnor och 39 män. Deltagarna har varit i åldersspannet 20-64 år. Av dessa har 13 personer varit 20-29 år, 23 personer 30-39, 25 personer 40-49, 25 personer 50-59 år och 7 personer som var 60-64 år.

Åldersfördelning



Samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud

Postadress: c/o Vänersborgs kommun, 462 85 Vänersborg

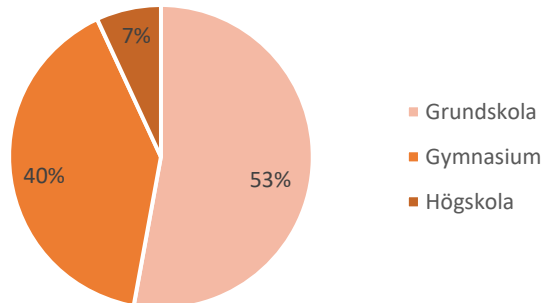
Besöksadress: Sundsgatan 17, 462 33 Vänersborg

Telefon: 0703-650 750

Organisationsnummer: 222000-2048

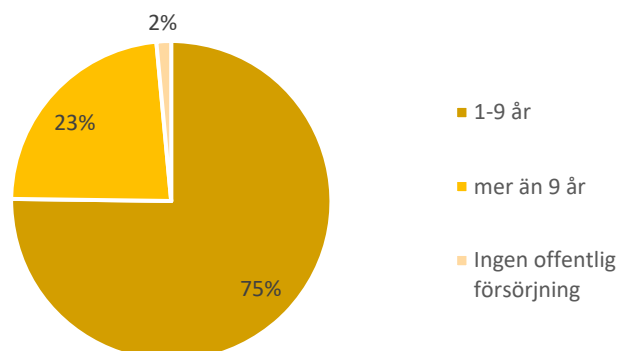
46 deltagare har grundskola som högsta utbildningsnivå, 35 deltagare har gått gymnasiet och 6 har gått i högskola.

Utbildningsnivå



Tid i offentlig försörjning har varierat mellan upp till ett år och mer än 9 år. 71 deltagare har haft offentlig försörjning mellan 1 och 9 år, med en genomsnittlig tid i offentlig försörjning på 3,2 år. 22 deltagare hade haft offentlig försörjning under en tid som *överstiger* 9 år. 5 deltagare hade inte haft offentlig försörjning inför starten.

Tid i offentlig försörjning



Av de deltagare som hade offentlig försörjning inför starten hade 51 deltagare försörjningsstöd, 11 deltagare hade sjukpenning/rehabpenning, 14 hade aktivitetsstöd, 4 hade aktivitetsersättning, 3 hade sjukersättning, 6 hade annan offentlig försörjning (etableringsersättning) och 9 deltagare hade a-kassa. 7 deltagare hade inte offentlig försörjning i direkt anslutning till starten, vilket var personer som fått avslag på ansökan om ersättning alternativt väntade på besked angående ersättning. Då det är möjligt att ha flera kompletterande ersättningar överstiger totala antalet deltagare målgruppens storlek.

Samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud

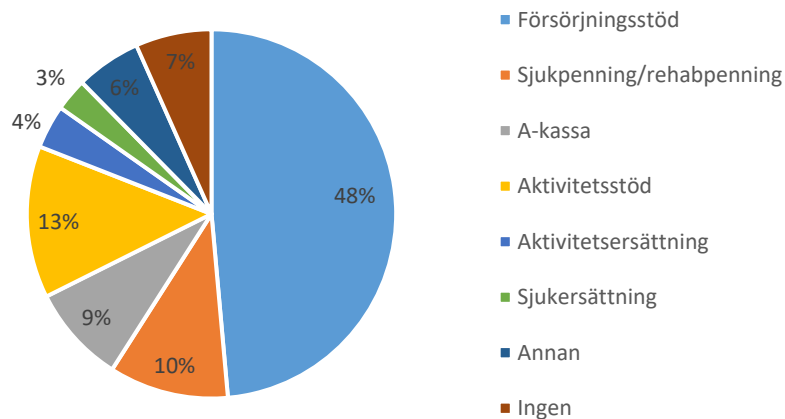
Postadress: c/o Vänersborgs kommun, 462 85 Vänersborg

Besöksadress: Sundsgatan 17, 462 33 Vänersborg

Telefon: 0703-650 750

Organisationsnummer: 222000-2048

Försörjning innan start



Avslutsorsak

Avslutsanledningen "fortsatt rehabilitering" har framförallt varit de deltagare bedömts ha förutsättningar för arbetslivsinriktad rehabilitering. I viss mån kan det även vara deltagare har i behov av viss medicinsk rehabilitering för att skapa förutsättningar för arbetslivsinriktad rehabilitering. Utskrivning pga sjukdom är de som är helt förhindrade och under denna period inte alls haft fokus på rehabilitering för att nå arbetslinjen. Utan mätning avser de som slutat delta och heller ej gått att nå.

Utskrivning	4
Fortsatt rehabilitering	47
Sjukdom	39
Utan mätning	2
Övrigt	1

Bemött med respekt i rehabiliteringsprocessen

Under insatsens period har olika avslutsenkäter använts varför det är svårt att ta fram snittvärden. Genomgående har deltagarna i hög grad angett att de upplevt att de blivit bemötta med respekt under processen. På frågan om de upplevt att utredningen medfört att de fått större kännedom om sina egna förutsättningar för arbetslivsinriktad rehabilitering är svaren mer spridda. Kommentarer på detta har exempelvis varit att utredningen lärt dem mycket, men att det återstår att se vad som händer med resultatet. Annat som lyfts som positivt har exempelvis varit att utredarna haft tid att verkligen lyssna och att de kunnat ge mer information om vilka verktyg/vilket stöd som kan finnas att tillgå hos parterna under en rehabprocess. Saker som varit mindre bra under utredningen beskrivs exempelvis vara att den pågick under för kort tid, att det var för stort krav att delta på halvtid utifrån förmågan man kände att man hade, samt att det varit oklart vad som händer efter utredningen hos den instans man kommer ha fortsatt kontakt.

Samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud

Postadress: c/o Vänersborgs kommun, 462 85 Vänersborg

Besöksadress: Sundsgatan 17, 462 33 Vänersborg

Telefon: 0703-650 750

Organisationsnummer: 222000-2048

Även i tolkgruppen har frågan om bemötande med respekt fått genomgående höga värden. Däremot beskriver flera att de inte upplevt sig ha tillräckligt med information från handläggarna innan starten. Samtliga anger även högsta värdet angående hur samspelet med utredarna fungerat och alla utom 1 anger att kommunikationen fungerat bra med hjälp av tolken.

Samverkan

Inflödet till gruppstarterna har sjunkit kontinuerligt under hela perioden. Det har oftast inkommit färre ansökningar än antal. I samtliga grupper har det förekommit att deltagare avbrutit i förtid pga. att de inte mäktat med insatsen utifrån sitt hälsotillstånd. Genomgående har vi kunnat se att de som kommit på gruppinformationer och sedan ansökt, i hög grad stått mycket långt ifrån arbetsmarknaden, men det har av parterna beskrivits som att de behöver ”igång” i någonting, få hjälp med rutiner och ”komma ut”. Vi har även haft en hög andel ansökningar gällande personer där handläggaren uttryckligen beskrivit att den finns en tanke om att söka sjukersättning och att avsaknaden av arbetsförmåga behöver styrkas. Vi har genomgående fått lägga mycket tid på att efterfråga kompletteringar gällande t.ex. underlag och uppgifter om vilka personer som finns i personens professionella nätverk. Vi har under insatsens tid kontinuerligt erbjudit oss att komma på besök hos parterna för att informera om insatsen. De parter som tackat ja till detta har vi besökt. Svårigheten har varit att nå ut till fler handläggare. Det har oftast varit samma handläggare som besökt de informationspass vi haft ute hos parterna och det är även de som visat intresse för gruppinformationen. Andelen handläggare som visat intresse jämfört med faktisk personalgrupp som jobbar med målgruppen varierar kraftigt beroende på vilken part det är.

Kommentarer

Under tiden för insatsen har det skett flera personalförändringar i arbetsgruppen, vilket påverkat möjligheten att bemanna utredningen samt erbjuda ett tvärprofessionellt stöd utan att det för den sakens skull påverkar kvaliteten på Arbetsrehabteamet - rehabilitering. Det har även skett löpande metodutveckling under insatsens tid, både avseende innehåll och upplägg för utredningen och slutdokumentationerna. Detta utifrån feedback från parterna samt lärdomar inom teamet. Sammanfattningsvis har det varit avgörande att arbeta tvärprofessionellt och i samarbete mellan utredare och övriga i Arbetsrehabteamet för att kunna leverera aktiviteter och slutdokument av hög kvalitet.

På grund av personalbrist fattades beslut i styrelsen om att stoppa inflödet och ställa in sista utredningsgruppen i juni/juli. Därefter fattades beslut om att lägga ner insatsen helt. Sista utredningsgruppen slutfördes alltså maj 2018, med efterföljande nätverksmöten under juni 2018.

Vänersborg 190109

Caroline Beckman, samordnare

ARBETSINTEGRERANDE SOCIALA FÖRETAG

JANUARI-DECEMBER 2018

Beskrivning av uppdraget

Förbundet stödjer utveckling av Arbetsintegrerande sociala företag (ASF) och bidrar till rehabilitering av enskilda genom att stödja deltagare med utbildningsinsatser om ASF. Förbundet stödjer lokala utvecklingen av ASF genom att tillhandahålla en samordnare som fungerar som en länk mellan myndigheter och sociala företag, och verkar för att skapa goda samarbeten och förutsättningar.

Uppföljning av antal deltagare och platser:

För Arbetsintegrerande sociala företag är det budgeterat 10 platser på årsbasis. Antal deltagare för perioden har varit 6 (22) personer, varav 0 (13) nya. Av dessa har 6 (17) deltagare avslutat insatsen under året och det är idag 0 (5) aktuella deltagare.

RESULTAT

Målgruppsbeskrivning

Målgruppen är personer som ofta står långt ifrån arbetsmarknaden och kan behöva särskilt anpassade arbetsplatser för att kunna få och behålla ett arbete. Samordnaren stöttar även personerna i de befintliga företagen för att företaget skall fortleva, växa, utvecklas och kunna stötta ännu fler människor i utanförskap. Nedan redovisas statistik över de personer som varit i processen att de påbörjat arbetet med att eventuellt starta ett ASF.

Könsfördelningen för deltagare som avslutats under perioden har varit 6 (9) kvinnor. Av deltagarna har 3 (8) personer varit mellan 15-29 år, 1 (2) personer varit mellan 30-44 år samt 2 (3) personer mellan 45-64 år. Av de avslutade deltagarna hade 2 personer grundskola som sin högst avslutade utbildning, 4 personer hade avslutat gymnasiet. För personer som avslutat insatsen har 1 person haft offentlig försörjning i upp till 2 år innan start, 2 personer i upp till 4 år, 1 person upp till 6 år, 1 person upp till 8 år och 1 person upp till 9 år. Av de personer som avslutat insatsen under perioden hade 4 personer aktivitetsersättning vid start, 2 personer hade kombinerat aktivitetsstöd och aktivitetsersättning.

Tid i insats

Inskrivningstiden för perioden har varit 3-11 månader. 1 person var aktuell i upp till 3 månader, 1 person i 4-6 månader och 4 personer i 13-15 månader.

Avslutningsorsak

Av de 6 personer som avslutades är det 2 personer som blivit självförsörjande genom anställningar (1 person har börjat som kooperatör i ett Arbetsintegrerande socialt företag och 1 person har fått tjänst på den externa marknaden) 4 personer avslutades till fortsatt rehabilitering 2 av dessa personer arbetstränar i dag i befintliga ASF och har närmat sig arbetsmarknaden. Totalt har 33 % gått vidare till arbete.

METOD

I uppdraget innefattar det att stötta individer att starta ASF, ger stöttning till befintliga ASF samt arbeta övergripande med att ständigt hitta metoder för utveckling av ASF lokalt. Under året har vi arbetat med följande:

Samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud

Postadress: c/o Vänersborgs kommun, 462 85 Vänersborg

Besöksadress: Sundsgatan 16, 462 33 Vänersborg

Telefon: 0703-650 750

Organisationsnummer: 222000-2048

Inspirationsutbildningar

Under året har det genomförts 2 stycken inspirationsutbildningar för att informera om möjligheten som ASF innebär. Inspirationsträffarna har bestått av totalt tre träffar där vi pratar om vad Arbetsintegrerande sociala företag innebär, vad det finns för stöd att få och vi besöker fyra Arbetsintegrerande sociala företag i Vänersborg där företagen berättar om sitt företag.

Totalt har 15 personer deltagit 6 kvinnor och 9 män. Deltagarna var aktuella i samverkansinsatser eller personer som parterna initierat och som hade ett intresse av ASF.

Blivande kooperatörer och framtida Arbetsintegrerande sociala företag:

5 personer har provat sin affärsidé, hundcafé. E.L.S.A. Hundcoop stod för hyreskostnaden under 1 år, inköp av varor och i mån av tid även stöttning. Samordnaren har utbildat i vad ASF innebär, affärsutveckling, deltagit i arbetsplatsmöten och praktiska råd under ett år. Dock höll inte affärsidén ekonomiskt. Det visade sig även här hur svårt det är att starta upp ett företag utan handledare på plats. Personerna har dock gått vidare. Två personer arbetstränar idag på ett annat ASF och det kan bli anställning om ekonomisk möjlighet finns. En person har fått anställning i ett befintligt ASF och en person har fått anställning hos extern arbetsgivare.

Dialogen med Vänersborgs kommun fortsätter hur vi kan knoppa av en verksamhet i kommunen.

Under året har samordnaren tillsammans med företagen arbetat mycket med att starta ett "ASF-Resurs" med målet att stötta nystartade och etablerade ASF. En person har arbetstränat november och december 2018 och startar med anställning 1:a januari 2019 i samarbete med Vänersborgs kommun för att utveckla ASF Resurs med stöd av Samordnare och ASF företagen.

Etablerade företag och kooperatörer/anställda

Under detta år har det funnits stora behov att ge mycket stöd i olika frågor direkt in i företagen för att de ska bli starka och hållbara företag. Idag finns fyra lokala ASF, E.L.S.A. Hundcoop, Servicekompaniet, EkoClean och S.A.J.J.T. (f.d. café REKOMmenderas). I företagen finns idag 27 anställda. Vi arbetar hela tiden aktivt med hur det i fortsättningen ska få stöd i att få hållbara och utvecklande företag. Under året har vi arbetat fram ett fungerande nätverk för arbetsledare med målsättningen att de ska ge stöd åt varandra.

Arbetsträningsplatser inom företagen

Arbetsintegrerande sociala företagen har dubbla affärsidéer. Ena affärsidén är att sälja varor och/eller tjänster som det finns en marknad för till privatpersoner, företag och organisationer och den andra affärsidén är att integrera människor i arbetsliv och samhälle genom att erbjuda arbetsträningsplatser. Arbetsträning i Arbetsintegrerande sociala företag har visat sig fungera särskilt bra för människor som varit borta från arbetsmarknaden under en längre tid, här arbetar alla 100 % av sin förmåga. Företagen tillsammans tar emot ca 20 personer/år främst från arbetsförmedling, samordningsförbund och skolor.

Övergripande arbete lokalt, regionalt och nationellt

Att marknadsföra och informera om ASF är ett viktigt uppdrag. En gång i månaden medverkar samordnare och ASF företagen vid frukostforum där näringslivet i Vänersborg bjuder in. Vi utbyter erfarenheter och lyssnar till föreläsningar i aktuella ämnen. Den 13 september var det ASF själva som

föreläste på frukostforum. Vi tror det är viktigt att marknadsföra så att andra företagare får kunskap om vad ASF innebär, därför har vi en längre tid arbetat för att få till denna föreläsning. Ämnet denna morgon var att sociala entreprenörer handlar inte bara om kronor och ören utan skapar också samhällsnytta. Från scenen var det flera från ASF företagen som vittnade om hur arbetsträning i ett arbetsintegrerat socialt företag hjälpt dem att hitta självkänsla och arbetsglädje på nytt. Vissa berättade om hur de bytt bidragsberoende mot en ledande roll i det sociala företaget. Upphandlingsenheten vid Vänersborgs kommun berättade om hur man kan styra upphandlingar genom att använda sig av sociala kriterier. Arbetsmarknadsenheten berättade om Vänersborgs kommuns policy och hur de stöttar ASF. Samordnare berättade om stödet som ges genom till företagen och förbundets parter.

Tillsammans med samordnare för ASF i Väst och Trollhättan, Lilla Edet och Grästorp genomfördes tillsammans med Coompanion en ASF konferens i februari 2018 med titeln: så skapar vi möjligheter för arbetsintegrerade sociala företag. Syftet med konferensen var att visa på ett urval av möjligheter kommunerna har för att både utveckla, stödja och bibehålla arbetsintegrerade sociala företag (ASF). Målgrupp var kommunala/delregionala politiker och tjänstepersoner, samt Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans chefer och handläggare. Totalt deltog ca 70 personer.

Psykiatrin i Vänersborg bjöd in ASF Samordnare till ett personalmöte och fick information om Arbetsintegrerade sociala företag under hösten 2018.

Upphandling har varit aktuellt 2018. Som samordnare har jag deltagit vid olika föreläsningar inom ämnet. Det har varit en dag om Idéburet offentligt partnerskap IOP i Uddevalla, samt en upphandlingsföreläsning i Herrljunga. Under året har samordnare haft mycket dialog och erfarenhetsutbyte med Vänersborgs kommuns upphandlingsavdelning. Vänersborgs kommun genomförde en upphandling i syfte att skapa sysselsättning för personer med svag förankring på arbetsmarknaden, detta lyfter Tillväxtverket som ett positivt exempel på sin hemsida. Från scenen på stora sociala företagsdagen Göteborg, berättade Anna Lindblom upphandlare Vänersborgs kommun tillsammans med ASF Servicekompaniet, hur deras resa var när de gav sig in i en reserverad upphandling i Vänersborg.

Lokalt har vi en **Styrgrupp för ASF** där Vänersborgs kommun (AME och näringslivskontoret), Arbetsförmedlingen och Samordningsförbundet deltar. Melleruds kommun kommer att närvara 2019. Syftet är att tillsammans aktivt bidra till att Arbetsintegrerade sociala företag startas och fortlever, på marknadsmässiga och juridiskt hållbara grunder.

Under året har arbetet att **Stötta arbetsledare i ASF** utvecklats ytterligare. ASF företagens arbetsledare träffas regelbundet för att stötta varandra i olika frågor och bjuder in personer som är viktiga för deras företag. Jag närvarar för att stötta utveckling av befintliga ASF och ta med mig deras viktiga frågor. Jag stöttar företagen främst med stöd till arbetsledare och med olika utbildningsinsatser i företagen. ASF företagen har det arbetsamt vissa perioder då det krävs extra insatser av arbetsledaren. Ofta har inte arbetsledaren själv 100 % ork eller kunskap och behöver extra stöd i sitt arbete för företagets överlevnad.

Samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud, Väst och Trollhättan, Lilla Edet och Grästorp har ett **nätverk för ASF Samordnare** och träffas regelbundet. Nätverket stöttar varandra, utbyter tankar och idéer samt arrangerar gemensamma utbildningsinsatser.

ASF Samordnaren tillsammans med ASF resurs ingick under året i referensgruppen för **projektet FAF** (fler arbetsintegrerande sociala företag i VGR). Syftet var att stärka företagets hållbarhet och affärsmässighet, förbättra samverkan mellan de Arbetsintegrerande sociala företagen och de offentliga aktörerna genom ökad kunskap och förståelse samt synliggöra företagets arbete med delaktighet och inkludering och den unika kompetens de besitter.

Samordnare deltar i ett nationellt **ASF nätverk** anordnat av **SKL** (Sveriges kommuner och Landsting). Här träffas personer med kunskap om ASF från hela Sverige och diskuterar och delger varandra viktiga frågor.

Vänersborg 2018-12-28

Marie Apell, Samordnare, Arbetsintegrerande Sociala Företag

HÄLSOSKOLAN

AUGUSTI 2017– MAJ 2018

Hälsoskolan är en förrehabiliteringsinsats för nyanlända där hälsan sätts i fokus. Hälsoskolan möjliggör för deltagare att förbättra sin hälsa, få kännedom om egenvård, det svenska sjukvårdssystemet och delta i ett socialt sammanhang. Syftet med Hälsoskolan är att nyanlända genom ökad kunskap om hälsa och kost bättre ska kunna tillgodogöra sig insatser under etableringen samt i ett framtida arbete. Hälsoskolan erbjuder professionell information om samhällets hälso- och sjukvårdsinsatser samt ger kunskap och verktyg för att personerna själva ska kunna hantera sin hälsosituation.

Definition av kursen Hälsoskola

Kursen Hälsoskola består av en grupp deltagare vilka frivilligt samlas tillsammans med en koordinator och lärare/samtalsledare samt tolk för att få kunskap och råd om hälsa som bygger på vetenskapligt belagda kliniska erfarenheter. Samtidigt ger deltagarna varandra ömsesidigt stöd och mångfalden mellan deltagarna måste respekteras och tolereras.

Mål med kursen Hälsoskola

Erfarenheten visar att de flyktingar vi möter sällan har tänkt på sin hälsa under flykten. Först senare kommer stress och upplevd ohälsa, ofta i samband med uppmärksamhets-, koncentrations- och sömnproblem under studier i svenska och praktik. Därför är det viktigt att det finns möjligheter att tidigt under introduktionen/etableringen få hälsoförståelse dvs. lära sig känna igen vanliga symptom och få kunskap om hur dessa kan hanteras (egen vård). På kursen får deltagarna även kunskap om vilka sjukvårdsresurser som finns och hur dessa kan användas. Målen är att öka kunskapen om egenvård och hur man hittar rätt i svenska sjukvårdssystemet.

Målgruppsbeskrivning

Målgruppen för Hälsoskolan är nyanlända flyktingar (mellan 18-64 år) eller anhöriga som tillhör etableringen boende i Vänersborg och som önskar förbättra sin hälsa och lära sig mer om egenvård och hur svenska vården fungerar.

Uppföljning av antal deltagare och platser

Inom insatsen finns möjlighet att ta emot 8-12 deltagare per grupp och under 2017 var det budgeterat för 2 grupper. Under hösten 2017 hölls två grupper i Hälsoskolan för totalt 25 personer.

Den första gruppen, som startade 21 september, var med arabisktalande deltagare. 20 personer var kallade till informationsmötet på Arbetsförmedlingen och det blev 13 som deltog, 12 kvinnor och 1 man.

Den andra gruppen, som startade 7 november, med somalisktalande deltagare. 13 personer var kallade till informationsmötet på Arbetsförmedlingen och 12 startade i Hälsoskolan. Samtliga 12 deltagare var kvinnor. Under resans gång hoppade några deltagare av så det slutade det med att det var nio personer på sista mötet.

Under vintern och våren 2018 hölls ytterligare två grupper i Hälsoskolan för 25 personer.

Samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud

Postadress: c/o Vänersborgs kommun, 462 85 Vänersborg

Besöksadress: Sundsgatan 16, 462 33 Vänersborg

Telefon: 0703-650 750

Organisationsnummer: 222000-2048

Den tredje gruppen som var med arabisktalande personer bestod av 12 kvinnor och 1 man. Mannen kom från Somalia men behärskade det arabiska språket.

I den fjärde gruppen blev 17 deltagare kallade till första mötet. 13 deltagare kom till första träffen med hälsoskolan, 4 män och 9 kvinnor. Denna grupp hade varierade närvaro med antalet deltagare i varje tillfälle som skilde sig från gång till gång.

Uppföljning av målen

Hälsoskolans mål var tänkta att mätas genom en enkät vid insatsens sista tillfälle. Det var svårt för stora delar av målgruppen att fylla i enkäten trots en närvarande tolk. I den somalisktalande gruppen var en övervägande del av personerna analfabeter och tiden fanns helt enkelt inte för att förklara och fylla i enkäten i den omfattning som hade behövts för ett rättvist resultat. Däremot gjordes en muntlig intervju av deltagarna i grupp vilket det redogörs för under rubriken kommentarer.

Deltagarna i de arabisktalande grupperna hade olika nivåer av utbildning samt skilda grader av livserfarenheter. Det blev enklare att fylla de enkäten som hjälpte oss följa upp.

Beskrivning av grupptillfällena

Hälsoskolan har bestått av 7 tillfällen som leddes av en projektledare. Varje kurstillfälle hade ett eget tema där en specialist togs in. Varje träff var på tre timmar. Ett hälsosamt mellanmål serverades vid varje tillfälle och kursdeltagarna inspirerades till fysisk aktivitet och avslappningsövningar mellan träffarna. Deltagarna fick med sig kursmaterialet. Kursen var på svenska men tolkades till deltagarnas modersmål. Under hösten hade vi samma tolk inbokade till samtliga tillfällen med respektive språkgrupp.

Metoden bygger på dialog mellan deltagare och kursledare samt har fokus på information om migration, stress och hälsa. Hälsoskolan skall ge kursdeltagaren kunskap och verktyg för att själv kunna hantera flera av sina behov.

1. Introduktion - Syfte, presentation, grundläggande principerna och enkät (frivillig)
2. Sjuksköterska - Vårdguiden, egenvård, sjukvårdssystemet, näringslära, patientavgifter mm
3. Sjukgymnast- Samband mellan fysisk och psykisk hälsa kopplat till motion samt kosthållning. Introduktion till träning.
4. Sjuksköterska - Hur fungerar kroppen, vanliga sjukdomar för målgruppen (diabetes, blodtryck, hjärt- och kärl), symptom och behandling.
5. Samtalsterapeut från Röda korset - Stress och stresshantering i samband med flyktingskap, Erfarenheter före och efter flykten.
6. Barnmorska - Sexuell hälsa, preventivmedel, sexuellt överförbara sjukdomar, lagar.
7. Tandhygienist - Tand- och munhälsa, förebyggande tandhälsa, hur fungerar tandvården i Sverige (även barns tandvård).

Utöver föreläsningstillfällena med de olika specialisterna hade vi vid varje tillfälle en lite längre paus med en hälsosam "fika", där vi presenterade olika mellanmåls alternativ till deltagaren. Fika pausen blev ett forum för deltagare, specialister och projektledare att samtala om olika kostfrågor som var av intresse för deltagarna och som de lyfte fram, utöver det som diskuterades under själva gruppen. Utbytet av information kring kost, matvanor, olika mot- och förargument samt åsikter blev en uppskattad stund under eftermiddagarna.

Beskrivning av grupperna

I stort sett så var det en bra närvaro. Den första gruppen hade mycket hög närvaro. De andra grupperna hade lite avvikelser, men det påverkade inte då ett bra antal var närvarande vid varje tillfälle.

Grupperna hade ett stort engagemang. De var intresserade av all information de fick av specialisterna. De visade intresse och nyfikenhet. De hade många frågor att ställa och visade tydligt att de var villiga att ta till sig vad som erbjöds under föreläsningarna.

Kulturskillnaden blev alltmer tydligt under dessa möten, där deltagarna ställde frågor om hur de ska kunna ändra på sitt sätt att tänka och agera för att anpassa sig till hur det fungerar i Sverige med sjukvården, tandvården, mödravården och speciellt barnvården.

Kommentarer

Deltagarnas reaktioner:

Deltagarna hade alltid positiva reflektioner och återkopplingar. De uppskattade Hälsoskolan då de kunde ställa många frågor som de gick och funderade på. Samtidigt har de fått nyttiga råd och fick en inblick i hur det svenska sjukvårdssystemet fungerade. Detta var en vändpunkt för många. De flesta av deltagarna ville fortsätta med Hälsoskolan och många visade intresse att delta en gång till. Det var en positiv inställning hos samtliga vilket gjorde Hälsoskolan till en bra erfarenhet.

Specialisternas reflektioner:

Specialisterna gav lovord för hela projektet. Samtliga föreläsare hade väntat på liknande tillfällen där de kunde göra skillnad. Och samtliga ville komma tillbaka och delta så de har uttryckt sina önskemål om att delta i fortsättning ifall Hälsoskolan skulle fortsätta. De är beredda att boka in sig för de kommande tillfällena. Gruppupplägget fann stort godkännande då det var en tolk för en grupp som pratar samma språk, vilket gav föreläsaren tid att presentera det de ville under den tiden som var bestämd och fick ändå tid för diskussioner.

Projektledarens reflektioner:

Mycket bra respons från deltagare och specialister. Bra bemötande och deltagande. Bra diskussioner och mycket bra interaktion mellan projektledaren och samtliga involverade i projektet.

Hälsoskolan har varit en lyckad presentation av vad som kan vara en permanent, eller åtminstone en återkommande aktivitet som de nyanlända kan få delta i för att främja hälsan och få bättre förutsättningar att kunna klara sin etableringsperiod. Mottagandet och responsen har tydligt visat ett behov, socialt behov, lika mycket som hälsobehov, för information men också umgänge och gemenskap. Projektet i sin form har lyckats med att väcka intresset hos målgruppen, men vi hade inte tillräckligt med antal tillfällen för att tillgodose behovet. Ryktet om Hälsoskolan har spridit sig med positiv effekt vilket gjorde efterfrågan stor, tillräckligt stor för att kunna planeras som en fast aktivitet i de nyanländas planering.

Själv har jag upplevt projektet som ett steg i en lång väg men med ett slutmål som kan endast beskrivas som lyckat.

Vänersborg 180613

Souraya Antabi

Samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud

Postadress: c/o Vänersborgs kommun, 462 85 Vänersborg

Besöksadress: Sundsgatan 16, 462 33 Vänersborg

Telefon: 0703-650 750

Organisationsnummer: 222000-2048

HÄLSOSKOLAN

AUGUSTI 2018– OKTOBER 2018

Hälsoskolan är en förebyggande intervention för nyanlända där får deltagaren språkanpassad hälsoinformation.

Hälsoskolan möjliggör för deltagare att förbättra sin hälsa, få kännedom om egenvård, det svenska sjukvårdssystemet och delta i ett socialt sammanhang.

Syftet med Hälsoskolan är att nyanlända genom ökad kunskap om hälsa och bättre kost. Vilket kan resultera till att deltagarna har större chans att tillgodogöra sig insatser under etableringen samt i ett framtida arbete.

Hälsoskolan erbjuder professionell information om samhällets hälso- och sjukvårdsinsatser samt ger kunskap och verktyg för att personerna själva ska kunna hantera sin hälsosituation.

Definition av kursen Hälsoskola

En grupp av deltagare som har visat intresse av att delta i kursen tillsammans med samtalsledare/projektledare, föreläsare/en specialist med närvaro av en tolk.

Under utbildningen får deltagarna kunskap, råd och rekommendation om hälsa som bygger på vetenskapligt belagda kliniska erfarenheter. Samtidigt ger deltagarna varandra ömsesidigt stöd och mångfalden mellan deltagarna måste respekteras och tolereras.

Mål med kursen Hälsoskola

- Att erbjuda en förstärkning till etableringsplanen så att den enskilde bättre kan tillgodogöra sig insatser under etableringen samt i ett framtida arbete.
- Att förbättra hälsan/höja den fysiska förmågan och visa vägar att behålla en god hälsa för målgruppen
- Att öka kunskapen om hur man hittar rätt i sjukvården
- Att i samverkan bygga upp en strukturerad pedagogisk verksamhet med hälsosamtal enskilt och i grupp

Målgruppsbeskrivning

Målgruppen för Hälsoskolan är nyanlända flyktingar (mellan 18-64 år) eller anhöriga som tillhör etableringen boende i Vänersborg och som önskar förbättra sin hälsa och lära sig mer om egenvård och hur svenska vården fungerar.

Uppföljning av antal deltagare och platser

Inom insatsen finns möjlighet att ta emot 8-12 deltagare per grupp och under 2018 hölls en grupp av 9 personer.

Den gruppen, som startade måndag 13 augusti, var med arabisktalande deltagare. 12 personer var kallade till informationsmötet på Arbetsförmedlingen och det blev 9 som deltog, 8 kvinnor och 1 man.

Planen var att jobba med en grupp till under perioden juni-december, dock har vi stått inför stora utmaningar med rekrytering av deltagare. Då Arbetsförmedlingen hade kallat bara 2 deltagare till informationsträffen. Samt hade meddelat projektledaren om att i dagsläget hade Arbetsförmedlingen inga deltagare till projektet som tillhör till målgruppen.

Uppföljning av målen

Hälsoskolans mål var tänkta att mätas genom en enkät vid insatsens sista tillfälle. Det var svårt för stora delar av målgruppen att fylla i enkäten trots en närvarande tolk.

Deltagarna hade olika nivåer av utbildning samt skilda grader av livserfarenheter. Det blev enklare att följa upp muntligt och stämna av med deltagarna före och efter varje tillfälle.

Beskrivning av grupptillfällen

Hälsoskolan har bestått av 6 tillfällen som letts av en projektledare. Varje kurstillfälle hade ett eget tema där en specialist togs in. Varje träff var på tre timmar. Ett hälsosamt mellanmål serverades vid varje tillfälle och kursdeltagarna inspirerades till fysisk aktivitet och läs/sök information läxa mellan träffarna.

En fysisk aktivitet kan var en promenad eller gym besök, därmed en läs/sök information läs kan var söka hälsoinformation och redovisa i gruppen.

Deltagarna fick med sig kursmaterialet. Kursen var på svenska men tolkades till deltagarnas modersmål. Under hösten hade vi samma tolk inbokade till samtliga tillfällen med respektive språkgrupp.

Metoden bygger på dialog mellan deltagare och kursledare samt har fokus på information om migration, stress, sömn och hälsa. Hälsoskolan skall ge kursdeltagaren kunskap och verktyg för att själv kunna hantera flera av sina behov.

1. Introduktion - Syfte, presentation, grundläggande principerna och enkät (frivillig)
2. Sjuksköterska - Vårdguiden, egenvård, sjukvårdssystemet, näringslära, patientavgifter mm
3. Sjuksköterska - Hur fungerar kroppen, vanliga sjukdomar för målgruppen (diabetes, blodtryck, hjärt- och kärl), symptom och behandling.
4. Samtalsterapeut från Röda korset - Stress och stresshantering i samband med flyktingskap, Erfarenheter före och efter flykten.
5. Barnmorska - Sexuell hälsa, preventivmedel, sexuellt överförbara sjukdomar, lagar.
6. Tandhygienist - Tand- och munhälsa, förebyggande tandhälsa, hur fungerar tandvården i Sverige (även barns tandvård).

Utöver föreläsningstillfällen med de olika specialisterna hade vi vid varje tillfälle en lite längre paus med en hälsosam "fika", där vi presenterade olika mellanmåls alternativ till deltagaren. Fika pausen blev ett forum för deltagare, specialister och projektledare att samtala om olika kostfrågor som var av intresse för deltagarna och som de lyfte fram, utöver det som diskuterades under själva gruppen. Utbytet av information kring kost, matvanor, olika mot- och förargument samt åsikter blev en uppskattad stund under eftermiddagarna.

Beskrivning av grupperna

I stort sett så var det en bra närvaro. 5 av 9 deltagare har ingen frånvaro.

Deltagarna hade ett stort engagemang. De var intresserade av all information de fick av specialisterna. De visade intresse och nyfikenhet. De hade många frågor att ställa och visade tydligt att de var villiga att ta till sig vad som erbjöds under föreläsningarna.

Kulturskillnaden blev alltmer tydligt under dessa möten, där deltagarna ställde frågor om hur de ska kunna ändra på sitt sätt att tänka och agera för att anpassa sig till hur det fungerar i Sverige med sjukvården, tandvården, mödravården och speciellt barnvården.

Kommentarer

Deltagarnas reaktioner:

Deltagarna hade alltid positiva reflektioner och återkopplingar. I början av varje tillfälle gick de igenom informationen som de fick tillfällena innan och diskuterat med varande och berättade till varande vilken dagliga vanor har de ändrat.

De har hög värderat Hälsoskolan då de kunde ställa frågor och de upplevt att de fick bekräftelse på egna kunskaper.

Ytterligare, har de fått nyttiga råd och fick en inblick i hur det svenska sjukvårdssystemet fungerade. De flesta tänkte rekommendera Hälsoskolan till klasskamraterna.

Specialisternas reflektioner:

Specialisterna berömde projektet. Samtliga specialister betraktade projektet som en form där kunde de fånga så många nyanlända och jobbar mer förebyggande i grupper.

Alla föreläsare visade stort intresse att återkomma och föreläser så de har uttryckt sina önskemål om att delta i fortsättning ifall Hälsoskolan skulle fortsätta. De är beredda att boka in sig för de kommande tillfällena. Gruppupplägget fann stort godkännande då det var en tolk för en grupp som pratar samma språk, vilket gav föreläsaren tid att presentera det de ville under den tiden som var bestämd och fick ändå tid för diskussioner.

Projektledarens reflektioner:

Konceptet är väldigt bra och genomtänkt. Enegren var positivitet i gruppen vilken gjorde att båda handledare och föreläsare ville komma tillbaka.

Det var hälsoklimatet och bra stämningen som leda till att diskussionen och samtalen i gruppen var givande. Varje tillfälle visar gruppen fram steg, reflektion över hur mycket har den lärt sig och tacksamhet.

Den enda utmaningen var tiden gick så fort upplevat deltagarna, föreläsare och handledaren.

Sara Al-Juboori

”Det är mycket jobb att vara sjukskriven”

En kvalitativ studie om flaskhalsar och positiva erfarenheter av sjukskrivningsprocessen.

Projektledare: Emelie Lundin
2018

Samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud

Postadress: c/o Vänersborgs kommun, 46285 Vänersborg

Besöksadress: Sundsgatan 16, 462 33 Vänersborg

Organisationsnummer: 222000-2048

Telefon: 0703 – 650 750

<http://www.samverkanvg.se/sv/Samverkan-VG2/Samordningsforbunden-i-vast/Vanersborg-Mellerud/>

Sammanfattning

Sjukskrivningstalen i Sverige ökar och kostar samhället mycket tid och resurser. Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Västra Götalandsregionen samt kommunerna i Vänersborg och Mellerud beslöt sig för att samverka för att uppfylla regeringens mål om att sjukpenningtalet inte ska vara mer än 9 dagar år 2020. Samverkan skedde genom stöd från Samordningsförbundet i Vänersborg och Mellerud och dialogerna mynnade ut i att en studie skulle tillsättas där flaskhalsar i sjukskrivningsprocessen identifierades.

För att finna svar på detta utgick projektledaren från en kvalitativ ansats i form av narrativa intervjuer med långtidssjukskrivna, yrkesprofessionella inom vård och Försäkringskassa samt chefer. Det framkom att orsaken till en långtidssjukskrivning i mycket hög grad berodde på utmattningssyndrom. Anledningen till utmattningssyndrom berodde många gånger på faktorer på arbetsplatsen i kombination med faktorer i privatlivet.

Arbetet med att motverka ohälsa och minska höga sjuktal, arbetslöshet och socialt utanförskap kräver tid, resurser och långsiktigt arbete för att åstadkomma en varaktig förändring. Utifrån studiens identifierade flaskhalsar framkommer det att samtliga parter tillsammans behöver utveckla sitt arbetssätt gällande bland annat samverkan och kunskapsutbyte. Fler sjukskrivna behöver få kontakt med rehabiliteringsmottagningar för att få stöd och redskap i att hantera sin kropp och omgivning. Det framkom även att rollen som rehabkoordinatorerna på vårdcentralerna har är avgörande för hur sjukskrivningsprocessen fungerar.

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Samordningsförbundet	3
Sjukskrivningsprocessen	3
Hälsoflödet utformas	6
Styrning och ledning	6
Syfte	6
Mål	6
Målgrupp	6
Omfattning	7
Tidsplan	7
Metod	7
Omvärldsbevakning	7
Resultat	11
Slutsats	16
SWOT-analys	17
Förslag på åtgärder	19
Avslutning	21
Referenslista	22

Bilaga 1: Intervjuresultat

Sjukskrivna	1
Chefer	9
Personliga handläggare på Försäkringskassan	17
Läkare	21
Rehabkoordinatorer	27
Kuratorer	34
Sjukgymnast/fysioterapeut	39

Bilaga 2: Uppdragsbeskrivning Hälsoflödet

Bilaga 3: Intervjufrågor

Bakgrund

Melleruds kommunledning enades 2009 om visionen ”Mellerud – en drivande och nytänkande kommun i framkant av utvecklingen, där barnfamiljer och ungdomar prioriteras.”

Vänerns borg är Regionhuvudstaden vid Vänerns sydspets. 2015 enades Vänerns borgs kommunledning att anta visionen: ”Vänerns borg kommun - attraktiv och hållbar, i alla delar hela livet”.

Båda kommunerna arbetar för att medborgare och medarbetare skall ha ett hälsosamt liv, både på arbetet men också privat genom ständig utveckling och förbättring av verksamheter och arbetsvillkor.

Regeringen har satt som mål att sjukpenningtalet skall vara 9,0 dagar år 2020. Nedan framkommer statistik över hur sjukpenningtalet sett ut under de senaste två åren.

2016	Totalt, dagar	Kvinnor, dagar	Män, dagar	Andel sjukskrivna som är arbetslösa*
Riket	10,8	14,3	7,5	13,9 %
Västra Götaland	12,3	16,1	8,6	14,7 %
Vänerns borg	14,2	18,9	9,7	12,0 %
Mellerud	12,9	18,0	8,3	12,9 %

2017	Totalt, dagar	Kvinnor, dagar	Män, dagar	Andel sjukskrivna som är arbetslösa*
Riket	10,1	13,3	6,9	12,3 %
Västra Götaland	11,7	15,4	8,1	13,2 %
Vänerns borg	12,7	17,1	8,5	11,2 %
Mellerud	11,8	15,3	8,5	12,5 %

Sjukpenningtalet för sjukskrivna i olika åldrar.**	- 19 år	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60- år
Riket	0,2	4,9	10,2	12,0	14,5	15,4
Västra Götaland	0,3	5,5	12,0	14,4	16,9	18,1
Vänerns borg	0,3	6,6	13,4	15,0	17,5	18,4
Mellerud	0,1	4,8	14,1	12,3	16,3	18,2

Tabell 1, 2 och 3, hämtad från Försäkringskassan, 2018

Kostnaden för sjukpenningtalet i kommunerna redovisas nedan. I sjuklönekostnaderna ingår alla lönearter vid sjukfrånvaro samt arbetsgivaravgifter. Det innefattar sjukavdrag (vid rehabilitering, karensdagar, läkarbesök utan lön, indraget sjukpenning med mera), sjuklön i olika kategorier (till exempel 10 %, 80 % eller annan angiven nivå av lönen), sjuktakersättning samt sjuklön vid ”obekvämt arbetstid”(OB), jourarbetstid med mera. I Melleruds statistik ingår ej kostnaden för sjuktakersättning. Utöver sjuklönekostnaderna tillkommer kostnader för bland annat vikarier, ”produktionsbortfall” med mera, detta framkommer ej i nedan tabell.

	2015	2016	2017
Vänerns borgs kommun	25,2 miljoner kronor	30,7 miljoner kronor	32,4 miljoner kronor
Melleruds kommun	5,0 miljoner kronor	6,1 miljoner kronor	6,0 miljoner kronor

Tabell 4, hämtad från Vänerns borgs kommun och Melleruds kommun, 2018

*Andel av utbetalda sjukpenningdagar till personer registrerade som arbetssökande i systemet, saknas registrering saknas statistik, således kan viss felmarginal förekomma.

**Avser antalet sjukdagar för år 2017.

Hälso- och sjukvården

- Erbjuder god hälso- och sjukvård för de som är bosatta i regionen.
- Ansvarar för medicinsk rehabilitering.
- Tillhandahåller medicinsk vård, behandling, habilitering och rehabilitering
- Har som mål att individen skall uppnå bästa möjliga funktionsnivå och välbefinnande.
- Arbetar med rehabilitering för att förbättra en funktionsnedsättning.
- Förmedlar underlag till Försäkringskassan och andra aktörer för bedömning av rehabiliteringsbehov och andra lämpliga åtgärder.

Socialtjänsten

- Kommunen har det yttersta ansvaret för de som vistas i kommunen och genom socialtjänstlagen regleras kommunens ansvar för bland annat äldre människor, personer med funktionsnedsättningar, barn och unga samt personer med missbruksproblematik.
- Socialtjänsten främjar ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktivt deltagande i samhällslivet.
- Ansvarar för att den enskildes sociala rehabilitering utifrån socialtjänstlagen vilket innebär att råd, stöd, service, sysselsättning och behandling erbjuds.

Försäkringskassan

- Samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringssamverkan.
- Ser till att en kartläggning genomförs och att åtgärder vidtas, tillsammans med individen.
- Avstämningsmöten med andra myndigheter.
- Ser till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas snarast möjligt.

Arbetsförmedlingen

- Har ett samlat ansvar för funktionsvariationsfrågor inom arbetsmarknadspolitiken.
- Bedriver arbetsinriktad rehabilitering genom vägledande, utredande, rehabiliterande och arbetsförberedande insatser.
- Arbetar långsiktigt för att individer skall finna, få, behålla eller återgå till arbete med både den enskildes perspektiv och arbetsgivarens perspektiv i centrum.

Arbetsgivaren

- Skall i samråd med individen svara för att dennes behov av rehabilitering kartläggs och att åtgärder vidtas för att få en effektiv rehabilitering.
- Arbetsgivarens ansvar är begränsat till arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder inom eller i anslutning till den egna verksamheten.

Samordningsförbundet

Samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud och dess ingående parter Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Västra Götalandsregionen samt kommunerna Vänersborg och Mellerud arbetar för en förbättrad arbetslivsinriktad rehabilitering i samverkan för de individer som står utanför arbetsmarknaden.

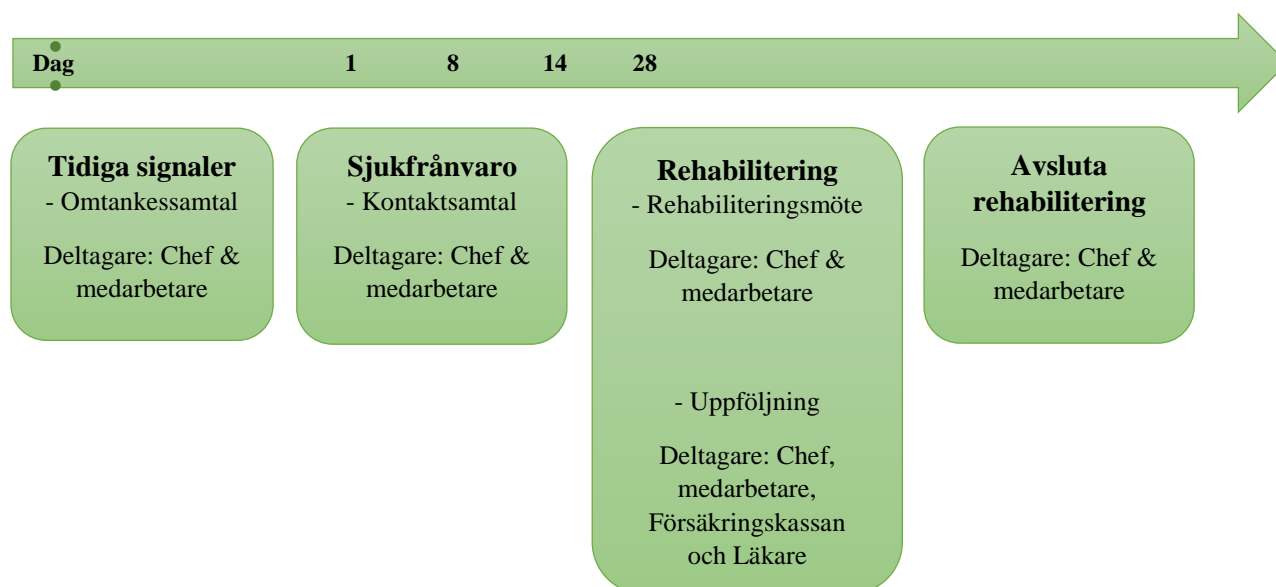
Arbetet med att motverka ohälsa och minska höga sjuktal, arbetslöshet och socialt utanförskap kräver tid, resurser och långsiktigt arbete för att åstadkomma en varaktig förändring. Nedan beskrivs kortfattat de olika parternas ingång och ansvar utifrån socialförsäkringsbalken vilken syftar till att den som drabbas av sjukdom skall få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

Sjukskrivningsprocessen

Kommunerna som arbetsgivare arbetar förebyggande för att motverka risker, ohälsa eller olycksfall. Det finns rutiner för att främja en god sjukskrivningsprocess så att medarbetaren kan återgå i arbete. Vid tidiga tecken på ohälsa skall arbetsgivaren ta ansvar för att hitta åtgärder som skapar förutsättningar för en god arbetsmiljö. Tidiga insatser och förebyggande insatser beskrivs främja god hälsa.

Rehabilitering innebär åtgärder som är medicinska, sociala och arbetsinriktade med målet att medarbetaren skall få tillbaka arbetsförmåga och förutsättningar för ett gott liv. Arbetsinriktad rehabilitering innebär åtgärder som genomförs för att underlätta återgång till arbetslivet efter sjukfrånvaro.

Om en arbetstagare blir sjuk ligger till en början ansvaret på medarbetaren och arbetsgivaren. Efter 15 dagar får även Försäkringskassan och sjukvården ett större ansvar. Nedan kommer en beskrivning om vad som förväntas av medarbetaren men också av chefer och yrkesprofessionella utifrån deras olika ansvarsområden.



Tidiga signaler, innan medarbetaren blir sjukskriven

- Medarbetaren: Själv uppmärksamma tidiga signaler som kan tyda på ohälsa. Ta kontakt med chef för att ha en dialog. Medverka till att hitta lösningar som är hälsofrämjande.
- Kollegor: Vid oro och misstanke om ohälsa hos en kollega bör kontakt tas med kollega och/eller chef.

Arbetsgivare: Vara uppmärksam och reagera på tidiga signaler på ohälsa genom dialog och kontakt med medarbetarna. Chefen måste ta sig tid både till att lyssna och aktivt söka information. Om signaler på ohälsa förekommer vid upprepade tillfällen kan det ses som att något inte står rätt till, då skall ett informellt omtankessamtal/kontaktsamtal föras mellan medarbetare och chef. Om medarbetaren haft mycket korttidsfrånvaro skall chefen överväga att ta kontakt med företagshälsovården för att erbjuda stöd som kan behövas.

Sjukfrånvaro dag 1

- Medarbetaren: Sjukanmäler sig till chef och eventuellt arbetsplatsen. **Medarbetaren har under hela processen ansvar för att medverka i sin egen rehabilitering, hålla kontakten med chefen och vara öppen för förslag och lösningar för att lättare komma tillbaka till arbetet.**
- Arbetsgivaren: Prata med medarbetaren om vad som kan underlätta en snabb återgång till arbete. Gör sjuklöneavdrag. **Under hela sjukskrivningsprocessen skall chef dokumentera och registrera i kommunens antagna system för hantering av dessa uppgifter.**

Sjukfrånvaro dag 2-14

- Arbetsgivaren: Bedöma och betala sjuklön dag 2-14. Hålla kontakten med medarbetaren och ta del av information om arbetsförmåga och när återgång till arbete kan ske. **Arbetsgivaren har under hela processen ansvar för att diskutera möjlighet till arbete på deltid eller tillfälligt ändrade arbetsuppgifter och arbetstider för att underlätta återgång till arbete.**

Sjukfrånvaro dag 8

- Medarbetaren: Ska kontakta läkare och berätta om arbetssituationen och hur förmågan att utföra arbete påverkas av sjukdom/skada/behandling. Medarbetaren behöver vara tydlig med symptom och vilka begränsningar som upplevs. Medarbetaren skall diskutera arbetsförmåga med läkaren, både gällande krav och omfattning. Lämna in sjukintyg till arbetsgivaren.
- Sjukvården: Gör en bedömning av arbetsförmågan i förhållande till rådande arbetsuppgifter. Rehabkoordinator kan kopplas in, detta kan även medarbetaren önska på egen hand. Läkaren skall tydligt presentera hur sjukdomen påverkar medarbetarens förmåga att arbeta och vilken funktion som är nedsatt.
- Arbetsgivaren: Läkarintyget bedöms och rätt till sjuklön avgörs. Prata om hinder och möjlighet för att återgå till arbetet. Stämma av information från läkarintyget och bedöma rätt till sjuklön. Saknas tillräckliga uppgifter skall kontakt tas med medarbetaren som får ta kontakt med sin läkare för att komplettera detta.

Sjukfrånvaro dag 15 -90

- Medarbetaren: Vid arbetsträning och deltagande i rehabilitering kan medarbetare få rehabiliteringsersättning förutsatt att en rehabiliteringsplan finns.
- Arbetsgivaren: Hålla medarbetaren informerad om vad som händer på arbetsplatsen och bjuda in denne till exempelvis personalmöten. Avsätta tid och resurser för att utreda rehabiliteringsbehovet i samarbete med medarbetaren. Chefen skall löpande följa upp rehabiliteringsplanen och planerade åtgärder tillsammans med medarbetaren, uppföljningen skall även vara tidsatt och revideras vid behov. Kontakt med Försäkringskassan kan tas om avstämningsmöte önskas, samråd skall då ha gjorts med medarbetaren. Vid behov av ytterligare stöd utifrån kan arbetsgivaren kontakta personalavdelning, nätverk, företagshälsovård med mera. Under en eventuell arbetsträning skall arbetsgivaren observera och prata med medarbetaren om hur det går. Om behov föreligger skall en arbetsförmågebedömning genomföras. Målet skall främst vara inriktat på att medarbetaren

skall återgå i ordinarie arbete. Eventuell omplacering kan bli aktuell om medicinskt utlåtande finns som påtalar behov av detta. Arbetsgivaren kan bekosta en kortare utbildning till nytt arbete inom kommunen om medarbetaren är motiverad och arbetsgivaren har ett anställningsbehov.

- Försäkringskassan: Läkarintyget bedöms av Försäkringskassan som avgör rätt till sjukpenning och/eller rehabiliteringsersättning om medarbetaren inte kan gå tillbaka till de vanliga arbetsuppgifterna. Har samordningsansvar för rehabiliteringsprocessen och ansvar för att en handlingsplan upprättas. Ska bevaka aktörerna i rehabiliteringsprocessen och möjliggöra en effektiv process.

Sjukfrånvaro dag 91-180

- Arbetsgivaren: Rehabilitering kan avslutas i samråd med medarbetaren. Om medarbetaren inte kan återgå till ordinarie arbete med full sysselsättning skall chefen vara försäkrad om att rehabiliteringsåtgärderna är uttömda på arbetsplatsen, detta skall också finnas tydligt dokumenterat. Undersökning om möjlighet till omplacering skall först göras av chefen. I de fall det inte är möjligt genom chefen skall personal från personalavdelningen kopplas in och en omplaceringsutredning genomföras. Om rehabiliteringen är avslutad och medarbetaren inte kan återgå till i ordinarie arbete kan det leda till omplacering, sjukersättning, överenskommelse om avslut av anställning eller uppsägning av personliga skäl.
- Försäkringskassan: Efter 90 dagar har medarbetaren rätt till sjukpenning om denne inte kan återgå till någon arbetsuppgift hos arbetsgivaren.
- Medarbetaren: Begära ersättning via AFA-försäkring. Om medarbetaren är sjuk på grund av arbete kan en arbetsskadeanmälan göras tillsammans med chefen som skickas till löneavdelningen och vidare till Försäkringskassan.

Sjukfrånvaro dag 181-365

- Arbetsgivaren: Om en rehabilitering avslutas under denna tid skall processen gå till på samma sätt som i ovan period.
- Medarbetaren: Om arbetsförmåga på heltid eller deltid över hela arbetsmarknaden inte bedöms föreligga för all framtid skall en ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning upprättas och lämnas till Försäkringskassan. Samråd skall ske med sjukvården och arbetsgivaren för att samtliga underlag skall kunna bifogas en ansökan.
- Försäkringskassan: Sjukpenning betalas ut om medarbetaren inte kan utföra något arbete alls på arbetsmarknaden. Sjukersättning och aktivitetsersättning kan också beviljas om bedömningen är att medarbetaren inte kommer återfå någon arbetsförmåga, antingen på heltid eller deltid.

Sjukfrånvaro dag 366 →

- Försäkringskassan: Efter 365 dagar har medarbetaren endast rätt till sjukpenning om denne inte kan utföra något arbete alls på den vanliga arbetsmarknaden.

Under avstämningsmöten är medarbetaren, Försäkringskassan och minst en annan part som kan påverka medarbetarens situation med, det kan vara arbetsgivaren, behandlande läkare eller representant från Arbetsförmedlingen. En anhörig eller representant från företagshälsovård eller fackförbund kan också finnas med om medarbetaren så önskar. Under mötet skall man ta reda på vad medarbetaren kan och inte kan göra och ta ställning till vilka åtgärder som krävs för att medarbetaren skall kunna återgå till arbete. Diskussion om att arbeta deltid och om behov av arbetslivsinriktad rehabilitering finns skall föras. Resultatet skall ligga till grund för planeringen för återgång i arbete. Samtycke skall finnas för mötet.

Hälsoflödet utformas

Vid diskussion om vilka behov av samverkansinsatser som skulle vara aktuella inför 2017 framkom det från parterna att ett behov fanns av att arbeta gemensamt med att sänka sjukpenningtalet. En arbetsgrupp utsågs av Samordningsförbundets beredningsgrupp för att arbeta fram ett förslag på en insats.

Arbetsgruppen bestod av rehabkoordinator, processledare inom sjukskrivningsprocessen för NU-sjukvården/ Västragötalandsregionen, biträdande avdelningsföreståndare på psykiatrimottagningen, samverkansansvarig på Försäkringskassan, sektionschef på Individ- och familjeomsorgen, sektionschef på Arbetsförmedlingen, personalchef Vänersborgs kommun, HR-konsult Melleruds kommun, arbetsmiljöutvecklare Vänersborgs kommun samt chefen för Samordningsförbundet.

Under våren 2017 diskuterades behov. Några tankar som kom upp var att läkare behövde sjukskriva rätt och cheferna behövde hantera sin del i sjukskrivningsprocessen, chefer behövde ta ett större ansvar, hur den upplevda skillnaden var för medarbetare med heltids-/ deltidssjukskrivningar, hur påverkade antalet medarbetare per chef hälsan, hur arbetade arbetsgivarna för att långtidssjukskrivna skulle återgå i arbete och mycket mer. Gruppen diskuterade hur de skulle samspela och vad uppdraget skulle bestå i. Idén om att definiera verksamheternas svagheter och jobba tillsammans för att åtgärda dessa uppkom. Frågan om att pröva en modell utifrån en avgränsad målgrupp lyftes till samordningsförbundets styrelse och svaret var positivt. Förslag på modell diskuterades och samtliga parter kom fram till att processen hos den enskilde måste följas för att lokalisera flaskhalsar som bidrog till långtidssjukskrivningar, belysa dem och hitta förslag på åtgärder. I augusti 2017 sammanställdes en uppdragsbeskrivning för det nya projektet ”Hälsoflödet” och en projektledare tillsattes under hösten 2017.

Styrning och ledning

Vänersborgs och Melleruds kommuns personalavdelningar ansvarade gemensamt för projektledningen. Arbetsgruppen följde insatsen och var ett bollplank till projektledning och projektledaren. Arbetsgruppens representanter träffades regelbundet och respektive representant utgick från vad just deras verksamhet kunde bidra med. Tillsammans följde de projektets process.

Syfte

Syftet med projektet var att identifiera flaskhalsar som förlängde sjukskrivningsprocessen och därmed även höjde sjukpenningtalet. Genom identifiering och synliggörande av flaskhalsarna gavs möjlighet att hitta en arbetsmodell som effektiviserar sjukskrivningsprocessen.

Mål

Målet var att sänka sjukskrivningstalet i Vänersborg och Mellerud kommun. Detta gjordes genom att en gemensam arbetsmodell arbetades fram för en effektivare sjukskrivningsprocess med kortare ledtider och därmed snabbare återgång till arbete. Modellen som arbetats fram skulle implementeras i ordinarie verksamheter hos de ingående parterna. Flaskhalsar i processen påverkade inte bara anställda utan även de som har en sjukskrivning men saknar anställning. Modellen skulle även komma till gagn för utvecklingen av organisationer som arbetar med att stödja personer som uppstår offentlig försörjning.

Målgrupp

Målgruppen var samtliga anställda och boende i kommunerna men för att avgränsa insatsen under projekttiden togs en pilotgrupp fram. Pilotgruppen utgjordes av kvinnor i åldern 30-50 år som var

anställda i Vänersborgs och Melleruds kommun och som har varit sjukskrivna på hel- eller deltid från sin anställning i 90 dagar eller mer.

Intervjuer genomfördes även med chefer och yrkesprofessionella inom sjukvården och Försäkringskassan.

Omfattning

Tio till tjugo anställda önskades delta i studien samt en chef och minst en yrkesprofessionell från sjukvården eller Försäkringskassan som den sjukskrivne hade kontakt med. Utifrån GDPR-lagstiftningen fick omfattningen justeras. Istället för intervjuer med en chef och yrkesprofessionell från den sjukskrivnes nätverk intervjuades chefer och yrkesprofessionella med erfarenhet av långtidssjukskrivningar. Totalt genomfördes 33 intervjuer varav nio med sjukskrivna, åtta med chefer, sex med läkare, fyra med rehabkoordinatorer, tre med kuratorer, två med personliga handläggare från Försäkringskassan och en med sjukgymnast/fysioterapeut.

Tidsplan

Projektet pågick under en period om sex månader, från och med 180201. Därefter skall arbetsgruppen arbeta vidare för att främja arbetet med att minska sjukpenningtalet i kommunerna utifrån studiens analys och resultat.

Metod

Personalavdelningarna i Mellerud och Vänersborg identifierade anställda inom målgruppen och erbjöd dem att delta i studien. De som samtyckt lämnades sedan över till projektledaren. De yrkesprofessionella som deltog i intervjustudien valdes utifrån en så bred spridning som möjligt samt tillgänglighet. Styrgruppen bokade intervjuer med läkare och kuratorer. Projektledaren bokade intervjuer med rehabkoordinatorer och sjukgymnast/fysioterapeut. Personalavdelningarna identifierade anställda chefer med erfarenhet av långtidssjukskrivningar och erbjöd dem att delta i studien. Kontaktuppgifter lämnades sedan till projektledaren och intervjuer bokades med cheferna.

Ett intervjumaterial arbetades fram av projektledaren med stöd från arbetsgruppen. Intervjun utgick ifrån att ta reda på upplevelsen av sjukskrivningsprocessen och vad personerna hade för behov för att komma vidare. De yrkesprofessionella intervjuades utifrån sin syn och upplevelse av personens sjukskrivningsprocess. De fick också beskriva sin syn på sjukskrivningsprocessen utifrån sin organisation samt ur ett samverkansperspektiv (bilaga 2).

Intervjuerna skrevs rent och ett resultat av intervjuerna sammanfattades. Resultatet analyserades sedan av projektledaren och styrgruppen. Styrgruppen presenterade sedan förslag på åtgärder som identifierats.

Omvärldsbevakning

Om en medarbetare blir sjukskriven har arbetsgivaren ett lagstadgat rehabiliteringsansvar enligt ovan beskrivning som regleras i AFS 1994:1.

Det framkom av föreskriften att arbetsgivaren fortlöpande skulle ta reda på vilka behov av åtgärder för arbetsanpassning och rehabilitering som förelåg samt att verksamheter med behov av arbetsanpassning och rehabilitering skulle organiseras så att detta kunde bedrivas i samarbete med Försäkringskassan och berörda myndigheter (§ 1, § 4 och § 8 AFS 1994:1). Föreskriften var tydlig med att detta ansvar föreligger hos arbetsgivaren oavsett om händelsen inträffat utanför eller i arbetet, att utredning för

arbetsanpassning och rehabilitering behövde sättas in så snart som behovet hade identifierats samt att den enskilde hade ett eget ansvar att medverka i planeringen av lämpliga åtgärder.

Arbetet med att minska långtidssjukskrivningar har varit aktuellt länge. När AFS 2015:4 publicerades förtydligades hur arbetet med organisatorisk och social arbetsmiljö skulle bedrivas. Där framkom det bland annat att arbetsgivaren skulle se till att den anställdes arbetsuppgifter och befogenheter inte gav upphov till ohälsosam arbetsbelastning, att åtgärder skulle vidtas för att motverka att arbetstidens förläggning ledde till ohälsa och att det tydligt skulle klargöras att kränkande särbehandling inte var accepterat på arbetsplatsen (§ 9, § 12 och § 13 AFS 2015:4).

Det finns tydliga föreskrifter för hur arbetsgivare, medarbetare och andra myndigheter skall arbeta med systematiskt arbetsmiljöarbete, både vad gäller fysisk och psykisk arbetsmiljö. Vid en omvärldsbevakning uppmärksammas flera goda exempel på hur andra kommuner tagit sig an frågan.

Tidaholm

I Tidaholm arbetade man fram rapporten ”upprop för ett friskare Tidaholm” där man fann att komplexiteten i de anställdas livssituation kunde leda till sjukskrivningar utifrån felaktiga grunder. I slutrapporten framkom att de minskade sjukpenningtalet genom att arbeta med tidig samverkan och tidiga insatser mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Hälso- och sjukvården och Socialförvaltningen.

Torsby

Torsby kommun var också ett gott exempel på hur man sänkt sjukskrivningsantalet. Två utmärkande saker för hur Torsby tog sig an situationen var att de såg att bakomliggande orsaker till sjukskrivningen inte alltid var arbetsrelaterade utan att hela livet påverkade arbetet. Den andra delen som utmärkt Torsby var att de arbetat hårt med att arbetssättet förankrades i hela organisationen och att cheferna hade befogenheter från ledningen. De arbetade även med förebyggande sjukskrivningar som beviljas av Försäkringskassan. Det innebär att den anställda får ersättning under tiden som denne frikopplas från arbetet för att delta i aktiviteter som kommunen som arbetsgivare finansierar. Andra åtgärder de arbetat med var ett kartlägningsarbete av vilka som var sjuka för att öka kunskapen, bli bättre på att se tidiga signaler, kurserbjudande från företagshälsovården för sjukskrivna samt för de i riskzonen, tydliggörande av medarbetarnas eget ansvar och att medarbetarna hade en god dialog med sin närmsta chef. Dessa insatser och åtgärder hade halverat sjukskrivningstalet i kommunen.

Trollhättan

”Projekt FriskUsk – Ett hälsofrämjande projekt för att långsiktigt motverka ökat antal av långtidssjukskrivningar” som Trollhättan genomfört genom att arbeta hälsofrämjande. Projektet syftade även till att utöka samarbetet med primärvården för att belysa vikten av utförliga läkarintyg. De utgick från Antonovskys syn på hälsa som innebär att det som är avgörande för hur en människa mår beror på hennes upplevda känsla av sammanhang, KASAM.

Utifrån KASAM:s synsätt är inte en människa antingen sjuk eller frisk utan alla befinner sig någonstans på en skala mittemellan. Graden av hur frisk man känner sig bestäms av KASAM som är indelad i tre delar. 1. Begriplighet, känslan av att det som händer i världen är begripligt, strukturerat och förutsägbart. 2. Hanterbarhet, resurser som krävs för att möta omgivningens alla krav. 3. Meningsfullhet, omfattar känslan av delaktighet, påverkansmöjligheter och engagemang (www.kasam.se/).

Trollhättan utgick då från tanken om att hög KASAM gav god hälsa och låg KASAM gav ohälsa. De hade ett salutogent förhållningssätt under projektet som innebar att de hade ett hälsofrämjande perspektiv. De beskrev att de inhämtat material från tidigare studier som visade på vilka de viktiga

friskfaktorerna var på en arbetsplats och jämförde sedan denna forskning med svaren från de medarbetare som intervjuades. Målgruppen för de som intervjuades valdes ut utifrån att de uppfyllde kriterierna om god trivsel, god arbetsprestation och låg sjukfrånvaro. Under intervjuerna ställdes frågor om val av yrke, attityd till arbete, chefs- och ledarskap, motivationsfaktorer, feedback, copingstrategier, friskfaktorer i grupp, framtida önskemål, goda exempel samt vad som tog energi. Slutsatsen blev att Trollhättans stads anställda såg samma friskfaktorer som beskrivs i KASAM och i de andra studierna de undersökt innan intervjuerna. Några exempel var delaktighet, god kommunikation, gemensamma och tydliga mål och rutiner samt att ledarskapet spelade stor roll för enskilda medarbetare, arbetsgruppen och verksamheten i stort.

Försäkringskassan och Värmland

Det är inte bara kommuner som har tagit sig an uppgiften att sänka antalet sjukskrivna.

Försäkringskassan har tillsammans med Värmlands landsting och kommuner ingått i ett samarbete för att motverka och förkorta sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa. De ville förbättra samverkan mellan olika aktörer för att individens behov skulle tillgodoses på ett bättre sätt. En del i detta var att ta fram "Persona Anna" som utgick från 14 djupintervjuer med målgruppen. Syftet med "Persona Anna" var att samtliga inblandade parter skulle få en samsyn om vem den sjukskrivne var genom att förstå hennes behov, drivkrafter, attityder och beteenden.

Resultatet av intervjuerna och sammanställningen av persona Anna beskrivs nedan.

Resan inleds med att Anna inte hinner prioritera sig själv utan sätter andras behov framför sina egna vilket i längden bekostar henne hennes egen hälsa. Hon kämpar sedan trots att hon inte klarar av att leva upp till kraven som ställs på henne vilket leder till att hon kraschar. Hennes kropp säger ifrån och hon känner inte igen sig själv då hon är orkeslös och har svårt att hitta mening i tillvaron. Under denna tid förändras hennes självbild och hon känner inte igen den hon blivit. Anna har svårt att förstå hur sjuk hon faktisk är och att det tar tid att komma tillbaka. Hon kommer behöva kämpa för att hitta sitt nya jag och att prioritera sig själv.

Försäkringskassan beskriver kundresan i sex steg.



- Kampen:** Anna sjukskrivs några få dagar i taget. Här är det avgörande hur Annas arbetsgivare uppmärksammar signalerna då hon själv inte är medveten om sitt mående. Här kan man som chef stoppa en krasch.
- Kraschen:** Anna blir nu sjukskriven i två veckor. Hon behöver här hjälp att få en snabb kontakt med en läkare och samtalskontakt då hon själv inte vet vem hon skall vända sig till.
- Ambivalens:** Hon försöker ta reda på vart hon skall vända sig och hamnar nu i "sjukskrivningsloopen" som innebär att hon blir sjukskriven två veckor i taget. Hon börjar

tänka på arbetet som hamnar i kollegornas knän och om hon verkligen är tillräckligt sjuk för att vara hemma. Om chefen är lyhörd är denne ett viktigt stöd för Anna nu. Tankarna om kontakt med Försäkringskassan är kravfyllda med blanketter, anmälningar, ansökningar och så vidare, i detta läge spelar en person som kan underlätta denna kontakt en stor roll för Annas mående. Hon lägger mycket tid på att tänka på att hon måste tillbaka till arbetet och bli frisk.

4. **Erkännande:** Anna inser nu att hon är sjuk och söker verktyg för att bli frisk. Chef och företagshälsovård är här viktiga kontakter. Hon behöver träffa samma läkare och samtalskontakt för att få tydliga riktlinjer. Det är nu Anna som är länken mellan arbetsgivaren, Försäkringskassan och sjukvården vilket är svårt och stressigt.
5. **Fotfäste:** Hon är fortfarande mycket påverkad av utmattningssyndromen. Hon börjar nu fundera på hur hon skall klara av att gå tillbaka till samma arbete samtidigt som hon är hoppfull om att återgå. Hon börjar känna sig bortkopplad från arbetsplatsen och chefen. Upplevelsen är att det är här rehabiliteringen startar. Avstämningmöten med samtliga inblandade parter samt kontakt med andra i liknande situation är avgörande.
6. **Comeback:** Sakta återgår Anna till arbete, sysselsättningsgraden pendlar mellan 25 – 50 – 75 %. Anna tänker att en reservplan är bra om hon inte klarar av arbetet och hon vill få klarhet i vad chefen bestämmer och vad Försäkringskassan bestämmer. Social träning är ett viktigt första steg tillbaka till arbetet och detta underlättas om det prioriteras av chefen. Kan chefen och Försäkringskassan vara flexibla utifrån Annas behov blir det lättare för henne att komma tillbaka. Stödet från kollegorna är också avgörande. Anna önskar att ha kvar samma läkare och samtalskontakt även om hon är åter på arbetsplatsen då dessa är en trygghet för henne. Rehabiliteringsplanen måste följas och processen från social träning till arbetsträning till arbete på deltid får inte gå för fort fram.

Sammanfattningsvis beskrivs att mål- och prestationsinriktad, envis och ansvarstagande är egenskaper hos Anna som försvårar upptäckten av henne psykiska ohälsa. Det är avgörande om någon i omgivningen reagerar tidigt på hennes signaler. För att förebygga en krasch måste arbetsgivare och chefer vara proaktiva, initiativtagande och ha verktyg för att förstå och ingripa under kampen innan det går för långt. Anna förändras under resans gång och ”projektledarrollen” måste tas över av någon annan för att frigöra Anna från det ansvaret.

Det framkommer av de intervjuade i studien att alla haft minst en person som har betytt något extra för dem och som har påverkat hur resan sett ut. Systemet i sig hjälper inte till i processen utan det är enskilda individer med kompetens som är avgörande.

Sveriges Kommuner och Landsting

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har också belyst frågan om de höga sjukskrivningstalen. De har utformat en innovationsguide där de söker efter nya metoder och sätt att tänka för att lösa framtidens samhällsutmaningar. Genom sex olika steg är tanken att lösningen inte alltid är klar när arbete påbörjas och utgångspunkten är inte att hitta lösningar utan att hitta rätt lösningar. Denna innovationsguide är till hjälp för arbetsgivare att skapa arbeten som är anpassade för individen och inte tvärt om, så kallad ”tjänstedesign”. Arbetssättet fokuserar på behov istället för lösningar, på insikter istället för antaganden, på verklighet istället för verksamhet och att testa istället för att diskutera. Genom att arbeta tillsammans, omformulera problem och förstå behov skapas förutsättningar för en hållbar förändring. Denna modell skiljer sig från det klassiska synsättet att utgå ifrån verksamhetens behov och har istället utgångspunkten att skapa hållbara arbetsplatser och anställda.

**Ringa in**

Hitta vad i tjänsten som behöver utvecklas och förstå den anställda som är tillsatt på tjänsten.

**Undersöka**

Undersök den anställdes behov och hur arbetet påverkar dennes liv. Vilka drivkrafter kan identifieras hos den anställda?

**Fokusera**

Prioritera de viktigaste områdena för att den anställda skall kunna uppfylla arbetets krav och samtidigt ha en god hälsa både på arbetet och privat.

**Ta fram idéer**

Ta fram flera möjliga idéer på hur tjänsten skulle kunna utvecklas och lägg ihop dem. Hitta lösningarna.

**Testa idéer**

Testa den nya tjänsten och ta emot feedback under processen och utveckla tjänsten vidare.

**Förverkliga**

Tjänsten som nu är utformad utifrån den anställdes behov skall nu förhoppningsvis innebära ett hållbart arbetsliv och främja en god hälsa.

Resultat

Innan sjukskrivning

I intervjuerna med de sjukskrivna framkom det att majoriteten av dem hade liknande berättelser som Försäkringskassans ”persona Anna”. Likheterna handlade bland annat om att de sjukskrivna satte andras behov före sina egna, de kämpade på tills de kraschade, de kände inte igen sig själva och återgången tog tid. Det var inte enbart de sjukskrivna som uppmärksammat denna resa utan samtliga som deltagit i studien.

Samtliga, förutom sjukgymnasten/fysioterapeuten, som deltagit i studien, upplevde en hög arbetsbelastning. Cheferna uttryckte att det var svårt att prioritera det systematiska arbetsmiljöarbetet och kunna stötta de anställda med psykisk ohälsa. En läkare arbetade på helgen för att hinna med arbetet.

Behandlingar och första kontakten

De sjukskrivnas berättelser om kontakten med vården stämde överens med vårdens berättelser om hur de arbetade. Första mötet skedde snabbt, till en början rekommenderades egenvård och vila och de fick ofta kontakt med en rehabiliteringsmottagning. De sjukskrivna upplevde att det var svårt att genomföra egenvården, stöd och hjälp med motivation önskades för att starta upp de nya vanorna. Det framkom även att resultaten delvis var motstridiga i frågan gällande medicinering, vården påtalade att medicinering sällan rekommenderades till patienter med utmattningssyndrom. Majoriteten var sjukskrivna på grund av utmattningssyndrom och/eller stressreaktion. Hälften av de sjukskrivna berättade att de rekommenderats medicinering.

Parterna från vården påtalade att det inte finns någon evidensbaserad behandlingsmetod för utmattningssyndrom. Vården påpekade att konferenser av olika slag var bra för att tillsammans diskutera behandlingar och möjligt stöd som den sjukskrivna kunde erbjudas. Den interna samverkan på de olika vårdcentralerna uppfattades som bra.

Det framkom från både de sjukskrivna och de som arbetade på vårdcentralerna att det fanns en svårighet i att få kontakt med psykiatrimottagningen. Läkaren från psykiatrimottagningen beskrev att de patienter de tog emot ofta hade haft kontakt med primärvården tidigare. De som hade kontakt hade ofta större begränsningar och läkaren på psykiatrimottagningen berättade att deras patienter sällan återgick till arbete på heltid och många som återgick hade anpassade anställningar. Bilden av hur psykiatrimottagningen arbetade och hur psykiatrimottagningen själva uppgav att de arbetade stämde inte överens med varandra. Personal på vårdcentralerna upplevde att psykiatrin inte tog emot patienter som vårdcentralen upplevde vara psykiatris målgrupp. Läkaren på psykiatrimottagningen berättade att de idag arbetade med de som hade psykisk ohälsa som var bestående och svårbotad.

Tidig samverkan

Samtliga parter påtalade att återhämtning vid utmattningssyndrom var viktigt under det inledande skedet av sjukskrivningen. Trots detta beskrev flera sjukskrivna och chefer att sjukskrivningarna i början av sjukskrivningsprocessen varit korta. De sjukskrivna berättade att det hela tiden fanns en stress och oro gällande sjukskrivningen och cheferna berättade att rehabiliteringsplanen och verksamheten blev svårplanerad. De sjukskrivna beskrev att de i början av sjukskrivningen fick lägga mycket energi på att vara samordnare och medla mellan de olika parterna. Detta intygades av några parter från vården som beskrev att ansvar lades på den enskilde att själv kontakta rehabiliteringsmottagningarna. En handläggare från Försäkringskassan förklarade att ansvaret återgick till den enskilde om handläggaren själv inte fick kontakt med läkarna vid frågor. Endast hälften av de sjukskrivna hade haft kontakt med en rehabkoordinator. De sjukskrivna beskrev att de inte var redo för det ansvaret och att det var svårt att motivera sig till att ta kontakt, oavsett med vem. Samtidigt som de sjukskrivna agerade samordnare hade de rekommenderats egenvård, detta under en period av sjukskrivningen där samtliga parter beskrev att återhämtning var det viktigaste för en bra sjukskrivningsprocess. De sjukskrivna efterfrågade mer samordnat stöd under denna period, många gånger hade anhöriga stöttat den sjukskrivne.

I Tidaholmsstudien framkom det att parterna hade påbörjat en tidig samverkan och tidiga insatser vilket minskade sjukskrivningarna. Detta påtalades även av parterna som deltagit i denna studie. Alla parterna i denna studie beskrev goda exempel på hur de arbetade med psykisk ohälsa. Dock var

samtliga parter överens om att samverkan behövde fungera bättre och att dialogen parterna emellan var kärv.

Vårdcentralerna uppfattade att det var svårt att samverka med psykiatrimottagningen. Flera av cheferna påtalade att det ibland var den sjukskrivne som uteblev från möten med arbetsgivaren. Flera läkare upplevde att de hade mer kontakt med arbetsgivaren för några år sedan. Flera chefer och läkare upplevde att Försäkringskassan samverkade mer med dem förr. Flera av de sjukskrivna upplevde bristande kontakt med arbetsgivaren och läkarna. Försäkringskassans handläggare uppfattade att samverkan med vården blivit sämre än den varit förr och flera läkare upplevde i sin tur att Försäkringskassan aldrig var delaktiga vid nätverksmöten. En rehabkoordinator beskrev att det var svårt att få kontakt med Försäkringskassan. En av cheferna hade deltagit vid ett större nätverksmöte. Samtliga parter förväntade sig mer stöd från Försäkringskassan. Flera chefer berättade att det var svårt för dem att veta om den sjukskrivne hade en fungerande rehabiliteringsplan med vården. Sjukgymnasten/fysioterapeuten påpekade att samverkan handlade om att samtliga parter behövde ha ett intresse av att samverka och lägga ner tid på att lära känna varandra.

Självinsikt

Parterna och de sjukskrivna hade även samma bild av att fortsatt kontakt med läkarna var svårare och att mötena mellan läkare och patient var korta. Likhet fanns också mellan de sjukskrivna och vårdens upplevelse av att fysiska undersökningar efterfrågades trots att det var den psykiska ohälsan som låg till grund för symtomen. Självinsikten var många gånger bristfällig hos de sjukskrivna och detta vittnar samtliga parter om och även de sjukskrivna själva. Att få insikt tog tid, detta gick inte att behandla eller skynda på. Att den sjukskrivne fick stöd i att få självinsikt beskrevs av samtliga parter som en faktor som gynnade sjukskrivningsprocessen. En handläggare från Försäkringskassan påtalade att självinsikten upplevdes ta längre tid för de sjukskrivna som fått vänta länge på samtalsstöd. En kurator påtalade dock att tillfällig psykisk ohälsa ibland var naturlig och att en kuratorskontakt inte skulle göra någon skillnad, det handlade då om naturlig sorg så som sorg på grund av närståendes bortgång. Flera chefer berättade att de sjukskrivna som de hade kontakt med sällan erbjöds samtalsstöd, detta stämde inte överens med de sjukskrivnas berättelser där majoriteten fått samtalsstöd.

Flera av de sjukskrivna påtalade en önskan om att få träffa andra i liknande situation för att ta del av varandras erfarenheter. Vården kunde också se att gruppbehandlingar var bra om patienterna hade kommit en bit i sjukskrivningsprocessen. De sjukskrivna berättade att de ville veta att de inte var ensamma i sin situation. Sjukgymnasten/fysioterapeuten berättade att mycket tid gick till att prata med den sjukskrivne om att tillståndet och biverkningarna var normala.

Kunskap och ansvar

Parterna från vården berättade att möjliga behandlingar beskrevs och diskuterades med den sjukskrivne som också fick vara med och påverka behandlingen. Flera av de sjukskrivna berättade dock att de inte fått ta del av möjliga behandlingar. Hälften av de sjukskrivna visste exempelvis inte vad en rehabkoordinator var och några visste inte att det fanns olika kurser att gå på. Flera parter från vården påtalade problematiken i att de sjukskrivna inte tog ansvar för sin behandling, detta gjorde att sjukskrivningsprocessen stannade upp. Några läkare berättade att det var svårt att arbeta motiverande utifrån den korta tid de träffade de sjukskrivna. En läkare berättade att de sjukskrivna ibland sjukskrevs för att det var lättare och gick fortare än att ta en diskussion trots att läkaren egentligen inte ville sjukskriva patienten. En annan läkare berättade att det var lättare att sjukskriva på grund av arbetsrelaterad ohälsa snarare än personliga förhållanden. Försäkringskassan och vården påtalade många gånger att stafettläkare gjort att sjukskrivningsprocessen stannat av då de endast haft fokus på

”här och nu”. Det var svårt för stafettläkare att ordna en hållbar rehabiliteringsplan utifrån deras förutsättningar, jämfört med en läkare med tillsvidareanställning.

Samtliga inom vården fick själva leta reda på information och hålla sig uppdaterade inom området förutom de gångerna processledaren lämnat information. Många berättade att de fick prioritera bort detta i och med hög arbetsbelastning. Bristande fortbildning kunde göra att sjukskrivningsprocessen tog längre tid än vad som hade varit skäligt utifrån att information om behandlingar med mera kan ha förlorats.

Det framkom att tydliga ansvarsfördelningar och sjukskrivningsprocesser önskades av samtliga parter. Det beskrevs finnas en önskan om förståelse för varandras uppdrag och hur parterna bättre kunde samspela. Flera parter påtalade även att de sjukskrivna behövde få ta del av information flertalet gånger. Det framkom bland annat att några chefer och läkare inte visste vem som skulle kalla till nätverksmöten. Cheferna berättade också att det var svårt att hitta och hålla sig uppdaterad på kommunens olika styrdokument. Under intervjuerna hade parterna uppgett felaktig information, detta ifrågasattes inte under mötet utan observerades endast. Det handlade om att chefer uppfattat att Försäkringskassan skulle genomföra en större avstämning efter tre månaders sjukskrivning, att de kunde ta stöd av personal från personalavdelningen först efter att den anställda varit sjukskriven under sex månader, att de inte informerat den sjukskrivne om att de kunnat ta med sig stöd till nätverksmöten eller att sjukankmälan inte gjorts direkt till chef. Det har funnits bristande kunskap både hos arbetsgivare och vården om hur Arbetsförmedlingen arbetar och hur samverkan hade kunnat se ut. Det har då handlat om möjligheten till arbetsförmågebedömningar och möjligheten att ta del av Arbetsförmedlingens insatser vid nekad sjukpenning.

Parterna önskade en samsyn och tydliga uppdragsbeskrivningar parterna emellan. Försäkringskassans handläggare berättade att arbetsgivare ofta lade över ansvaret för rehabiliteringsplanen på Försäkringskassan då cheferna var osäkra på sin roll och uppdrag. Rehabkoordinatorerna berättade att många inom vården var osäkra på vad rehabkoordinatorernas roll och uppdrag på vårdcentralerna var, det framkom även att rehabkoordinatorerna inte hade en samsyn på sitt huvuduppdrag.

Rehabiliteringsplan

Flera parter och sjukskrivna påtalade att rehabiliteringsplanerna många gånger var otydliga men att revideringar då kunde genomföras vilket gjorde att rehabiliteringsplanen trots det kunde genomföras på ett bra sätt. Några av rehabkoordinatorerna berättade att de många gånger fått påpeka för cheferna att det hade varit bra om den sjukskrivne var med vid planeringen av rehabiliteringsplanen. Flera chefer önskade stöd från vården i att skriva bra rehabiliteringsplaner. Detta blev problematiskt i de fall vården inte stöttade cheferna utan hänvisade till att det inte var vårdens ansvar. Cheferna berättade att de fått mest stöd av personal från personalavdelningen vid frågor gällande systematiskt arbetsmiljöarbete, rehabilitering och sjukskrivning än från sin närmaste chef. En chef önskade att kommunen kunde anställa fler personal till personalavdelningen då de var svårtillgängliga.

Handläggarna på Försäkringskassan beskrev att vårdkötiderna inte gick hand i hand med det medicinska beslutsstödet vilket försvårade sjukskrivningsprocessen då den sjukskrivne förväntades återgå till arbete trots att behandling inte hade genomförts. Samtliga parter upplevde att det försäkringsmedicinska beslutsstödet var bristande vid psykisk ohälsa. Dels på grund av att vårdtiderna inte var kompatibla men också på grund av att återhämtningen tar tid vid utmattningssyndrom. Sjukgymnasten/fysioterapeuten berättade att dessa inlärda beteendemönster som de sjukskrivna lever i har övats in under ett helt liv och inte var enkla att bryta.

Samtliga parter och de sjukskrivna upplevde att cheferna många gånger uppmanade personalen att vara hemma och vila upp sig. Vården och Försäkringskassan menade istället att den sjukskrivne borde ha haft kontakt med arbetsplatsen och om förmåga funnits borde den sjukskrivne genomfört vissa anpassade arbetsuppgifter för att undvika en långtidssjukskrivning. Cheferna som intervjuades i studien berättade att de bjudit in de sjukskrivna till arbetsplatsen och att flera av deras anställda kommit på besök. Majoriteten av de sjukskrivna berättade att de inte besökt arbetsplatsen alls under sjukskrivningsperioden. Cheferna upplevde att det var svårt att motivera de som inte ville besöka arbetsplatsen, de önskade stöd från vården i detta motivationsarbete.

Flera av cheferna som intervjuats berättade att de hade mycket kontakt med de som var långtidssjukskrivna. Hälften av de sjukskrivna berättade att de upplevt lite kontakt och ibland ingen kontakt alls med sin chef under tiden de varit sjukskrivna. En chef påpekade att ansvaret borde ligga på cheferna att ta kontakt med de sjukskrivna. En annan chef berättade att de som varit sjukskrivna innan chefen tillträdde hade erbjudits ”lära känna samtal” som få deltagit på. Upplevelsen av stödet från cheferna stämmer inte helt med chefernas upplevelse av stödet de ger.

Anpassning och handlingsutrymme

Den vanligaste återgången när de sjukskrivna skulle börja arbeta var succesiv upptrappning, med sjukskrivning på 75 – 50 – 25 %. Detta var samtliga parter och sjukskrivna överens om. Läkare och chefer önskade att möjlighet till arbetsträning vore enklare att använda sig av, i alla fall under början av återgången när behov finns.

Chefer och sjukskrivna har uppgett att arbetstider har anpassats. Både de sjukskrivna och cheferna berättade att de sjukskrivna räknats utöver i schemat när de arbetat 25 %. Läkare och rehabkoordinatorer berättade att stödet från dem fasats ut i takt med att den sjukskrivne återgått mer till arbetet. Kuratorerna berättade istället att stödet var mer intensivt i början av en återgång då det var ett stort steg att ta. De sjukskrivna upplevde att kontakten med vården blivit mindre när de återgått i arbete vilket inte har uppfattats som positivt. De sjukskrivna delade kuratorernas erfarenhet att stöd vid återgången var viktigt för att sjukskrivningsprocessen skulle löpa på bra.

Torsby kommun som sänkt sjukskrivningsantalet arbetade med att hela organisationen skulle ha ett gemensamt arbetssätt och att cheferna skulle få befogenheter och handlingsutrymme från ledningen. Under intervjuerna med cheferna i Vänersborgs- och Melleruds kommun framkom det att även de önskade detta handlingsutrymme. Vården kunde också påtala att arbetsgivare behövde se nya möjligheter och sätt att anpassa och utveckla rehabiliteringen för anställda med långtidssjukskrivningar. Vården och Försäkringskassan upplevde nätverksmöten som bra med arbetsgivare men att det saknats vidare arbete efter mötet från arbetsgivarens sida. Samtliga parter påpekade dock att de sällan hade nätverksmöten. Sjukgymnasten/fysioterapeuten påtalade att i förhållande till hur mycket ett nätverksmöte kunde göra för sjukskrivningsprocessen var det lite tid att investera.

På frågan om upplevt handlingsutrymme svarade nästan samtliga inom vården att de hade stort handlingsutrymme med undantag för läkarna som påpekade att Försäkringskassan påverkade deras tid med patienterna i och med att intyg som dokumenterats granskats som juridiska dokument.

Avslag på sjukpenning

Frustration fanns hos samtliga parter och hos de sjukskrivna över Försäkringskassans tillvägagångssätt vid avslagsbeslut. De sjukskrivna och vården önskade att underlag lämnades till vården då det kunde handla om att dokumentationen i sjukskrivningen brustit. Samtliga inom vården vittnade om att processen stannat av när sjukpenningen avslagits. Vården menade att det vore önskvärt om

Försäkringskassan stämde av med dem innan avslag fattades om det fanns oklarheter i intygen då det endast var vården som kunde påverka och justera intygen och inte den sjukskrivne själv. Samtliga parter upplevde att Försäkringskassan var fyrkantiga och intog en passiv roll i sjukskrivningsprocessen. De flesta erfarenheterna hade färgats av relationen och kontakten med den enskilda handläggaren man haft kontakt med. Upplevelsen av samverkan med Försäkringskassan var god när handläggaren varit intresserad av samverkan.

Förebyggande arbete

Samtliga respondenter påtalade också att arbetsgivare och samtliga anställda behövde ta mer ansvar i att upptäcka tidiga signaler på psykisk ohälsa och att våga agera utifrån detta. De sjukskrivna önskade förstående chefer och kollegor. Kuratorerna påpekade att cheferna behövde styra upp och informera arbetsplatsen om rehabiliteringsplan för att kollegornas förväntningar på den sjukskrivne inte skulle vara den samma som innan sjukskrivningen. De sjukskrivna som haft chefer som gjort det lilla extra hade en positiv bild av arbetsplatsen och kände tillförlit till chefen inför återgång. Flera chefer beskrev att de inte visste vad de kunde göra och erbjuda om de uppmärksammade tidiga signaler på psykisk ohälsa. Många upplevde också att det var svårt att komma åt och veta hur de skulle arbeta vidare med upprepade korttidssjukskrivningar.

Företagshälsovård

Chefernas erfarenhet av stödet från företagshälsovården har varit varken bra eller dålig. Det hade påtalats av några chefer att de hade tagit upp diverse frågor, lyft upp dem för diskussion och sedan lämnat över en obearbetad situation till chefen. De sjukskrivna hade, före sin sjukskrivning, sällan haft kontakt med företagshälsovården, några hade tackat nej om de erbjudits stöd då chefen skulle delta vid samtliga tillfällen. Det var även några som tackat nej då de redan hunnit bli sjukskrivna. Cheferna upplevde att de flesta av de som de uppmanat att ta stöd av Företagshälsovården gjort detta. De sjukskrivna hade önskat detta stöd tidigare i sjukskrivningsprocessen. En rehabkoordinator påpekade att företagshälsovården borde ha varit mer inkopplad än de var idag i de sjukskrivnas sjukskrivningsprocess om ohälsan var arbetsrelaterad.

Rehabiliteringsmottagning

En faktor som varit mycket viktig för att sjukskrivningsprocessen skulle löpa på, men som inte framkommit i omvärldsbevakningen, har varit stödet från rehabiliteringsmottagningar. Då en evidensbaserad behandling saknas vid utmattningssyndrom hade de sjukskrivna rekommenderats kontakt med rehabiliteringsmottagning i väntan på en eventuell samtalskontakt. Även sjukgymnasten/fysioterapeuten som deltog i studien påtalade behovet av att ”väntrumspatienterna” som fanns på vårdcentralerna behövde få kontakt också med dem. De sjukskrivna påtalade själva många gånger att de hade önskat kontakt och stöd från vården innan de blev sjukskrivna.

Respons

Samtliga parter har uppgivit att de erhållit respons på hur patienterna/de sjukskrivna upplevt kontakten med dem. Några vårdcentraler använde en nöjd-patient-enkät. Det var inga som systematiskt efterfrågade respons på patientens/den sjukskrivnes upplevelse av samverkan och stöd från dem. Några av parterna berättade att de erhöll viss respons i samtalen men samtliga var osäkra på hur sann den var i och med maktsituationen som förelåg.

Slutsats

Utifrån sammanfattningarna från resultatet, där de intervjuades erfarenhet av positiva faktorer och erfarenheter som kunnat motverka flaskhalsar, har följande faktorer återkommit. De mest återkommande faktorerna presenteras först och fortsätter sedan i fallande ordning.

- **Fungerande samverkan.**

Både den interna och externa samverkan nämns av flera parter. Utifrån den interna samverkan handlade det främst om att ta stöd av varandras professioner inom vården och att chefer tog stöd av personal från personalavdelningen. Utifrån den externa samverkan handlade det om att den skulle vara fungerande, att alla parter tog sitt ansvar och att nätverksmöten genomfördes.
- **Rehabiliteringsplan.**

Flera parter beskrev rehabiliteringsplanens påverkan för att sjukskrivningsprocessen skulle vara positiv. Det framkom flertalet gånger att samtliga parter behövde engagera sig för att rehabiliteringsplanen skulle vara välfungerande. Det framkom då också att det var av vikt att parterna följde rehabiliteringsplanen och särskilt cheferna vad gällde anpassning på arbetsplatsen. Det framkom även att det var en vinst om den sjukskrivne hade kvar kontakten med arbetsplatsen och eventuellt hade ett anpassat arbete under en deltidssjukskrivning för att steget tillbaka inte skulle vara lika stort. Att den sjukskrivne hade någon i sitt nätverk som såg dem och kunde bromsa eller driva på var också något som beskrevs som en framgångsfaktor. Något som återkom från samtliga parter var att rehabiliteringen tog tid, särskilt vid utmattningssyndrom, men med det inte sagt att den sjukskrivne var i behov av heltidssjukskrivning under hela rehabiliteringsprocessen.
- **Rehabiliteringsmottagning.**

Det framkom av flera parter att de sjukskrivna som hade kontakt med en sjukgymnast/fysioterapeut på rehabiliteringsmottagningarna tidigare fick självinsikt och redskap i att hantera sin vardag, stress, sömn med mera. Många gånger var en kontakt med rehabiliteringsmottagningar det första steget i behandlingen.
- **Kunskap.**

Det framkom att samtliga parter samt de sjukskrivna önskade information om parternas arbete. Om parterna inte känner till hur de andra parterna arbetade och kunde arbeta blev samverkan svår. De intervjuade påtalade behovet av att få denna information flera gånger, speciellt de sjukskrivna som ofta upplevde minnessvårigheter.
- **Självinsikt.**

Om den sjukskrivne inte hade självinsikt var det svårt att förändra situationen vilket ledde till att sjukskrivningsprocessen stod still. Det framkom flera gånger att den sjukskrivne behövde vara motiverad och ha förståelse för situationen. Många av parterna stöttade den sjukskrivne genom motiverande samtal och att få dem att förstå att kroppens reaktioner var normala utifrån den psykiska ohälsan.

Utöver dessa mest återkommande faktorer framkom även nedan positiva faktorer upprepade gånger utifrån sammanfattningarna:

- Att den sjukskrivne hade kontakt med en rehabkoordinator.
- Att chefer vågade prata med sin anställda och vara närvarande.
- Att läkarna fick administrativt stöd.
- Att den sjukskrivne togs på allvar och inte kände sig ifrågasatt.
- Att patienten hade en aktiv sjukskrivning.

SWOT-analys

Styrgruppen tog del av resultat samt slutsats och fick utifrån det genomföra en SWOT-analys där de i första hand skulle utgå från respektive organisation. Namnet SWOT kommer från orden Strengths, Weaknesses, Opportunities och Threats. En SWOT-analys är ett planeringshjälpmedel där styrkor, svagheter, möjligheter och hot identifieras utifrån ett övergripande perspektiv.

Utifrån SWOT-analysens **styrkor** ligger fokus på att identifiera vilka styrkor och framgångsfaktorer som finns hos parterna idag. Dessa styrkor kan parterna påverka och det är faktorer de bör eftersträva att bibehålla. Styrgruppen identifierade följande styrkor avseende arbetet med långtidssjukskrivningar:

- Det finns en vilja hos samtliga parter till samverkan.
- Samtliga chefer som deltagit i studien har tagit stöd av personal från personalavdelningarna.
- Det framkommer att flera parter upplevde att sjukskrivningsprocessen blev kortare om en rehabkoordinator varit inkopplad.
- När rehabkoordinatorerna hade "tillräckligt" med tid avsatt för sitt uppdrag upplevdes detta vara en framgångsfaktor för att sjukskrivningsprocessen skulle vara gynnsam. Det uppfattades vara lättare för en rehabkoordinator att utföra sitt arbete ju högre sysselsättningsgrad denne hade avsatt för uppdraget.
- Det upplevs även gynnsamt om en kontakt hade tagits med en rehabiliteringsmottagning.

Vidare beskrivs **svagheter** som parterna identifierat hos sig själva och som de själva kan påverka och förbättra och/eller eliminera. Följande svagheter identifierades:

- Det saknas ett gemensamt "hur" för hur rehabkoordinatorerna skall arbeta då de arbetar på olika sätt och har olika tankar om var huvuduppdraget är idag.
- Sjukskrivningsprocessen upplevs inte lika gynnsam när en rehabkoordinator inte är inkopplad.
- Att sjukskrivna själva är sina egna rehabkoordinatorer, särskilt till en början av sjukskrivningsprocessen, trots att många då har bristande kognitiv förmåga på grund av utmattningssyndrom.
- När de sjukskrivna saknar kunskap om parterna, ansvar, sjukskrivningsprocessen med mera.
- Det är svårt för parterna att stötta de sjukskrivna att finna självinsikt när det handlar om orsaker och faktorer utanför arbetet som påverkar måendet. Samtliga parter har svårt att se hela människan och har istället fokus på sitt område. Styrgruppen påpekar att parterna behöver se faktorer hos den sjukskrivne som har en "arbetspåverkan" snarare än att se att det är arbetet i sig som är själva orsaken till ohälsan. Detta då det framkommer i studien att det råder stor komplexitet kring frågan vad som faktiskt ligger till grund för ohälsan.
- Otydliga rehabiliteringsplaner.
- Att få gemensamma rehabiliteringsplaner upprättas mellan parterna.
- Brist på avstämningsmöte tillsammans med Försäkringskassan.
- Okunskap hos chef och läkare kring rehabiliteringsansvaret.
- Att plan för återgång, dialog samt förarbete från personalavdelningen till chef saknas vid omplaceringar.
- När chefer inte tar stöd av personalavdelningen.
- Brist på tid, resurser och kreativitet hos chef.
- När chefer saknar möjlighet att förändra vissa arbetsmoment eller arbetsplatser.
- Förebyggande arbete och skapandet av en god relation mellan chef och medarbetare saknas.
- De sjukskrivna som inte har någon kontakt med arbetsgivaren/chefen eller kollegorna har ett större kliv att ta när de skall återgå till arbetsplatsen vilket försvårar sjukskrivningsprocessen.
- Chefer som har en rädsla över att ta emot anställda som varit långtidssjukskrivna vid en omplacering.
- När det inte finns möjlighet för den sjukskrivne att arbetsträna eller arbeta på en annan arbetsplats under rehabiliteringen.
- Kvaliteten på företagshälsovården upplevs som varken bra eller dålig.
- Otydlighet kring ansvar upplevs. Idag anser till exempel chefer att Försäkringskassan skall ta mer ansvar än vad de ska och vice versa.

Nedan beskrivs **möjligheter** som identifierats av parterna. Möjligheterna påverkas av omvärlden och yttre faktorer som då är svårare för parterna själva att påverka. Det är dock av vikt att se och ta hänsyn

till vilka möjligheter som kan finnas då det påverkar det fortsatta arbetet med att sänka sjukskrivningstalen.

- Att parter och samhället i stort stärker sjukskrivna till att använda sin "egenmakt".
- Ny lag i socialförsäkringsbalken 30 kap, 6 §:
"Om det kan antas att den försäkrades arbetsförmåga kommer att vara nedsatt på grund av sjukdom under minst 60 dagar ska arbetsgivaren senast den dag när den försäkrades arbetsförmåga har varit nedsatt under 30 dagar ha upprättat en plan för återgång i arbete."
- Dagens möjligheter till karriärsväxling.
- Att våga prata om ohälsa och medarbetaransvar. Lära sig att se tidiga signaler på psykisk ohälsa.
- Använda teknik smartare, samla tekniktips och göra det lättillgängligt, så om exempelvis självhjälpsappar.

Till sist beskrivs de identifierade **hoten**. Hoten, precis som möjligheterna, påverkas av omvärlden och yttre faktorer som är svårt för parterna att påverka. Att ha kunskap om att dessa hot finns är dock nödvändigt för att åtgärdsförslagen skall bli realistiska och välarbetade.

- Att rehabkoordinatorerna inte alltid arbetar heltid samt att en del endast har telefonkontakt.
- Vårdcentralens struktur som sådan. Avser exempelvis om bokningar av uppföljningar görs vid sittande möte eller ej. Faktorer som skapar osäkerhet hos patienter.
- Kognitiva svårigheter hos patienter vid just utmattningssyndrom. Detta tillsammans med egenansvar är ingen gynnsam kombination för sjukskrivningsprocessen.
- Små enheter med liten budget har svårt att omplacera och anpassa vid återgång.
- När orsaken till sjukskrivningen egentligen handlar om att den sjukskrivne inte trivs på arbetsplatsen.
- Sjukskrivna som saknar stöttande nätverk.
- Samhället som sådant med höga krav och individfokus. Exempelvis höga förväntningar avseende ständig uppkoppling och tillgänglighet.

Förslag på åtgärder

Utifrån SWOT-analysen fick samtliga parter i styrgruppen framföra möjliga förslag till åtgärder för att sänka sjukskrivningstalen. Förslagen är indelade i avsitt utifrån vad de olika parterna kan åtgärda. Samtliga parter kommenterade samtliga parterens områden, därför kan förslagen både vara utifrån vad den egna verksamheten ser som brister samt vad andra samarbetsparter kan se. Inom parterna skiljer sig även yrken, arbetsplatser och arbetsuppgifter, därav bör förslagen läsas med ett övergripande synsätt.

Arbetsgivare

- Sänka antal medarbetare per chef för att möjliggöra nära ledarskap och tidigare upptäcka ohälsa.
- Ständig genomlysning av styrdokument. Utforma enkla styrdokument som går ut till anställda.
- Chefer skall i större utsträckning uppmuntra medarbetaren att ta med sig en facklig representant vid nätverksmöten.
- Personalavdelningarna skall stötta cheferna och få dem att veta hur de kan anpassa arbetsuppgifter med mera vid en omplacering. De skall även samarbeta med andra parter vid en omplacering, exempelvis vårdcentral, företagshälsovård och rehabiliteringsmottagningar.
- Chefer och medarbetare skall bli bättre på att upptäcka tidiga signaler genom omtankessamtal, löpande erbjuda kurser om balans i arbetslivet hos företagshälsovård för medarbetare, stötta hälsoinspiratörer som finns på arbetsplatserna att se tidiga signaler på psykisk ohälsa med mera.

- Arbetsgivarna skall ha regelbundna möten med företagshälsovården för att se om stödet som ges är givande.
- Diskutera frågan om att eventuellt begära förstadagsintyg från företagshälsovården, om detta skall implementeras skall grundsyftet om att upptäcka tidiga signaler och stötta medarbetare till att inte bli långtidssjukskrivna vara klart uttalat.
- Utveckla dokumentationssystemet ytterligare, kunna mata in rehabiliteringsplaner och andra dokument i samma system om så möjligt.
- Förändra synen på omplaceringar. Erbjud de som har behov av omplacering att prova på andra arbetsuppgifter på andra arbetsplatser inom kommunen under en kortare period oavsett om medarbetaren inledningsvis inte verkar ha förmåga att helt kunna utföra arbetet.
- Göra det lättare för chefer att ta emot sjukskrivna som skall genomföra en omplacering.
- Utbildningar skall erbjudas löpande för chefer och medarbetare. Det handlar bland annat om att förtydliga chefers rehabiliteringsansvar, erbjuda kurser i hälsofrämjande ledarskap med mera.
- Chefens roll skall förtydligas i sjukskrivningsprocessen.
- Chefer skall våga prata med medarbetaren och vid behov ta stöd av andra parter (exempelvis omställningsfonden) för att utreda vidare om medarbetaren är på rätt plats i livet eller har behov av omställning.
- Arbeta för ett stöttande och förstående klimat i arbetsgrupperna.

Vård

- Utöka antalet rehabkoordinatorer samt utöka tjänstgöringsgraden för uppdraget för de som idag arbetar deltid.
- Boka in återbesök till läkare vid sittande möte.
- Alla som arbetar på vårdcentralen och möter patienter som de misstänker kan vara i behov av en längre sjukskrivning behöver koppla in en rehabkoordinator tidigt.
- Vården skall stötta patienter att se fördelen med deltidssjukskrivningar om det är möjligt utifrån diagnos. Vården behöver stötta cheferna och påtala vikten av att ha kvar kontakt med arbetsgivaren under sjukskrivningsprocessen.
- Att läkare hinner sjukskriva patienter som har behov av sjukskrivningar och att orsak till sjukskrivning skall vara tydlig och korrekt.
- Få in ett avsnitt om rehabiliteringsplanen i sjukskrivningen.
- Genomföra djupare utredningar vid första tillfället en patient kommer i kontakt med respektive part.
- Använda förebyggande sjukpenning i större utsträckning än idag.
- Vården skall vara drivande i att skapa samarbetsmöjligheter med arbetsgivaren.

Försäkringskassa

- En önskan från arbetsgivare och vård är att Försäkringskassan arbetar mer för att möjliggöra arbetsträning på ett annat sätt än idag.

Arbetsförmedling

- Förtydliga för parterna hur en ingång till samarbete med Arbetsförmedlingen kan se ut. Förtydliga hur det fungerar vid tjänstledighet för att söka annat arbete med mera.

Gemensamt

- Parterna tillsammans skall upprätta en gemensam sjukskrivningsguide över flödet och processen som är partsöverskridande. Denna skall fungera både för yrkesprofessionella, chefer och sjukskrivna. Alla parter har ansvar för att respektive avsnitt i guiden är korrekt.

- Arbetsgivaren skall förtydliga för vården hur det är tänkt att företagshälsovården skall användas idag. Idag uppkommer missförstånd hos vården som önskar remittera patienter dit.
- Ha ett gemensamt system mellan vård och arbetsgivare där båda parter kan bifoga och ta del av material, så som exempelvis blanketter och plan för återgång.
- Det skall bli ett tydligare samarbete och samspel mellan arbetsgivare och vård. Chefen kan delge vården vilka arbetsuppgifter som finns för den enskilde för att bedömningen om sjukskrivningen skall bli så korrekt som möjligt.
- Samtliga parter ska förstå att det är samtligas ansvar att ha en bra dialog med den sjukskrivne för att kunna utreda och identifiera orsaken till sjukdomen.
- Samtliga behöver ta mer stöd av rehabiliteringsmottagningarna.
- Fler nätverksmöten mellan parterna med ett konkret uttalat gemensamt mål.
- Möjliggöra gemensamma möten mellan parterna, exempelvis frukostmöten, för att lära känna varandra och göra vägen mellan varandra kortare.

Avslutning

Avslutningsvis presenteras faktorer som identifierats utifrån styrgruppens förslag på åtgärder som med stor sannolikhet kan förbättra sjukskrivningsprocessen och i förlängningen sänka sjukskrivningstalen.

Rehabkoordinatorer: Dessa är avgörande för att processen fungerar och löper på. Samtliga rehabkoordinatorer behöver ha ett gemensamt uppdrag som behöver vara tydligt på samtliga arbetsplatser. En koordinerande funktion som bland annat kan guida, stötta till självhjälp, informera om rehabiliteringsmottagningar och finnas med vid möten underlättar återhämtningen för de sjukskrivna som lider av utmattningssyndrom. Rehabkoordinatorerna ingiver även en stor trygghet hos många av de sjukskrivna som kan vara avgörande för sjukskrivningsprocessen.

Sjukskrivningsguide: Efterfrågan om kunskap och information har delgivits av samtliga parter under studien. En gemensam och tydlig guide för hur sjukskrivningsprocessen fungerar, vilka parter som finns, vilket stöd som kan efterfrågas med mera önskas.

Gemensamma mötesformer: Att samverkan fungerar mellan de inblandade parterna och den sjukskrivne är en faktor som är återkommande hos samtliga parter. Det finns även en vilja hos samtliga parter om ökad samverkan. För att förenkla detta, tydliggöra ansvar och göra vägarna mellan parterna kortare önskar styrgruppen kunna skapa givande gemensamma mötesformer.

Rehabiliteringsmottagningar: Flera av de intervjuade berättade att behandling från rehabiliteringsmottagningarna har varit mycket framgångsrik för de patienterna som lider av utmattningssyndrom och stressreaktion. Sjukgymnasten/fysioterapeuten som deltog i studien påtalade att tidig kontakt med dem ofta har ännu större effekt, helst önskar de kontakt med patienter som ännu ej är sjukskrivna. Stöd från rehabiliteringsmottagningarna hjälpte också patienterna att komma till självinsikt tidigt i processen.

Se hela människan: Samtliga parter behöver våga fråga och utreda den sjukskrivnes livssituation i stort för att finna sanningen om vad som är orsaken till sjukskrivningen. Att få stöd och behandling tidigt i processen underlättar för patienten att finna självinsikt. Parterna behöver samverka och ha en gemensam rehabiliteringsplan. Samtliga parter behöver även stötta den sjukskrivne till att ha kvar kontakt med arbetsgivaren och inte bryta den helt.

Referenslista

Arbetsmiljöverkets författningssamling, AFS, 1994:1. Arbetsanpassning och rehabilitering, 1994-03-23, Stockholm.

Arbetsmiljöverkets författningssamling, AFS, 2015:4. Organisatorisk och social arbetsmiljö, 2016-03-31, Stockholm.

Socialförsäkringsbalken (2010:110), 30 Kap 6 § (2017:1306)

Rapporter

”Försäkringskassan Persona Anna – Psykisk ohälsa i Värmland. Augurs sammanställning av en kvalitativ studie” Lisa Alsterlund & Torri Jonsson. Försäkringskassan, 2015.

”Projekt FriskUsk – Ett hälsofrämjande projekt för att långsiktigt motverka ökat antal av långtidssjukskrivningar”, Trollhättans Stad, handläggning Hanna Strömberg, 2016-12-20.

”Upprop för ett friskare Tidaholm – Delrapport från projektets första år april 2014-augusti 2016”, Västragötalandsregionen.

Artiklar

”Förebyggande sjukpenning gav rekordlåg frånvaro”.

<https://www.prevent.se/arbetsliv/halsa/2016/forebyggande-sjukpenning-gav-rekordlag-franvaro/>
Publicerad 2016-12-08.

”Torsby halverade sjukskrivningarna”. <https://nwt.se/torsby/2016/11/01/torsby-halverade-sjukskrivningarna>

Publicerad 2016-11-01.

Internet

KASAM – känslan av sammanhang: <http://www.ka-sam.se/>

Försäkringskassan: <https://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/anstalld>

Vårdguiden 1177: <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Regler-och-rattigheter/Sjukskrivning/>

Vänersborgs kommun:

<http://intranet.vanersborg.se/anstallningocharbetsmiljo/sjukdomrehabiliteringsjukprocess/sjukfranvaro/sjukprocessen.4.14a2e6211602927f8d8514ec.html>

Resultat

I resultatet sammanfattas de intervjuades erfarenheter och tankar utan tolkningar från projektledaren. Värderingar, arbetssätt, kunskaper och tolkningar som presenteras i texten är helt baserade på de intervjuades sanningar och verklighet. I texten används ordet "nätverksmöten" som samlingsord för samtliga möten där flera parter deltar, så som samordningsmöte, rehabiliteringsmöte, avstämningmöte med mera. Ordet "parter" används som samlingsord för yrkesprofessionella och chefer. Sjukskrivningsprocess är samlingsnamn för sjukprocess, sjukskrivningsprocess och rehabiliteringsprocess.

Sjukskrivna

Nedan faktorer återkom vad gällde positiva erfarenheter och faktorer som kunnat motverka flaskhalsar utifrån de sjukskrivnas egna berättelser.

- Att man togs på allvar och inte kände sig ifrågasatt.
- Att ha fått information flera gånger om från samtliga parter.
- Att samverkan fungerat bra, både internt och externt mellan parterna.
- Att ha haft nätverksmöte tillsammans med flera parter.
- Att det funnits någon i ens nätverk som såg dem och kunde bromsa eller driva på vid behov

Samtliga av de sjukskrivna som intervjuades arbetade med kontaktyrken inom socialförvaltning. De hade alla varit sjukskrivna på heltid, antingen under en period eller under hela sjukskrivningstiden. Få av dem hade haft nätverksmöten med sin arbetsgivare och en av dem hade träffat sin handläggare på Försäkringskassan. Samtliga hade flera olika kontakter inom vården och majoriteten var sjukskrivna på grund av utmattningssyndrom och/eller stressreaktion. De intervjuade var mellan 32-47 år, de hade varit sjukskrivna mellan 9-22 månader och majoriteten var fortsatt sjukskrivna under tiden för intervjun. Majoriteten av de sjukskrivna hade en partner och flera barn. Livssituationen hade i stort sett inte förändrats sedan sjukskrivningstillfället fram tills dagen för intervjun. De berättade istället att deras liv sakta förändrats under lång tid innan sjukskrivningstiden då de prioriterat bort aktiviteter utanför arbetet och familjen. Under sjukskrivningstiden beskrev många att de hade skaffat sig nya aktiviteter, så som yoga, växter, djur och så vidare.

Utifrån de sjukskrivnas svar har resultatet delats in i fem delar.

- Innan sjukskrivningen.
- Behandlingar och kontakt med vården.
- Anpassningar och rehabilitering.
- Flaskhalsar.
- Positiva erfarenheter och önskningar.

Innan sjukskrivningen

Övergripande för perioden innan de blev sjukskrivna kunde flera av de sjukskrivna berätta att deras ohälsa mycket berodde på deras personlighet. De hade en tendens att ta på sig mycket ansvar och vara plikttrogna. De satte många gånger andras behov framför sina egna. Flera uttryckte att det i och med detta fanns en risk med att ha arbeten vars huvuduppgift var att vårda och ta hand om andra.

Hälften beskrev att ingen i deras omgivning uppmärksammade att de var sjuka och samtliga berättade att de hade bristande återhämtning, om de hade någon alls.

Strax under hälften av de intervjuade hade varit med om händelser långt innan sjukskrivningen som kom att påverka dem i samband med sjukskrivningen. Det handlade bland annat om föräldrar med

alkoholproblematik, mobbning, misshandel från föräldrar eller tidigare partners samt otrohet. De kunde då se att detta påverkade dem och de som inte bearbetat händelserna sedan tidigare gjorde detta under sjukskrivningstiden.

Ungefär hälften av de sjukskrivna hade familjemedlemmar som uppmärksammade att de inte känt igen dem eller påtalat att de borde "ta det lugnt". Några få av de sjukskrivna hade i samband med sjukskrivningen haft andra händelser i privatlivet som kunde ha påverkat deras mående, så som relationsproblem och sjukdomar.

På arbetet beskrev de att de inte bad om hjälp och att de "*svalde det negativa*". En person uppgav att arbetsuppgifterna var för många för att hinnas med men ville inte visa detta för ledningen, lösningen blev då att stämpla ut och fortsätta arbeta efter arbetstid.

Ungefär hälften av de sjukskrivna beskrev att en omorganisering blev den sista droppen för att bägaren skulle rinna över. Det var dålig struktur och planering på arbetet, det rådde personalbrist och de som arbetade hade mycket ansvar och en fullbokad kalender. Tid för återhämtning i arbetet fanns inte. En av de sjukskrivna beskrev att arbetsgivaren behandlade de anställda som robotar och sa "*min tro på mänskligheten är dödad, hur illa det än låter*".

Flera av de sjukskrivna beskrev att de inte haft någon bra kommunikation med chefen och de saknade ett bra stöd. Kollegorna hade hos hälften av de sjukskrivna varit stöttande och uppmärksamma på hur den sjukskrivne mådde. En av de sjukskrivna fick flera gånger höra "*akta dig så du inte går in i väggen*" och "*du behöver inte göra allt*" från sina kollegor. Hos den andra hälften hade kollegorna utgjort en negativ psykosocial miljö och det hade inte funnits någon bra sammanhållning.

Några få av de sjukskrivna beskrev att deras sjukskrivning inte alls hade haft med arbetet att göra. Majoriteten beskrev att det var händelser eller klimatet på arbetsplatsen som gjort att deras bägare runnit över och att de fått gå hem från arbetet. Dock kunde många av de sjukskrivna se att det inte endast hade med arbetet att göra utan det handlade om många faktorer som låg bakom. Flera av de sjukskrivna behövde lämna arbetsplatsen under arbetspasset då de kollapsade.

Symtomen som de sjukskrivna beskrivit har varit sömnproblem och drömmar om arbetet, minnessvårigheter, stress, lätt till gråt, undvikande av folksamlingar och att de tappat tron på sig själva. Många beskrev att de inte kände igen sig själva en tid innan sjukskrivningen när de såg tillbaka på sjukskrivningsprocessen.

Flera beskrev också att de haft magsmärter, migrän och andra symtom som gjort att de haft mycket korttidsfrånvaro innan de blivit långtidssjukskrivna. De hade innan sjukskrivningen haft kontakt med vården, bland annat akutsjukvård, psykiatrimottagningen, smärtklinik och vårdcentral. De hade många gånger sökt vård för fysiska besvär och oro för sjukdomar men några hade också önskat samtalsstöd då de upplevde att de inte mått bra. Ingen av de sjukskrivna tog del av samtalsstöd eller annan behandling av utmattningssyndrom eller stress innan de blev sjukskrivna. Det berodde på att de sjukskrivna saknade självinsikt, på vårdtiderna eller att läkaren inte uppmärksammat att deras ohälsa kunnat bero på psykiska besvär.

Behandlingar och kontakt med vården

De flesta beskrev att de snabbt fått kontakt med en läkare då de haft behov av en sjukskrivning. I ett första skede hade de fått rekommendationer om egenvård som en första insats i väntan på att må bättre eller få annat stöd. Det som de flesta rekommenderats var sömn och motion, några hade också rekommenderats massage för att släppa på muskelspänningar. Vidare hade de sjukskrivna haft kontakt med arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, psykolog, kurator och rehabkoordinator. Nästan alla hade haft kontakt med en kurator eller psykolog och ungefär hälften hade haft kontakt med en

rehabkoordinator. De som inte haft kontakt med en rehabkoordinator hade inte haft kunskap om att det funnits eller vad deras roll varit. De som hade träffat en arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast hade i regel själva kontaktat en rehabiliteringsmottagning. Många hade också gått kurser via rehabiliteringsmottagningen. I några få fall hade de sjukskrivna remitterats till psykiatrimottagningen och i ett fall hade vidare kontakt upprättats med dem. De flesta hade haft samma läkare under sjukskrivningsprocessen, endast några få hade bytt. Erfarenheten av läkarkontakten var i regel god och tät, läkarna förstod situationen och bromsade eller drev på den sjukskrivne vid behov.

Arbetsgivaren hade i ytterst få fall stöttat den sjukskrivne med stöd från företagshälsovården. Vid något tillfälle hade arbetsgivaren utrett arbetsförmågan hos den sjukskrivne. Vidare stöd från arbetsgivaren under tiden för behandling från vården förekom ej.

Vården hade många gånger gjort en kartläggning över den sjukskrivnes hälsa. Ibland kunde flera olika kartläggningar ha gjorts med olika vårdkontakter, då exempelvis av rehabkoordinatorm, fysioterapeuten/sjukgymnasten och/eller psykologen. Många genomförde fysiska undersökningar då de haft fysiska besvär, i de flesta fallen framkom det att det berott på den psykiska ohälsan. Under tiden för intervjuerna var det fortfarande några av de sjukskrivna som väntade på behandlingar. Några av dem hade fått diagnoser och/eller fått lära sig vad stress var och hur de kunde hantera detta. En av de sjukskrivna uttryckte känslan av att vara ensam i detta som *"det måste vara något fel på mig"* men fick en annan förståelse för sin situation och sitt tillstånd efter att läkaren förklarat symtomen.

Flera hade gått en stresskurs, antingen på rehabiliteringsmottagningen eller via CD i hemmet. Andra behandlingar som rekommenderats var yoga, avslappning och akupunktur. I de flesta fall hade läkaren rekommenderat medicinering, ungefär hälften av de intervjuade följde medicineringen och tyckte den fungerade bra, resterande tyckte att medicinen inte fungerat och inte heller medicinjusteringarna.

Anpassningar och rehabilitering

Nästan alla uppmanades av sin chef att besöka arbetsplatsen, antingen till en arbetsplatsträff (APT), rast eller liknande. Ett fåtal av de sjukskrivna besökte arbetsplatsen och om de hade gjort besök var det främst för att lämna in sjukskrivningen. Nästan ingen av de sjukskrivna har haft kontakt med företagshälsovården. Någon hade arbetstränat och någon hade genomfört en arbetsförmågebedömning.

Samtliga av de sjukskrivna som återgått till arbete började arbeta 25 % och arbetstiderna var anpassade utifrån verksamhetens behov. Många av dem hade mindre ansvar till en början och/eller räknats utöver i schemat. Planen för återgång hade många gånger gjorts tillsammans med arbetsgivaren och ibland fackförbundet. Vissa förberedelser gjordes innan, så som att till exempel meddela personalgruppen den sjukskrivnes nya arbetstider och/eller ansvar. Många uppfattade att arbetsgivaren hade svårt att göra större anpassningar på arbetsplatsen utifrån verksamhetens behov. Några beskrev också att arbetsgivaren ibland såg förbi de fysiska besvären som också kunde ha funnits då sjukskrivningen i grunden berodde på en psykisk ohälsa. En av de intervjuade berättade att chefen helt anpassat arbetet utifrån den sjukskrivnes behov och ytterligare två beskrev att det som var nyckeln för dem hade varit att de fick byta arbetsplats helt.

Flera av de sjukskrivna berättade att de haft bra stöd hemifrån under processen. Ungefär hälften upplevde att deras kollegor varit stöttande och att de haft bra stöd från sin chef. En av de intervjuade uttryckte *"jag har en fantastisk chef och min man också"* och en annan beskrev sin chef som *"hon är ingen översittare utan superbra"*. Några har haft en bra kontakt med sin handläggare på Försäkringskassan trots att nästan ingen av de sjukskrivna hade träffat dem. Många beskrev också att samverkan hade fungerat bra, i alla fall mellan några av personerna i nätverket. Ofta var samverkan

mellan de olika professionerna inom vården bra och i de fall de sjukskrivna haft kontakt med en rehabkoordinator har det fungerat ännu bättre.

Flaskhalsar

De sjukskrivna har beskrivit flera möjliga orsaker till varför de inte kommit framåt i behandlingen eller närmare återgång till arbete. Utifrån deras svar har även faktorer hos de sjukskrivna själva framkommit som kunnat förklara varför sjukskrivningen blivit långdragen.

De sjukskrivna upplevde många gånger brist på stöd och förståelse från omgivningen. Många har känt sig ensamma i sin situation och hade en förväntan om mer stöd. En av de sjukskrivna fick många gånger höra *"är du sjukskriven, du ser ju inte sjuk ut?"*. De sjukskrivna som inte deltog i någon form av stresshanteringskurs eller liknande berättade att de gärna hade träffat andra i samma situation. De har saknat kunskapsutbyte och istället haft en känsla av att vara ensam.

Flera av de sjukskrivna har inte varit sjukskrivna tidigare och visste inte hur de skulle gå tillväga och hur kontakten skulle fungera med olika parter. Flera berättade att de inte visste om att eller när de skulle kontakta Arbetsförmedlingen vid avslag om sjukpenning för att inte förlora sin sjukpenninggrundande inkomst (SGI).

Några upplevde bristande samverkan och många har inte haft någon form av nätverksmöte.

De sjukskrivna som börjat arbeta beskrev att kontakten med vården blev mindre och arbetsgivaren kunde och skulle inte ersätta detta stöd. Många upplevde den första tiden tillbaka till arbetet som svår och beskrev att behov av tät vårdkontakt fortfarande förelåg. De upplevde att vården främst fokuserade på de heltidssjukskrivna.

Flera av de sjukskrivna beskrev att de inte visste vad som hände eller hur deras rehabiliteringsplan såg ut. Några av de som hade en rehabiliteringsplan upplevde att den var otydlig och de förstod inte allt som menades i den. Sjukskrivningarna upplevdes många gånger vara otydliga. Samtliga sjukskrivna beskrev stressen med att ha korta sjukskrivningar, särskilt i början av sjukskrivningstiden. Att ha fått en första och/eller andra sjukskrivning på grund av utmattningssyndrom som bara varit en eller två veckor lång medförde inte att den sjukskrivne kunde vila och slappna av utan bidrog istället till raka motsatsen. En av de sjukskrivna uttryckte sig med att *"jag fick inte vara ifred och hinna blir frisk"*. Flera av de sjukskrivna beskrev att det varit svårt att få kontakt med läkaren inför förnyelse av sjukskrivning och ungefär hälften har inte haft kontakt med någon rehabkoordinator. De som inte haft samma läkare beskrev att det dragit ut på deras sjukskrivningsprocess när de fått beskriva sin situation på nytt. Dels tog det tid för läkaren att lära känna dem och dels var det psykiskt påfrestande att behöva gå igenom sin situation åter igen. Vårdköerna var en annan faktor som beskrevs av de sjukskrivna som en flaskhals. Några av de sjukskrivna upplevde att de behövde tjata till sig vård och några av dem hade inte haft något samtalsstöd alls under sjukskrivningstiden trots att de önskat detta. Av de som fått samtalsstöd hade majoriteten fått kognitiv beteendeterapi (KBT). Några hade endast fått komma och "prata fritt", detta har inte upplevts som utvecklande och några har då slutat med den kontakten. Medicinjusteringarna hade i flera fall fungerat dåligt och detta gjorde att den sjukskrivne helt slutade ta medicinen på grund av ovälkomna biverkningar eller brist på förbättring. Flera av de sjukskrivna beskrev att de inte har fått information om kurser eller program som funnits, några av dem som hade erbjudits detta och gått dem berättade dock att de kunde ha fått erbjudandet vid en sämre tid under sjukskrivningsprocessen då de inte varit helt mottagliga. Samtliga beskrev att mycket ansvar lagts på dem själva, trots att de egentligen inte var friska nog att ta det ansvaret. Egenvården som rekommenderats har varit svår att själv motivera sig till att genomföra, särskilt i början av sjukskrivningsprocessen. Någon beskrev att läkaren skickade med en CD-skiva för avslappning och

stresshantering, istället för att erbjuda en plats på en kurs. Det upplevdes svårare att motivera sig till att lyssna på CD-skivan än att ta del av samma kunskap i en grupp. Ansvar låg även på den sjukskrivne att ta kontakt med rehabiliteringsmottagningen när vårdcentralen själva inte hade någon fysioterapeut/sjukgymnast eller arbetsterapeut. De förväntades också vara den som skulle kontakta sin läkare då sjukskrivningen löpt ut. Det var flera moment som där bromsade upp processen, dels att den sjukskrivne själv skulle hitta motivation till att ringa till vården och sedan få kontakt med dem. Om den sjukskrivne inte kom fram blev det ett ännu större hinder att försöka nå vården igen. Detta förutsätter då att den sjukskrivne visste vart den skulle vända sig, vilket i sig inte alltid var en självklarhet. Många beskrev att de, i alla fall i början av sjukskrivningsprocessen, hade större behov av stöd, både i kontakten med andra professioner men också för att hitta motivation till egenvård, *”det är mycket jobb att vara sjukskriven”*. En av de sjukskrivna berättade att konkret stöd i hemmet av en arbetsterapeut hade varit önskvärt då det var väldigt lätt att hamna tillbaka i de gamla mönstren när de kommit hem trots att de klarat av övningarna utan problem på rehabiliteringsmottagningen.

När de sjukskrivna beskrev faktorer som stannat upp eller dragit ut på processen utifrån arbetsgivarperspektiv handlade det främst om att chefsstödet varit bristande. Hälften av de intervjuade hade inte haft någon kontakt med sin chef. En av de sjukskrivna beskrev att chefen försökt avsluta anställningen och en annan hade stöd av fackförbundet som medlare då direkt kontakt mellan chefen och den sjukskrivne inte var lämplig. Andra faktorer som beskrevs var att de sjukskrivna inte känt att chefen ville att de skulle komma tillbaka till arbetet och att den sjukskrivne fått en handledare som sedan själv blev sjukskriven eller inte haft utrymme att handleda. En annan återkommande faktor var om chefen inte hade anpassat för återgång till arbete utifrån sjukskrivningen eller den sjukskrivnes beskrivning. En av de sjukskrivna förväntades arbeta heltid och kunde inte erbjudas arbete på deltid vid återgång och den sjukskrivne berättade att chefen motiverat detta med *”men jag behöver en heltidsanställd nu”*. En av de sjukskrivna fick avbryta sin arbetsträning då återgången inte varit planerad och anpassningar av arbetsuppgifterna utifrån personens behov saknades.

Det har inte bara varit faktorer hos chefen som påverkat utan kollegorna har varit minst lika viktiga. Flera av de sjukskrivna beskrev att de inte känt sig välkomna tillbaka och att de hamnat utanför hela arbetsgruppen. Om arbetsklimatet varit dåligt sedan tidigare i arbetsgruppen försvårade detta återgången för den som var sjukskriven. En del upplevde sig som bortglömda, *”varför ringer inte chefen och frågar hur det är? Men jag vet också att det är mycket på jobbet”*. Det var bara några få av de sjukskrivna som besökt arbetsplatsen under sjukskrivningstiden och många beskrev att de inte haft någon kontakt alls med kollegorna. Även om chefen hade planerat för en bra återgång kunde ändå kollegorna ha förväntningar på den sjukskrivne som sakta återgick i arbete, denne förväntades göra samma arbete som innan sjukskrivningen. Majoriteten av de sjukskrivna berättade att de tidigare hade tagit mycket ansvar på arbetsplatsen, det hade många gånger varit det som gjort att de tillslut inte klarade av att arbeta. Om då kollegorna förväntade sig att den sjukskrivne skulle arbeta på samma sätt blev pressen stor och återgången svår. Hela arbetsgruppen behövde veta om förutsättningarna för en återgång i arbete, inte bara chefen.

Andra organisatoriska förutsättningar som påverkat sjukskrivningsprocessen har varit personalbrist, ostrukturerad arbetsplats eller att den sjukskrivne inte fått information om att den kunde ta med sig en facklig representant som stöd vid möten med arbetsgivaren. Ytterst få har erbjudits stöd från företagshälsovården. Av de som fått frågan om kontakt med dem har majoriteten tackat nej, antingen för att de redan blivit sjukskrivna eller så har chefen sagt att denne skulle vara med under mötena och det har upplevts obekvämt. Personal från personalavdelningen som har varit med på möten har inte alltid uppfattats som en neutral part mellan chefen och den anställde. Ibland upplevde de sjukskrivna att de blev ifrågasatta och inte tagna på allvar. En av de sjukskrivna beskrev att personal från

personalavdelningen inte sett till chefens och den sjukskrivnes överenskommelse om omplacering utan uttryckte istället *”det är inte lätt att hitta nya arbetsplatser”*, trots att en annan arbetsplats sedan tidigare var bestämd. Om chef, personal från personalavdelningen och den sjukskrivne inte hade en hållbar kommunikation kunde detta göra att sjukskrivningsprocessen stannade av menade flera av de sjukskrivna.

Andra faktorer som beskrivits dra ut på processen fanns hos Försäkringskassan. De sjukskrivna beskrev att något så vanligt som ett brev tillslut kunde få dem att falla tillbaka flera steg i sjukskrivningsprocessen, då innan de hunnit öppna det. Det var inte brevet i sig utan känslan av ifrågasättande och hårda regelverk som beskrevs som en stor stress och oro hos de sjukskrivna som då gjorde sig påmind genom brevet. De sjukskrivna kunde många gånger beskriva handläggare som inte visade empati och förståelse för deras situation och psykiska ohälsa. Det var inte reglerna i sig som var det påfrestande utan dialogen med handläggaren. De sjukskrivna upplevde att det handlade om att handläggarna hade bristande kunskap om deras diagnoser och vilka nedsättningar som kunde finnas. Att ha fått en ny handläggare på Försäkringskassan upplevdes på samma sätt som att ha fått en ny läkare, det tog mycket kraft och energi att förklara sin situation ytterligare en gång. En faktor som påverkade sjukskrivningsprocessen var ett avslag på sjukpenning. Flera av de sjukskrivna hade fått avslag och har då hamnat i skulder och en ekonomisk otrygghet. De sjukskrivna beskrev att den lilla energi de hade fick gå helt till att lösa ekonomin. Nästan ingen av de sjukskrivna hade gjort någon större kartläggning med Försäkringskassan, några av dem hade istället gjort en kartläggning över telefon. Under det första samtalet med Försäkringskassan fick de sjukskrivna information om reglerna och hur processen går till. Många beskrev dock att de inte var mottagliga för den typen av information vid den tidpunkten och helt enkelt glömt vad som sagts. Det framkom att många av de med utmattningssyndrom hade minnessvårigheter och som de tidigare beskrivit var den första tiden som sjukskriven den svåraste då många kontakter skulle samordnas. En av de sjukskrivna uttryckte *”Jag har känt mig som ett namn i ett system, man har inte sett till människan utan till ett personnummer i systemet”*.

Försäkringskassans regler upplevdes ibland stjälpa sjukskrivningsprocessen. I de fall sjukskrivningen inte varit arbetsrelaterad beskrevs det att det funnits en frustration när Försäkringskassan trots detta ville att den sjukskrivne skulle prövas mot hela arbetsmarknaden. En oro uppkom då om omplacering till ett annat arbete, trots att de trivdes på arbetsplatsen och att det inte var där kärnan till ohälsan fanns. En annan regel som gjort att några av de sjukskrivna upplevde att deras sjukskrivningsprocess stannat upp var när dag 180 eller 365 inföll. Många tvingade sig tillbaka till arbetet för tidigt, innan de hunnit få redskap från vården på grund av långa vårdtider, vilket flera gånger skapade bakslag. Det blev sedan en högre tröskel att ta sig förbi för att återgå i arbete.

Faktorer som kunde dra ut på sjukskrivningsprocessen och som fanns hos de sjukskrivna själva var att de inte hade självinsikt eller accepterat att de varit sjuka. Att ha fokuserat på fysisk problematik och känt dödsångest istället för den psykiska ohälsan påverkade självinsikten. De sjukskrivna beskrev processen till att få insikt som påfrestade och svår. En del skämdes över att de var sjuka och ville inte att andra skulle få veta om deras situation. Avsaknad av fysisk aktivitet, avbruten arbetsterapi, avbrutet samtalsstöd och att inte följa rekommenderad medicinering var andra faktorer som gjorde att sjukskrivningsprocessen stannade av. Kombinationen av att ha minnessvårigheter och mycket eget ansvar gällande kontakten med vård, arbetsgivare och Försäkringskassa beskrevs som en dålig kombination av de flesta sjukskrivna. Att själv vara samordnare upplevdes dränera energi som skulle kunnat gå till något annat, så som exempelvis återhämtning. Många berättade att de inte hade kunskap om sjukskrivningsprocessen och man önskade stöd och kunskap om de olika parternas ansvarsområden och vad som förväntades av dem själva. Upplevelsen av att känna sig ifrågasatt,

oavsett om det var från handläggaren på Försäkringskassan, närstående, chefen, läkaren eller någon annan, gjorde det svårt för den sjukskrivne att komma vidare i sin sjukskrivningsprocess. Flera beskrev att de inte fick tid för återhämtning i början av sjukskrivningen i och med korta sjukskrivningar samt samtal med Försäkringskassan, arbetsgivaren och vården vilket sedan påverkade deras förutsättningar att ta del av andra behandlingar och följa rekommendationer om egenvård. Flera beskrev också att den ekonomiska situationen påverkat deras sjukskrivningsprocess då energi och oro lagts på ekonomin snarare än vård.

Positiva erfarenheter och önskningar

Utifrån de sjukskrivnas egna erfarenheter och deras önskningar om stöd har följande positiva erfarenheter identifierats.

Några av de sjukskrivna har haft en bra kontakt och upplevt en förståelse från Försäkringskassan. Ibland var ett byte av handläggare det som gjorde att processen tog fart. Några har också upplevt att det har varit lätt att nå sin handläggare.

En av de sjukskrivna som har haft kontakt med Arbetsförmedlingen beskrev att stödet från arbetspsykologen var det bästa stödet genom hela processen. Den sjukskrivne fick i de samtalen förståelse om sin situation och vad som orsakat ohälsan.

Framgångsfaktorer som beskrivits hos arbetsgivaren var när chefen brydde sig om den sjukskrivne och var ett bra stöd. Många upplevde att chefens avstämningar varit bra, de kände att chefen var angelägen om att vara uppdaterad för att kunna stötta på ett bra sätt. Ibland blev en ny chef vändningen i arbetsgivarkontakten. Känslan av uppskattning och stöd från kollegorna har också varit viktigt och de som har besökt sin arbetsplats har känt att återgången inte varit skrämmande. Någon beskrev att stödet från företagshälsovården varit bra, de flesta beskrev att de gärna hade tagit emot stöd från dem innan de blev sjukskrivna. Uppföljningssamtal med chefen under återgång till arbete har också uppfattats som positiva erfarenheter för att komma framåt i sjukskrivningsprocessen.

Positiva erfarenheter från vården har varit KBT, bra kemi mellan den sjukskrivne och kurator, täta vårdkontakter, stöd från läkare, meditationsyoga, bra medicinering, rekommendationer om egenvård, övningar från arbetsterapeut, snabb kontakt med rehabiliteringsmottagningen, bra rehabiliteringsprogram, tid för återhämtning mellan olika insatser, att ha samma läkare genom hela processen och att kunna byta läkare om det inte fungerat. Att samverka mellan vårdkontaktarna fungerat beskrivs också som något positivt. Några beskrev att de gärna hade önskat kontakt med läkare och psykolog/kurator innan de blev sjukskrivna för att tidigare kunna arbeta med sin ohälsa. En annan önskan flera sjukskrivna hade från vården var erbjudande om massage, detta rekommenderades många gånger men de sjukskrivna fick själva bekosta massagen vilket de sällan hade ekonomi till. Att läkaren försökt lösa problem som funnits från Försäkringskassan upplevdes som ett bra stöd. Något som varit lugnande var när det funnits en annan kontaktperson på vårdcentralen när läkaren haft semester eller varit sjuk. Det som samtliga har beskrivit som viktigt för att komma vidare i sjukskrivningsprocessen var att de fick veta att de var normala, att deras symtom var naturliga. Många upplevde också stödet från andra i likande situation som viktigt. Flera beskrev att mötena med vården överlag har varit bra.

De sjukskrivna som haft stöd från sin familj berättade att de inte hade kommit lika långt utan dem. De berättade också att självinsikten varit nyckeln för att komma framåt i sjukskrivningsprocessen, man behövde veta vad och hur man skulle ta sig an ohälsan. Många berättade också att de kunde se att det hade varit bra om de själva hade vågat leta efter annat arbete tidigare, att faktiskt våga bryta med arbetsplatsen och gå vidare. Ett annat viktigt stöd i processen har varit kontakt med sitt fackförbund.

Fackförbunden har stöttat när det inte funnits en fungerande dialog mellan arbetsgivaren och den sjukskrivne men också när det har fungerat bra. Det har uppfattats som en trygghet för de sjukskrivna att inte vara själv i rummet med arbetsgivaren och att man själv inte behövt komma ihåg allt som sagts.

Chefer

Nedan faktorer återkom vad gällde positiva erfarenheter och faktorer som kunnat motverka flaskhalsar utifrån chefernas egna berättelser.

- Att chefen vågade prata med sina anställda och vara en närvarande chef
- Att chefen fick och tog stöd av vården
- Att chefen fick och tog stöd av personalavdelningen.
- Att samverkan fungerat bra, inom och mellan parterna.

Cheferna som tillfrågats att delta i studien hade arbetat inom kommunal verksamhet och har haft erfarenhet av långtidssjukskriven personal. Cheferna hade arbetat som chefer inom kommunal verksamhet mellan ett till nitton år, de hade mellan 25 - 55 anställda och samtliga upplevde sin arbetsbelastning som hög. Flera chefer beskrev att de inte hann med allt de önskade göra och de hade svårt att hinna med arbetsuppgifter inom utsatt tid. Personalomsättningen har varierat hos cheferna, några hade nästan ingen omsättning och andra hade en mycket hög omsättning. Anledningarna som beskrevs ligga bakom personalomsättningen var studier, föräldradedigheter, pensionsavgångar, tjänstledigheter för att prova på annat arbete och sjukskrivningar. Gällande arbetet med omorganisationer beskrev många av cheferna att de försökt få arbetsgruppen delaktig tidigt i processen för att det skulle bli en så bra förändring som möjligt. Några chefer har haft med fackligt förtroendevalda under processen och några har skickat ut enkäter och information under hela omorganisationens gång. Alla chefer arbetade för att samtliga anställda skulle känna sig delaktiga genom en respektfull dialog.

Samtliga chefer beskrev den vanligaste sjukskrivningsorsaken hos de långtidssjukskrivna som psykisk ohälsa och då utmattningssyndrom, depression och stressreaktion.

Utifrån chefernas svar har resultatet delats in i fem delar.

- Arbetet med systematiskt arbetsmiljöarbete utifrån psykisk ohälsa
- Kontakt med de sjukskrivna
- Rehabilitering och handlingsutrymme
- Flaskhalsar
- Positiva erfarenheter och önskningsar

Arbetet med systematiskt arbetsmiljöarbete utifrån psykisk ohälsa

Flera av cheferna beskrev att de arbetat med att de anställda skulle ha rätt kompetens för sitt uppdrag. De delade ut ansvar och roller till de anställda och undersökte kompetensförsörjningsbehovet löpande. Några chefer såg löpande över vad de uppfattade som psykiskt påfrestande arbetsuppgifter som fanns för att se om förbättringar kunde genomföras. Några av cheferna kunde erbjuda extern handledning i grupp. Att ha ett öppet klimat och hålla personalen delaktig var återkommande faktorer som beskrevs gällande arbetet med systematiskt arbetsmiljöarbete. Alla cheferna uppfattade påminnelser från personalavdelningarna eller datasystemen som ett positivt stöd bland annat i arbetet med sjukfrånvaro. Dock hade inte samtliga chefer påbörjat arbetet med systematiskt arbetsmiljöarbete utifrån psykisk ohälsa utan skulle påbörja arbetet med detta inom kort.

Samtliga chefer berättade att dialogen var avgörande för ett fungerande arbete med det systematiska arbetsmiljöarbetet utifrån psykisk ohälsa. Medarbetarsamtalen beskrevs som ett forum för denna dialog. Andra dialogforum som beskrevs var vardagliga samtal under arbetsdagen, rehabiliteringssamtal med de långtidssjukskrivna, enskilda bokade möten med medarbetare och arbetsplatsträff (APT). Cheferna berättade att det ibland bara kunde vara samtalet i sig som gjort att

medarbetaren blivit stärkt. Flera chefer uppmanade sina anställda att prata med varandra och ta upp problem som kunde förekomma. Cheferna uppmanade också de anställda att ta stöd av dem vid frågor och några chefer hade varit i kontakt med vården och Försäkringskassan för att stötta sin medarbetare. Flera chefer tog stöd av hälsoinspiratörer och fackligt förtroendevalda som fanns på arbetsplatsen.

Samtliga chefer har haft kontakt med företagshälsovården. De vanligaste stöden som har använts var enskilda samtal. Andra stödfunktioner som beställts har varit grupphandledning, arbetsförmågebedömningar, stöd vid omorganisationer, stöd vid utvecklingsdagar, hälsokurs för medarbetare eller snabbt stöd i väntan på tid till vårdcentral. Nästan samtliga chefer beskrev att stödet från företagshälsovården har varit varken bra eller dåligt utifrån medarbetarnas upplevelser. Några chefer berättade också att inte alla medarbetare ville ha stöd från företagshälsovården.

Kommunerna har genomfört personalenkäter som cheferna utgått från för att veta vad just deras arbetsplats behöver arbeta med. Cheferna har regelbundet gått igenom rutiner som fanns och de genomförde skyddsronder. Några av cheferna delade skyddsronderna i två, en för fysisk arbetsmiljö och en för psykisk arbetsmiljö. Arbetet med systematiskt arbetsmiljöarbete dokumenterades i system som upprättats av arbetsgivaren.

Kontakt med de sjukskrivna

Nästintill samtliga chefer beskrev att en anställd som var hemma på grund av sjukdom skulle kontakta denne vid första sjukdagen eller vid hemgång. Några beskrev också att den anställde skulle kontakta sin arbetsgrupp. Vid tillfället för sjukanmälan pratade chefen och medarbetaren om anledningen till sjukfrånvaron, prognosen och arbetsförmågan. En chef hade själv inte den första kontakten med de anställda utan beskrev att arbetsledaren tog emot det första samtalet och om frånvaron berodde på allvarlig sjukdom tog chefen kontakt med medarbetaren direkt, annars hade chefen det första samtalet med medarbetaren när sjukskrivning blev aktuellt.

Flera chefer hade möten och avstämningar med de som hade upprepad korttidsfrånvaro utan sjukskrivning. Löpande kontakt mellan chef och medarbetare med sjukskrivningar skedde via mail, telefon eller fysiska möten, detta var individanpassat. Samtliga chefer bjöd in de anställda till arbetsplatsen. Cheferna följde upp läkarbesök, behandlingar, mål med mera, en chef säger *”det är viktigt att våga prata och ställa frågor, sedan är det upp till medarbetaren att svara”*. Några chefer hade endast kontakt när medarbetaren skulle lämna in sjukintyg och andra hade mer regelbunden kontakt i mån av tid. Kontakten skedde i regel på chefens initiativ, en chef berättade *”ibland får ansvaret ligga på chefen att kontakta den sjukskrivne och inte tvärt om, man får inte glömma bort sina medarbetare. Alla vill ha en stark och frisk personal som vill arbeta, det är det vi ska jobba för”*. En chef beskrev att denne ”ärvt” sjukskrivna och dessa har bjudits in till vad chefen kallade ”lära känna samtal”. Ibland genomfördes en rehabiliteringsutredning av chefen efter att den anställde varit sjukskriven i minst 14 dagar. Ibland kopplades företagshälsovården in för att genomföra dessa utredningar. Några chefer har varit med den sjukskrivne på företagshälsovården vid en akuttid. En chef beskrev att en större avstämning gjordes efter tre månader via Försäkringskassan och en annan beskrev att stöd av personal från personalavdelningen först skedde efter att en medarbetare varit sjukskriven i sex månader. För de anställda som hade börjat arbeta berättade cheferna att avstämningar skedde regelbundet.

Cheferna beskrev att medarbetarnas självinsikt till varför de var sjukskrivna var varierande. En chef sa *”det är svårt, psykisk ohälsa eller depression och självinsikt går sällan hand i hand”*. Några berättade att de anställda inte alls visste varför eller hur de blivit sjuka och andra visste det mycket väl. I början var det många som beskrev att de var sjukskrivna på grund av arbetsförhållanden men det var många som under sjukskrivningstiden förstod att det var flera faktorer som spelade in. De sjukskrivna fick

självinsikt efter hand och allt som oftast handlade det om flera faktorer, både på arbetet och privat. Cheferna beskrev att de sjukskrivna som inte fått insikt i varför de var sjuka inte såg sin egen del till ohälsan. De hakade upp sig på att det var arbetet som var stressigt och svårt. De som inte såg hela bilden och återgick till arbetet trots att de inte var friska arbetade med så kallad "sjuknärvaro" vilket skapade en ohälsosam arbetsplats. Företagshälsovården har stöttat en del chefer i att få den sjukskrivne att komma till självinsikt och reda i vart ohälsan ligger. En chef beskrev att en sjukskriven som senare blev uppsagd förstått att ohälsan berodde på faktorer utanför arbetet. Flera chefer beskrev dock att oavsett om ohälsan berodde på arbetet eller inte så tog det tid att få insikt i vad som var de egentliga orsakerna.

Rehabilitering och handlingsutrymme

Cheferna hade olika erfarenheter av stöd och samarbete med arbetsgivaren, vården och Försäkringskassan. Endast en chef hade varit med på ett större nätverksmöte med flera inblandade parter och strax över hälften av cheferna hade inte deltagit på något nätverksmöte alls. Vid nätverksmöten berättade cheferna att det ibland varit den sjukskrivne som uteblivit.

Näst intill samtliga chefer hade haft kontakt med vården. Cheferna beskrev kontakten som positiv och att läkarna hade förståelse för arbetsplatsens behov och den sjukskrivnes behov. En chef berättade att det var ett bra stöd från vården även för chefen för att veta att denne tänkte på rätt sätt och anpassade rehabiliteringsplanen utifrån läkarens rekommendationer. Några få av cheferna hade inte haft kontakt med vården alls utöver att de fått en kopia på sjukskrivningen. Flera chefer berättade att vården inte deltagit vid nätverksmöten. Cheferna beskrev att det var svårt för de sjukskrivna att få tid för att förlänga sjukskrivningen, då har cheferna löst detta tillfälligt i datasystemet hos arbetsgivaren trots att det motstrider rutinen.

Hälften av cheferna har haft kontakt med Försäkringskassan och ungefär en tredjedel hade erfarenhet av att handläggaren från Försäkringskassan deltagit vid nätverksmöten. De chefer som arbetat som chefer en längre period berättade att handläggarna var med i mycket större utsträckning på nätverksmöten för ungefär fem sex år sedan, en chef sa "*handläggaren sa att de bara kallar till möten om vi inte kommer överens*". Samarbetet med Försäkringskassan fungerade olika bra, en del hade goda erfarenheter och andra inte. En chef berättade att handläggaren kontaktade chefen när det fanns funderingar på att avslå sjukpenningen och efter att chefen beskrev rehabiliteringsplanen avslogs inte ansökan, en chef sa "*det ska inte var för stelbent*" om Försäkringskassans arbete.

Cheferna beskrev att de fått det mesta stödet från personalavdelningen. Samtliga har haft regelbunden kontakt med personalavdelningen i olika frågor. Cheferna hade i regel haft möten med den sjukskrivne själv för att prata om rehabiliteringsplanen, ibland medverkade personal från personalavdelningen. Hälften av cheferna berättade för den sjukskrivne att denne kunde ta med sig en facklig representant som stöd i mötet. I dessa frågor hade ingen av cheferna fått stöd från sin egen chef utan stödet kom från personalavdelningen. Nästan alla chefer berättade att rehabiliteringsplanerna hade fungerat bra, det behövdes ibland göras någon justering längs vägen. En chef berättade att denne försökt behålla de sjukskrivna aktiva i arbete på något sätt för att inte den anställda skulle riskera att bli långtidssjukskriven. Några chefer berättade också att de hade pratat om omplacering av den sjukskrivne och någon har även behövt avsluta den sjukskrivnes anställning. Avslut av tjänst skedde i samråd med andra parter och den sjukskrivne genom ett nätverksmöte.

När cheferna skulle anpassa arbetsuppgifterna för återgång i arbete kände samtliga chefer att deras handlingsutrymme var mycket litet och begränsat. De kunde ibland påverka och anpassa arbetsuppgifterna en kort period men inte i längden, det kunde handla om några dagar till någon vecka. Ibland kunde de inte påverka innehållet i arbetet alls. De behövde i första hand ta hänsyn till

verksamhetens behov. Nästan samtliga beskrev att de kunde påverka arbetstiden men att de då utgick från ordinarie schema. Några berättade att de schemalade fler korta raster för återhämtning. Annars berodde anpassningsmöjligheterna på budget enligt cheferna, då det var dyrt att ha personal som gick utöver ordinarie schema.

När den sjukskrivne skulle återgå i arbete hade cheferna och de sjukskrivna i regel ett nätverksmöte för att gå igenom rehabiliteringsplanen. Den sjukskrivne uppmanades också att prata med kollegorna om hur återgången var planerad. Majoriteten av cheferna beskrev att arbetstiden sakta utökats i takt med att sjukskrivningsgraden minskade. De flesta cheferna räknade den sjukskrivne som utöver ordinarie personalstyrka när de arbetade 25 %, men det gjorde inte alla. Det var vanligt att den sjukskrivne fick ordinarie arbetsuppgifter och räknas med i schemat när denne arbetade 50 %. Alla chefer hade regelbunden avstämning med den sjukskrivne under upptrappning och återgång. Ingen av cheferna hade mycket erfarenhet från arbetsträning, detta uppfattades som vanligare förr.

Flaskhalsar

Cheferna beskrev flaskhalsar de kunde se i sin egen organisation, hos vården, hos Försäkringskassan och hos de sjukskrivna själva. Många ansåg att kvaliteten på företagshälsovården var varierande och de saknade stöd efter att arbetsgruppen eller medarbetare hade haft kontakt med dem. Många gånger uppfattade cheferna att företagshälsovården drog upp problem som fanns i arbetsgruppen men redskapen för att arbeta vidare med dessa saknades.

Det var svårt för chefen att veta vad som var orsaken till sjukskrivningen när den bedömdes vara arbetsrelaterad. Flera chefer berättade att de inte ville misstro den sjukskrivne samtidigt som det kunde upplevas finnas fler orsaker till ohälsan än enbart arbetet, det var svårt att komma vidare då. Nästan alla chefer berättade att arbetsgivaren pratade om att sänka sjuktalet men man gavs inga redskap för hur detta skulle gå till eller vad chefen skulle erbjuda sina anställda som upplevde psykisk ohälsa. Det beskrevs flera gånger som svårt för chefen att veta om den sjukskrivne följde rehabiliteringsplanen utifrån vårdens och/eller arbetsgivarens sida. I och med det var det svårt att veta om den sjukskrivne gjorde allt den kunde för att förbättra hälsan. Flera av de intervjuade cheferna visste inte vem det var av de olika inblandade parterna som skulle kalla till nätverksmöte. En chef berättade att en faktor som gjort att sjukskrivningsprocessen dragits ut på var att chefen inte hade satt sig in i hur denne skulle arbeta med det systematiska arbetsmiljöarbetet. Många upplevde att det var svårt att leta och hitta aktuella styrdokument och rutiner för hur arbetsgivaren arbetade med psykisk ohälsa. Några chefer upplevde att stödet från personalavdelningen inte var förebyggande utan endast akut. Kontinuerligt stöd och/eller fortbildning saknades för cheferna. Många av cheferna saknade utbildning, dialog, seminarier med mera gällande psykisk ohälsa. Samtliga chefer berättade att de inte får något stöd från sin chef i dessa frågor utan de har fått vända sig till personalavdelningen. Några av cheferna berättade att de inte fått något stöd men också att de inte har efterfrågat något stöd vilket de reflekterade över för första gången under intervjutillfället. Flera av cheferna visste inte hur den sjukskrivne upplevde kontakten med dem under sjukskrivningsprocessen, då de inte efterfrågade respons från de anställda. De som fått respons berättade att den varit positiv, men de var osäkra på hur sanningsenlig responsen var. Samtliga chefer berättade också att de hade begränsat handlingsutrymme vilket kunde göra att sjukskrivningsprocessen drog ut på tiden. Dialogen med Försäkringskassan gällande de som var långtidssjukskrivna beskrevs av många som dålig och en bättre dialog önskades. Ibland kunde cheferna också se att det saknades dialog mellan Försäkringskassan och vården vilket försvårade sjukskrivningsprocessen. Ibland kunde det få motsatt effekt om den sjukskrivne återgick för tidigt till arbetet innan den var redo, går det för fort berättade många chefer att ett bakslag ofta slog till. En chef påtalade att arbetsmiljöenkäter från olika företag som de hade tillgång till inte alltid var tillgängliga för samtliga anställda vilket gjorde att resultaten kunde ha blivit missvisande. Ibland skrevs dessa enkäter

på ett mer komplicerat språk än nödvändigt. Alla chefer berättade att det var svårt för dem att motivera de sjukskrivna att besöka arbetsplatsen om de inte ville komma, det fanns inget annat de kunde göra än att försöka motivera och hoppas på att den sjukskrivne kom på besök. Nästan alla chefer berättade också att det var svårt för dem att komma åt korttidssjukskrivningar och vad de kunde göra för att stötta de sjukskrivna i att må bättre. Nästan samtliga chefer hade kontakt med de anställda vid första sjukfrånvarodagen där de hade en dialog. Hur arbetet vidare skulle se ut utifrån dialogen och vilket handlingsutrymme cheferna hade var oklart. Många chefer berättade också att det var svårt för dem att snappa upp tidiga signaler på ohälsa då de inte arbetade så nära samtliga anställda som de hade önskat. Det var också många chefer som inte hann ha samtal med de korttidssjukskrivna vilket de hade önskat att de kunde ha mer av. Majoriteten av cheferna berättade att de ville kunna göra mer men att det var resurserna som satte ramarna. Ibland hade chefen inte upplyst den sjukskrivne om att de kunde ta med sig stöd vid nätverksmöten från bland annat den fackliga organisationen. Hälften av alla chefer berättade att det var svårt för dem att boka in personliga uppföljningsmöten och att det tog tid innan ett nätverksmöte kunde bokas in då deras kalendrar var fullbokade. De berättade att det tog tid att arbeta med det systematiska arbetsmiljöarbetet utifrån psykisk ohälsa och att cheferna fick fler arbetsuppgifter samtidigt som de sällan blev av med någon annan arbetsuppgift. Några av cheferna berättade att det inte bara var arbetsuppgifter som slukade deras tid, utan ibland var det anhöriga till brukare och ibland brukare själva som tog energi och tid från dem.

Många chefer berättade att det var svårt för andra att nå dem och att det var för få personal på personalavdelningen per chef och anställd. Det tog exempelvis mycket tid att genomföra en omplaceringsutredning och cheferna berättade då att det kontinuerliga stödet och utbildningen från personal från personalavdelningen fick prioriteras bort. Några av cheferna berättade också att de kunde se att arbetsgivaren inte vågade gå till avslut av tjänst fast det kanske hade varit det bästa alternativet, en chef berättade att det istället gjorde de sjukskrivna en björntjänst genom att omplacera gång på gång. En chef berättade att det var svårare att anpassa arbetet ju lägre sjukskrivningsgrad personen hade då den sjukskrivne förväntades arbeta med ordinarie arbetsuppgifter ju lägre sjukskrivningsgraden var.

Cheferna beskrev långa vårdköer, dålig medicinuppföljning, läkarbyten, väntetid till rehab och väntetid till specialister som några flaskhalsar de kunde se hos vården. Cheferna berättade att de stod handfallna när det var långa vårdkötider, de väntade på återkoppling och kunde inte anpassa återgång till arbetet innan utredning och/eller behandling var genomförd. Flera chefer upplevde att vården ”köpte” att ohälsan var arbetsrelaterad och att läkarna inte vågade ta reda på om det kunde finnas andra orsaker till ohälsan. Det blev då inte vårdens ansvar att rehabilitera personerna utan arbetsgivarens. Många chefer berättade att de såg att läkarna inte kopplade in samtalsstöd för att utforska ohälsan vidare och ibland hade de sjukskrivna nekats samtalsstöd. Om vården inte stöttade den sjukskrivne att ta reda på orsaken till sjukskrivningen kom inte den sjukskrivne till självinsikt och flera chefer menade att detta var en stor faktor som gjorde att sjukskrivningsprocessen stannade upp. Flera chefer berättade att det var svårt att få kontakt med läkare och att det var dåligt samarbete mellan vården och arbetsgivaren överlag. Många gånger beskrev cheferna att de inte visste hur de skulle anpassa arbetet för den enskilde och att de gärna hade tagit emot stöd från vården för att göra en hållbar rehabiliteringsplan men detta saknades. Några chefer berättade att vården inte alls var med vid planeringen av rehabiliteringsplanen. En chef berättade att denne gärna hade stöttat läkaren och önskat mer samarbete, men det var svårt att veta hur. Gällande läkarintygen var det ibland lång väntetid som skapade glapp mellan sjukskrivningsperioderna, detta beskrevs som påfrestande både för den sjukskrivne men också för verksamheten som den anställde sjukskrevs från. Flera chefer berättade också att korta sjukskrivningar skapade ett hinder för den sjukskrivne att komma vidare i sjukskrivningsprocessen då energi lades på oro för sjukskrivningen och tid för återhämtning saknades.

Det blev också svårt för chefen att planera arbetet med den sjukskrivne och resterande anställda på arbetsplatsen. En chef berättade att denne inte fått ta del av sjukskrivningsorsaken från den sjukskrivne och en annan chef berättade att det framkommit av sjukintyg att chefen i fråga inte skulle kontakta den sjukskrivne då det skapade oro hos den sjukskrivne.

Gällande kontakten med Försäkringskassan uppgav nästan samtliga chefer att det var svårt att få kontakt med handläggaren. Samarbetet har uppfattats fungera olika beroende på handläggare. Flera chefer kunde se att handläggarna över lag hade svårt att se problemet med hur schemat skulle anpassas om den sjukskrivne hade långa arbetspass i grunden när de endast skulle arbeta deltid. Några chefer beskrev att den sjukskrivne känt stress när sjukskrivningsdag 180 närmat sig utan att de fått kontakt med handläggaren. Det skapades då en oro över att inte veta vad som skulle ske. Flera chefer beskrev bristande kommunikation mellan samtliga parter som en faktor som kunde stjälpa sjukskrivningsprocessen.

Alla chefer beskrev att det var svårt att komma åt kärnan till varför den anställda var sjukskriven. Självinsikten spelade stor roll till hur resterande del av sjukskrivningsprocessen löpte på, en chef berättade *"det är svårt att se sitt eget liv och hur man lever det som en del i sjukfrånvaron för vissa personer"*. Många av de sjukskrivna hade inte accepterat ohälsan och de förväntade sig att någon annan skulle lösa situationen åt dem. Flera chefer berättade att de sjukskrivna inte alltid tog ansvar att faktiskt ge återhämtningen en ärlig chans och en chef berättade att de anställda inte visste vad aktiv återhämtning innebar. Några få chefer beskrev att den sjukskrivne inte följt rekommenderad behandling så som exempelvis medicinering. Några chefer berättade också att det inte var ovanligt att den sjukskrivne inte kom på planerade möten. Det beskrevs av flera chefer som svårt för den sjukskrivne att veta vad som förväntas av denne och hur denne skulle ta del av information. En chef berättade att just information om bland annat rättigheter och skyldigheter var ännu svårare för de som inte helt kunde språket. Flera chefer kunde beskriva att den sjukskrivne behövde kontakta vården och Försäkringskassan upprepade gånger och påtala felaktigheter för att få sjukskrivningen korrekt.

Positiva erfarenheter och önsknings

Detta avsnitt är indelat i vad cheferna gjort på sina arbetsplatser och hur de önskade att det skulle vara.

En positiv faktor som var återkommande var att cheferna vågade be om respons på hur den sjukskrivne uppfattade kontakten och stödet från dem men också att de vågat prata och ställa frågor om hälsan. En chef hade fått till sig att samtalen upplevdes som positiva och omtänksamma och inte kontrollerande. En annan chef berättade att rutinen om att chefen skulle ha ett samtal med en anställd vid första dagen av sjukfrånvaron sågs som en vinst, trots att det förelåg skepsis i ett inledande skede *"hur ska jag få in det i schemat också"*. En chef berättade att det handlade om att våga respektera, ha tillit och ställa krav på sina anställda. Att ha en god dialog med den sjukskrivne beskrevs av flera chefer som det mest avgörande för att sjukskrivningsprocessen skulle löpa på. Ett par av cheferna hade också haft sjukskrivna på besök på arbetsplatsen och detta upplevdes minska tröskeln för att återgå i arbete på deltid. Att ha kvar relationen med arbetsplatsen beskrevs också som viktigt utifrån delaktighetssynpunkt och att den sjukskrivne fortfarande kände sig som en i gruppen.

En positiv faktor till att sjukskrivningsprocessen löpte på var när samtliga tog sitt ansvar, detta hade några av cheferna erfarenhet av. Alla cheferna berättade att de haft stöd av personal från personalavdelningen men flera andra stödfunktioner beskrevs också så som bra dokumentationsverktyg, stöd av chefskollegor, stöd från fackliga organisationer, stöd från vården och från arbetsgivaren i stort genom bland annat arbetsmiljödagar. En chef berättade att stödet från arbetsgivaren också handlade om att hjälpas åt inom organisationen att omplacera personal som inte kunde återgå till ordinarie arbetsplats vilket upplevdes fungera bra.

Samtliga chefer hade en punkt om arbetsmiljön på sina arbetsplatsträffar (APT). Utifrån anpassningsmöjligheter kunde flera chefer se att det var positivt att de kunde påverka schemat till viss del. Det sågs också som lättare att anpassa arbetsuppgifterna under en kortare period om det inte handlade om ensamarbete. En chef påtalade vikten av sätta in vikarier vid sjukdom, annars menade chefen på att det sände ut signaler om att personalen var överflödigt och egentligen inte behövdes.

Några av cheferna beskrev att de hade bra kontakt och avstämningar med läkaren under hela sjukskrivningsprocessen och några andra hade bra stöd och kontakt med rehabkoordinatorerna om dessa fanns. Några chefer beskrev också att läkarintygen varit bra och utförliga. Företagshälsovården beskrevs av några chefer som ett bra stöd och flera chefer såg en vinst med att koppla in enskilda samtalsstöd om väntetiderna för samtalsstöd på vårdcentralerna var mycket långa.

Ett par chefer berättade att de haft en bra dialog och kontakt med handläggarna på Försäkringskassan och att de hade stöttat den sjukskrivne om det funnits frågor kring sjukskrivningen istället för att avslå sjukpenningen. Flera chefer berättade att sjukskrivningsprocessen fungerat bra om den sjukskrivne fått tid på sig att komma tillbaka till arbetsplatsen. Rehabiliteringsplanerna beskrevs välfungerande och vid behov hade de anpassats i efterhand. Andra faktorer som varit positiva för sjukskrivningsprocessen var bra nätverksmöten, kontinuerlig kontakt mellan chefen, Försäkringskassan, vården och den sjukskrivne samt att arbetsgruppen informerats om rehabiliteringsplanen. Om den sjukskrivne varit med och påverkat sin rehabiliteringsplan upplevdes detta som en stärkande faktor för återgång till arbete. Hade chefen och den sjukskrivne varit eniga om rehabiliteringsplanen kunde de se att detta bidrog till att återgången förlöpte väl och det var mer troligt att den sjukskrivne rehabiliterades.

Avslutningsvis fick cheferna delge önskingar över hur arbetet med sjukskrivningsprocessen skulle fungera. Mest återkommande var då att cheferna önskade att de hade mer tid för uppföljning och träffar med de sjukskrivna, att de ville vara närmare samtliga anställda, att skapa en bra relation mellan chef och anställd, att de bättre skulle kunna identifiera tidiga signaler och snappa upp korttidsfrånvaron. Flera beskrev också att det vore bra om de sjukskrivna kom till arbetsplatsen för att känna samhörighet med gruppen, cheferna önskade många gånger stöd från vården i motivationsarbetet. Några chefer påtalade också att de behövde bli bättre på att beskriva för vården att det inte vore lämpligt för den sjukskrivne att återgå till arbetsplatsen. Flera chefer önskade bra och tydlig information som de kunde prata om tillsammans med den sjukskrivne för att motverka att något glöms bort. Några chefer såg att de behövde ta mer stöd från företagshälsovården än vad de gjort tidigare samtidigt som en annan chef reflekterade över om företagshälsovården var nog eller om ytterligare stöd var behövligt. Många chefer beskrev att de önskade en lättare process vid omplacering av personal och en chef önskade att det skulle vara möjligt att prova på olika arbeten under sin tid som sjukskriven för att undersöka arbetsförmågan och kunna anpassa återgången bättre. Ett förslag från en av cheferna var att skapa en bank av alla arbetsuppgifter som fanns i kommunen som behövde tillsättas och sedan använda dessa arbetsuppgifter under en arbetsträning eller eventuellt som en permanent lösning.

Majoriteten av cheferna kunde se att de var i behov av mer stöd från personalavdelningen. En chef upplevde att det borde finnas fler personal på personalavdelningen för att arbetsgivaren skulle kunna arbeta mer förebyggande utifrån psykisk ohälsa. Några av cheferna beskrev också att antalet medarbetare påverkade deras möjligheter till nära ledarskap. Det uppfattades som oklart för många chefer vad de kunde erbjuda för vidare stöd om de uppmärksammade tidiga signaler på psykisk ohälsa.

Flera chefer önskade regelbunden fortbildning och bättre dokumentationsverktyg och stödfunktioner (exempelvis lathund för rehabiliteringssamtal, förtydligande kring handlingsutrymmet med mera). En

chef påtalade behovet av att anpassa samhället utifrån alla som lever i det, chefen undrade hur arbetsgivaren kunde stötta bland annat ensamstående och unga som upplevdes befinna sig i en riskzon.

Cheferna berättade att de önskade att Försäkringskassan skulle kontakta dem om det fanns risk för avslag på sjukpenning ifall de kunde förklara och reda ut frågor som kunde finnas om rehabiliteringsplanen. Flera chefer beskrev också att de saknade arbetsträning som de sedan tidigare hade goda erfarenheter av.

Utifrån vårdens stöd önskade cheferna att de sjukskrivna fick tidig kontakt med behandlande vårdpersonal, att vården satsade på att anställa fler psykologer, att läkarna tydligt rekommenderade fysisk aktivitet och aktiv återhämtning och att cheferna fick stöd i hur de skulle arbeta med rehabiliteringsplanen utifrån vårdens perspektiv. En chef berättade att vården behövde vara aktiva i rehabiliteringsplanen för att den skulle vara välanpassad då vårdpersonalen kunde stötta chefen i att sätta rimliga krav och förväntningar på den sjukskrivne, chefer fortsätter *"hälsa är också att ha ett arbete"*. Alla chefer beskrev att det var avgörande för hur sjukskrivningsprocessen skulle gå beroende på om den sjukskrivne och vården förstod orsaken till ohälsan och att den sjukskrivne efter det fick behandlingar och rätt stöd vid rätt tid. Några chefer ville arbeta mer med förebyggande sjukskrivningar och en chef reflekterade över att en friskvårdstimma som de anställda kunde förfoga fritt över på arbetstid kunde vara ännu ett steg från arbetsgivarens sida att samverka i förebyggande syfte med vården. En annan chef funderade på om arbetsgivaren skulle införa obligatorisk träning på arbetstid och tog brandmännen som exempel.

Personliga handläggare på Försäkringskassan

Nedan faktorer återkom vad gällde positiva erfarenheter och faktorer som kunnat motverka flaskhalsar utifrån handläggarnas egna berättelser.

- Att rehabiliteringsplanen fungerade bra mellan arbetsgivare och vård.
- Att den sjukskrivne hade kvar kontakten med arbetsplatsen och eventuellt hade ett anpassat arbete under en deltidssjukskrivning.

Handläggarna arbetade mot de sjukskrivna som hade behov av samordnad rehabilitering och hade arbetat med detta i ett år samt ett och ett halvt års tid. De var kontaktpersoner till 80 respektive 120 personer men arbetade i team där de stöttade upp varandra. De hade träffat ungefär 10-20 stycken av de sjukskrivna som de hade ansvar för. Arbetsbelastningen uppfattades som hög och orimlig vilket gjorde att de många gånger fick göra prioriteringar av de sjukskrivna. Personalomsättningen var låg, fler handläggare anställdes än som vad det var som slutade.

Den vanligaste sjukskrivningsorsaken vid långtidssjukskrivningar beskrevs vara psykisk ohälsa och utmattningssyndrom.

Utifrån handläggarnas svar har resultatet delats in i fem delar.

- Första kontakt
- Samverkan
- Rehabilitering
- Flaskhalsar
- Positiva erfarenheter och önskningar

Första kontakt

Handläggarna tog emot ansökningar om sjukpenning och hade en första kontakt med den sjukskrivne över telefon då en utredning genomfördes. Information lämnades och efter detta telefonsamtal kunde handläggaren ta kontakt med andra parter om behov fanns.

Fortsatt kontakt skedde genom löpande uppföljning när och om behov fanns. Sjukskrivna var alltid välkomna att kontakta sin handläggare vid frågor.

Försäkringskassans krav gällande samordning av rehabiliteringsinsatser beskrevs av handläggarna att se till vad som fanns att tillgå, att ta kontakt med andra parter vid behov, att ta kontakt med samordningsförbund vid behov, att utgå från det medicinska underlaget sett i förhållande till den sjukskrivnes historik och personliga förutsättningar, att stötta arbetsgivare som inte tog sitt rehabiliteringsansvar, att följa upp rehabiliteringsplaner samt att vara passiv om samordningen fungerade på egen hand hos parterna.

En handläggare beskrev att frågor om orsak till sjukskrivning, arbetsmiljö och hemförhållanden ställdes under telefonutredningen. De sjukskrivna reflekterade över ohälsan och förstod efter hand att det var flera orsaker som spelade in. En handläggare uppfattade att de sjukskrivna som fått vänta länge på samtalsstöd fick självinsikt senare än de som fått tidigt stöd.

Samverkan

Handläggarna berättade att arbetsgivare ofta ville lägga över rehabiliteringsansvaret på Försäkringskassan på grund av osäkerhet. Arbetsgivaren behövde många gånger stärkas av handläggaren. En del arbetsgivare hade svårt för att anpassa arbetet vid återgång och andra kunde anpassa helt utifrån den sjukskrivnes behov.

Utifrån samverkan med vården skedde den främst med läkare och/eller rehabkoordinatorer. Båda handläggarna upplevde att det var svårt att nå läkare.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet sågs som en vägledning av handläggarna. De upplevde att det var svårt att applicera vid psykiska diagnoser då stödet endast innebar hänvisningar och inte specifikt vad som förväntades genomföras. En handläggare berättade att stödet var bra för att veta när det var rimligt för denne att ställa frågor om rehabiliteringsplanen till sjukvården.

Handläggarna deltog på nätverksmöten om det var handläggaren själv som kallat till dessa eller om handläggaren själv bedömt att behov av deltagande funnits. De var inte med på möten för att delge information om anpassning vid återgång. En handläggare berättade att de oftast var med vid nätverksmöten om en behandling tagit slut och en ny skulle planeras, exempelvis när samtalsstöd hade avslutats.

Kraven som ställdes på de sjukskriva enligt Försäkringskassans regler upplevdes problematiska i förhållande till hur verkligheten såg ut. Lagen gjorde ingen skillnad på sjukdomar, hänsyn togs endast till sjukdomens uttryck i förhållande till hur arbetsförmågan bedömdes. En svårighet var att de sjukskrivna bedömdes utifrån vad som var normal arbetsförmåga vid återgång i arbete trots en längre tids sjukskrivning. Handläggarna önskade att de hade mer handlingsutrymme vad gäller tidsangivelser. De hade svårt att motivera sjukpenning på 25 % under en längre tid då den sjukskrivne bedömdes ha hög arbetsförmåga, handläggarna önskade att de kunde vara mer generösa då det inte stämde överens med verkligheten.

Handläggarna upplevde att deras handlingsutrymme i förhållande till hur de kunde påverka sjukskrivningsprocessen handlade om att bedöma lämpliga insatser, bedöma rätten till sjukpenning, stötta sjukskrivna att våga tänka på återgång i arbete, att fånga upp olika insatser och stötta parterna samt stötta sjukskrivna som saknade arbetsförmåga att ansöka om sjukersättning.

Rehabilitering

Handläggarna upplevde att rehabiliteringsplanerna generellt fungerat bra, när det funnits behov gjordes revideringar. Om arbetsgivare eller vård önskat stöd i hur rehabiliteringsplanen skulle formuleras kunde handläggarna stötta i detta i mån av tid.

Den vanligaste återgången till arbete skedde genom succesiv upptrappning, stegvis ökning av belastningen och genomförande av anpassningar på arbetsplatsen. Om sjuklön betalats av arbetsgivaren istället för sjukpenning kunde Försäkringskassans samarbete avslutas och de kunde inte längre följa hur rehabiliteringsplanen fungerade. En handläggare upplevde att det fanns en efterfrågan på arbetsträning samt att detta hade börjat återkomma i större utsträckning än tidigare. Under hela sjukskrivningsprocessen och särskilt tiden för återgång hade flera sjukskrivna regelbundet stöd från vården.

Handläggarna fick respons från de sjukskrivna på hur de upplevde kontakten med Försäkringskassan i samtal. Stödet upplevdes ofta som positivt trots att handläggarna upplevde att media gav en negativ bild av Försäkringskassan, en handläggare berättade att en sjukskriven en gång sa *”Tack, det var inte denna bild jag hade av Försäkringskassan”*. Många upplevde att det var positivt att ha en personlig handläggare. Negativ respons handlade vanligen om att det var svårt att nå handläggarna.

Flaskhalsar

Utifrån samarbetet med vården beskrev handläggarna att oklarheter kring varför återhämtningen vid psykisk ohälsa tog längre tid än vad som rekommenderats i det försäkringsmedicinska beslutsstödet drog ut på sjukskrivningsprocessen. De påtalade också att faktorer som långa väntetider, resursbrist på

vårdcentraler och psykiatrimottagningen samt tillfälliga stafettläkare som saknade långsiktigt fokus kunde göra att processen stannade av. Handläggarna upplevde också att det var svårt att komma i kontakt med läkare vilket bland annat försvårade möjligheten att ställa kompletterande frågor om sjukintyg.

Nedan beskrivs handläggarnas egna erfarenheter om faktorer som gjort att sjukskrivningsprocessen stannat av utifrån Försäkringskassans arbete.

- Svårighet att följa rekommendationer i det försäkringsmedicinska beslutsstödet utifrån psykiska diagnoser.
- Problematiskt att bedöma långtidssjukskrivna utifrån ett ”normalt tillstånd” efter 180 dagar då de inte levt under ett ”normalt tillstånd” under sjukskrivningstiden.
- Svårighet för handläggarna att motivera sjukpenning en längre tid på 25 %. Avslag om sjukpenning kunde då förvärra sjukskrivningsprocessen.
- För stora glapp mellan lågtröskelverksamheter och vanliga arbeten. Arbetsträning inom dessa verksamheter var problematisk om målet var arbete inom ordinarie arbetsmarknad.
- Att förklara och få arbetsgivare att förstå sitt ansvar tog tid.
- Svårt för andra parter att komma i kontakt med handläggarna.
- Fortbildning i psykisk ohälsa saknades för handläggarna.
- Bedömningsgrunderna och rekommendationerna i beslutsstödet var inte kompatibla med vårdköerna. De sjukskrivna fick för lite tid till rehabilitering innan återgång i arbete förväntades.
- Andra parter lade över rehabiliteringsansvaret på Försäkringskassan.
- Försäkringskassan kunde inte ta hänsyn till läkarbrist.
- Krav på dokumentation om observerade nedsatta begränsningar från vården.
- Handläggarna kopplades bort efter 180 dagar om arbetsgivaren valde att betala sjuklön, uppföljning och samordning avbröts.
- Handläggarna fick lite stöd från sin chef.

Utifrån handläggarnas beskrivningar har följande faktorer identifierats som kan förklara varför sjukskrivningsprocessen stannat av.

- Försäkringskassan lade ibland tillbaka ansvaret på den sjukskrivne om handläggaren inte fick kontakt eller tillräckliga underlag från sjukvården.
- Handläggarna följde inte upp och stämde av med vård och arbetsgivare om rehabiliteringsplanen löpt på.
- Handläggarna behövde göra prioriteringar av vilka ärenden de kunde arbeta aktivt med då arbetsbelastningen var hög, trots att det framkom av samtliga sjukskrivningar att det förelåg behov av samordning av rehabiliteringsinsatser.

Handläggarna beskrev att arbetsgivarna många gånger lade över ansvaret för rehabiliteringen på dem trots att det inte var deras ansvar. Arbetsgivarna uppfattades ofta som osäkra på sitt ansvar och handlingsutrymme. Ytterligare flaskhalsar som uppmärksammats utifrån arbetsgivarens arbete var att chefer fastnade i tanken om att de inte kunde skapa nya tjänster eller arbetsuppgifter, handläggarna upplevde detta som ett snävt synsätt och att det borde gått att anpassa mer än vad som gjorts. Handläggarna uppfattade att cheferna inte vågade prata om andra anställningar och hade svårt att se att den sjukskrivne kunde omplaceras till annat arbete inom eller utanför den egna verksamheten. En handläggare påtalade även att chefer gärna önskade att handläggarna fanns med på nätverksmöten trots att de inte hade klargjort varför de önskade att handläggarna skulle delta. Det tog då tid att försöka förstå varför chefen ville att handläggaren skulle vara med, att förklara de olika parternas roller och

ibland även tid till möten som egentligen hade kunnat genomföras utan en handläggare från Försäkringskassan på plats.

Flaskhalsar som handläggarna identifierat hos de sjukskrivna handlade om brist på förståelse för och om den psykiska ohälsan, rädsla att arbeta 100 % istället för att fortsätta med 75 % och att de sjukskrivna hade svårt att se när det var lämpligt att söka nytt arbete eller arbetsgivare.

Positiva erfarenheter och önsknings

Följande faktorer framkom som positiva för att en sjukskrivningsprocess skulle vara gynnsam.

- När rehabiliteringsplanen följdes och fungerade mellan arbetsgivare och vården och Försäkringskassan kunde hålla sig utanför.
- Att Försäkringskassan kunde ta större ansvar om samverkan inte fungerade mellan de andra parterna.
- När arbetsgivare tog sitt ansvar för rehabiliteringsplanen och anpassade för återgång utifrån den sjukskrivnes individuella behov.
- Att sjukskrivna hade kvar kontakten med arbetsgivaren under sjukskrivningstiden, kanske utfört vissa arbetsuppgifter deltid.
- Samordningsförbundets insatser som ett mellansteg innan återgång i arbete.
- När handläggarna gav återhämtningstid till de sjukskrivna med utmattningssyndrom i början av sjukskrivningsprocessen.
- Bra samarbete med rehabkoordinatorer.
- Att ha personliga handläggare på Försäkringskassan.
- Att handläggarna tog in utlåtanden från andra än läkaren.
- När handläggarna stöttade de sjukskrivna i att tänka att de skulle åter i arbete.
- När de sjukskrivna hade god självinsikt.
- Handläggarna gjorde sig tillgängliga för de sjukskrivna som kunde kontakta dem när de hade frågor.
- Att handläggarna erbjöds seminarium i utredningsmetodik.

Handläggarna har också fått beskriva vad de skulle vilja göra eller göra mer av. En av handläggarna berättade att det vore önskvärt om Försäkringskassan var mer generös i sina bedömningar om de kunde se att rehabiliteringen tog längre tid än vad som rekommenderats när det handlade om psykisk ohälsa. De skulle vilja följa upp arbetsgivarens rehabiliteringsplan tidigare i sjukskrivningsprocessen. De beskrev även att de önskade kunna stärka arbetsgivare att förstå sin roll och sitt ansvar gällande rehabiliteringsplanen. Handläggarna beskrev önskemål om att arbetsgivare mer aktivt skulle leta efter tillfälliga arbetsuppgifter och/eller arbetsplatser vid starten av en återgång. De önskar att de sjukskrivna tidigt fick stöd i att bearbeta sin situation och förstå den för att sedan få verktyg i att komma vidare samt att kötiderna var kortare. De skulle också vilja att ansvaret togs hand om där det hör hemma och att rätt insats påbörjas vid rätt tidpunkt för den sjukskrivne.

Läkare

Nedan faktorer återkom vad gällde positiva erfarenheter och faktorer som kunnat motverka flaskhalsar utifrån läkarnas egna berättelser.

- Att samtlig personal på arbetsplatsen tog stöd av varandras professioner.
- Att känna till de andra parterna och hur de arbetar.
- Få administrativt stöd som läkare.
- Fungerande samverkan.

Av de läkare som intervjuades hade samtliga tillsvidare anställning. Läkarna arbetade på privat vårdcentral, offentlig vårdcentral eller psykiatrimottagningen. De hade arbetat som läkare 24-30 år, de hade ansvar för 1200 – 2000 patienter och de hade kontakt med 3-20 patienter om dagen. Samtliga upplevde sin arbetsbelastning som hög och ibland extremt hög. Personalomsättningen uppfattades som låg, på några av arbetsplatserna var den högre.

Läkarna kunde se att den vanligaste anledningen till sjukskrivningarna handlade om psykisk ohälsa och då utmattning och ibland depression, eller en blandning av de båda. Några beskrev att stressreaktioner eller långa väntetider till specialister också kunde orsaka långtidssjukskrivningar. De som hade kontakt med psykiatrimottagningen hade oftast även en personlighetsstörning.

Utifrån läkarnas svar har resultatet delats in i fem delar.

- Första kontakten
- Samverkan
- Rehabilitering
- Flaskhalsar
- Positiva erfarenheter och önskningar

Första kontakten

Samtliga läkare på vårdcentralerna berättade att patienterna tog kontakt med dem när de önskade en sjukskrivning. Då kom de till jourmottagningen eller akutmottagningen, det såg olika ut beroende på vårdcentral. På psykiatrimottagningen skedde en första kontakt oftast via genomförandet av en basutredning och om det bedömdes skäligt sjukskrevs personen ytterligare. Psykiatrimottagningen genomförde även neuropsykiatriska utredningar och om det framkom att patienten var i behov av medicin sattes detta in.

Läkarna berättade att de gjorde en diagnostisk bedömning, en undersökning av möjliga behandlingar och de diskuterade sjukskrivningsgrad tillsammans med den sjukskrivne. Behandlingen bestämdes sedan i samråd med patienten efter att relevanta rekommendationer lämnats. Patienten kunde ej välja behandling helt på egen hand men kunde påverka detta till viss del. De patienter som hade kontakt med psykiatrimottagningen hade i regel provat många behandlingar via vårdcentralen sedan tidigare. Läkarna uppgav att de oftast fick information om nya rön och behandlingsformer via information från Västra Götalandsregionen men ibland även via informationsblad och samtal med chef, psykolog eller rehabkoordinator eller via information som delgivits av läkemedelsbolagen.

Nästan alla läkarna berättade att den första sjukskrivningen var två till fyra veckor lång. Uppföljning skedde sedan när sjukskrivningen behövde förnyas. Någon läkare berättade att uppföljningen ibland skedde över telefon. Inom psykiatrimottagningen tog läkaren emot patienten vid första mötet men uppföljningen kunde sedan ske med en sjuksköterska eller annan vårdkontakt som bedömdes lämplig. Läkarna kunde sedan träffa patienterna efter mellan två månader upp till ett år efter första besöket.

Flera av läkarna beskrev att de kunde lyfta patienterna till olika sorters behandlingskonferenser beroende på hur arbetsplatsen organiserat sig. Där kunde de tillsammans med andra professioner diskutera behandlingar och vilken profession som kunde vara aktuell för patienten att ha kontakt med. Vid sjukskrivning på grund av utmattningssyndrom berättade ungefär hälften av läkarna att symtomen väntades ut under första sjukskrivningen, ingen behandling påbörjades då. Ofta bokades även ett återbesök in under första mötet.

Ungefär hälften av läkarna uppgav att det inte finns någon evidensbaserad behandling för utmattningssyndrom. Alla läkarna upplevde det försäkringsmedicinska beslutsstödet som varken bra eller dåligt och väldigt förenklat. Läkarna beskrev att patienterna och deras livssituation många gånger var mer komplicerade än vad beslutsstödet gav utrymme till. Istället användes ofta beslutsstödet till att se vad Försäkringskassan ville ha svar på i läkarintyget snarare än stöd i behandling.

En läkare berättade att kontakt kunde finnas med företagshälsovården om patienten erhöll stöd utifrån arbetsrelaterad ohälsa. Majoriteten av läkarna berättade att patienten inte såg sitt eget ansvar i sjukskrivningsprocessen utan la över mycket ansvar på andra. De flesta fick självinsikt efter en period men de kunde sakna motivation och viljan till förändring.

Trots att läkarna beskrev att det inte finns någon evidensbaserad behandling beskrev alla att fysisk aktivitet och god sömn var rekommenderad behandling. Psykologkontakt och KBT användes för att patienten skulle få självinsikt och förståelse för situationen. Samtliga läkare berättade också att kontakt med sjukgymnast/fysioterapeut och rehabiliteringsmottagning var viktigt för dessa patienter. Kurser och program rekommenderades också, antingen via vårdcentralen själva eller via rehabiliteringsmottagningarna. De flesta läkarna undvek medicinering men inte alla.

Samverkan

Nästan samtliga läkare beskrev att samverkan med Försäkringskassan var bristande. Mycket av läkarnas bedömningar och arbete ifrågasattes. Ofta bedömdes läkarintygen som otillräckliga trots att läkarna själva inte höll med om detta. Några läkare upplevde att kraven var orimliga och en läkare tog som exempel att det förväntades framkomma i sjukintyget att funktionsnedsättningen var nedsatt vid handling på storköp vilket var omöjligt för läkaren att observera. En läkare beskrev att Försäkringskassan hade en övertro till människors flexibilitet och många läkare berättade att de hade för snäva tidsgränser och var fyrkantiga. Läkarna ville att Försäkringskassan skulle förstå att rehabilitering vid psykisk ohälsa tog tid. En läkare berättade att samarbetet med Försäkringskassan var bra så länge som handläggarna inte ifrågasatte bedömningarna, en annan läkare berättade att det ibland var rätt av dem att ifrågasätta. Ingen av läkarna bedömde att det försäkringsmedicinska beslutsstödet var ett verktyg för dem utan att det endast fanns till för Försäkringskassan. Det var varken bra eller dåligt, men det blev betydligt svårare att arbeta tillsammans med Försäkringskassan om en patient blev sjukskriven i mer än sex månader.

Flera läkare beskrev att samarbetet med Försäkringskassan var bättre förr. Idag upplevdes handläggarna i sig ofta som bra men regelverket bedömdes mindre bra. Läkarna berättade att handläggarna sällan var med på nätverksmöten rörande en patient trots att många läkare ansåg att det var Försäkringskassans ansvar att boka möten om en patient blev långtidssjukskriven. Några läkare berättade att de inte hade ansvar att kalla till nätverksmöten då utrymme för det inte fanns, ibland kunde en rehabkoordinator göra detta från vårdens sida. En läkare berättade att detta var otydligt och frågade sig själv vem det egentligen var som skulle kalla till samverkan om behov fanns. En annan läkare beskrev att de fackliga organisationerna ibland kunde vara de som var pådrivande i sjukskrivningsprocessen.

Utifrån samverkan med arbetsgivarna beskrev några av läkarna att det var bättre samarbete förr. Det kunde låta bra när arbetsgivarna beskrev arbetet men egentligen gjordes ingenting, oavsett om det var en liten eller stor arbetsgivare. En del läkare beskrev att arbetsgivaren inte var med på nätverksmöten och att de lätt såg att patienten var sjuk och inte hade någon förmåga att arbeta.

Några andra läkare beskrev att samarbetet med arbetsgivaren fungerat bra och att de också ibland hade kontakt med personalavdelningarna. En läkare beskrev att det var svårt för läkarna att hinna träffa arbetsgivarna och ofta lades ansvaret på att medla mellan dem på patienten själv.

Läkarna såg positivt på att Försäkringskassan snabbt ville att en rehabiliteringsplan skulle upprättas och att det inte bedömdes tillräckligt att patienten skulle vänta på att bli frisk. Läkarna berättade att de inte hade mycket handlingsutrymme när tid lades på administration, en läkare berättade att denne kände sig handlingsförmlamad. Några andra läkare berättade att det var de som styrde rehabiliteringsplanen men att det var många som arbetade för att den skulle följas. I stort upplevde läkarna att rehabiliteringsplanen fungerade bra.

Rehabilitering

En läkare berättade att kontakt togs med rehabiliteringskoordinator vid första besöket. En annan berättade att kontakt togs med dem sent i processen då det upplevdes att fel signaler skickades till patienten om rehabiliteringskoordinatören kopplades in för tidigt. Resterande läkare berättade att kontakt togs med rehabiliteringskoordinatören efter ett kort tag om de misstänkte en långtidssjukskrivning. De som hade behandlingskonferenser berättade att rehabiliteringskoordinatören fanns med på dessa.

Läkarna berättade att behandlingen ofta var långvarig om patienterna var sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa och främst utmattningssyndrom. Läkarna försökte koppla på rätt stöd i rätt tid utifrån individuella bedömningar. Trots att behandlingen var utdragen såg majoriteten av läkarna vikten av att patienten höll tanken om arbetet vid liv och hade kontakt med arbetsplatsen under tiden för sjukskrivningen. Patienterna kunde känna motstånd till att återgå i arbete. Läkarna berättade då att de såg arbetsträning och anpassade anställningar som något viktigt. En läkare pratade om att sociala företag och andra lösningar ibland var nyckeln till att en patient skulle kunna återgå till arbetslivet. Läkaren från psykiatrimottagningen berättade att patienterna som hade kontakt med dem sällan återgick till arbete på heltid. Flera läkare berättade att rehabiliteringsplanen ofta fungerade bra och att patienterna i regel återgick i arbete genom succesiv upptrappning genom sjukskrivning på 75 – 50 – 25 %. Dessa läkare berättade också att de upplevde att arbetsträning var vanligare förr.

Vården inhämtade respons från de sjukskrivna hur de upplevde kontakten med dem via samtal. Några läkare berättade att det var svårt att veta om patienten talade sanning då det uppstod en maktsituation. En del arbetsplatser hade patientenkäter. Läkarna berättade att de flesta patienter önskade mer tid med läkarna men att de i regel var nöjda med vården.

Vid frågan om läkarna själva fick stöd i sin yrkesroll berättade många att de inte fått något stöd. En läkare berättade att det fanns formellt stöd men att detta sällan berikade deras vardagliga arbete. Flera läkare saknade handledning. Några berättade att de erbjuds utbildningar och att de samverkade med andra vårdcentraler. De flesta läkare berättade att de fick mest stöd från sina kollegor på arbetsplatsen.

Flaskhalsar

Samtliga läkare beskrev att vårdköerna är flaskhalsar i sjukskrivningsprocessen. De beskrev även att nedan faktorer drog ut på sjukskrivningsprocessen utifrån vårdens situation.

- Tidsbrist för läkarna, hög arbetsbelastning

- Att patienterna kom när de var i behov av sjukskrivning och inte i förebyggande syfte.
- Att patienterna inte följde rekommenderad behandling.
- Brist på respons från patienterna hur de upplevde kontakten med vården.
- Behandlingar som var långvariga.
- Att besöken hos läkarna var korta.
- Att patienterna förväntade sig en snabb lösning med medicinering.
- Brist på samtalsbehandlare.
- Okunskap och brist på behandling för nya grupper av patienter.
- Hyrdoktorer som höll verksamheten flytande men som inte bidrog till utveckling.
- Att vården försökte behandla utmattning trots att det inte finns evidensbaserade metoder.
- Att personer som var sjukskrivna med endast utmattningssyndrom inte prioriterats i kön för samtalsstöd.
- Det var lättare för läkaren att sjukskriva från arbetet än utreda situationen vidare.
- Att läkarna sjukskrev mot sin egen vilja då patienterna krävde detta och de inte ville eller vågade arbeta på hel- eller deltid.
- Svårighet att utreda lämplig behandling vid första mötet om sjukskrivningen berodde på psykisk ohälsa.
- Vårdcentralens svårigheter när psykiatrimottagningen inte tog emot patienter som de ansåg skulle behöva deras stöd.
- Läkare som behövde lägga mycket tid på administration istället för patientkontakt.

Utifrån läkarnas beskrivningar har följande faktorer identifierats som kan förklara varför sjukskrivningsprocessen stannat av.

- Att inte koppla in rehabkoordinatorer
- Läkarna hade lite dialog med patienterna och kunde då inte ifrågasätta heltidssjukskrivning till exempel.
- Att vården inte fångade upp ”väntrumspatienter” tidigare innan de var i behov av en långtidssjukskrivning.
- Brist på stöd till läkarna i form av fortbildning, handledning med mera.

Flera läkare beskrev att Försäkringskassan inte tog hänsyn till samtliga faktorer som kunnat påverka läkningsprocessen utan följde det försäkringsmedicinska beslutsstödet fullt ut, en läkare sa *”patienterna är runda och hålen är fyrkantiga”*. Att personer tvingades ut i arbete trots att de inte var redo för det gjorde att processen stannade av. Samtliga läkare betonade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet inte fungerade i praktiken. Försäkringskassan beskrevs ha för snäva tidsramar och en övertro på människors flexibilitet. Många läkare kunde också se att möjligheten till arbetsträning hade minskats, detta alternativ upplevdes vara ett bra stöd mot arbete vid rehabilitering för patienter med utmattningssyndrom. Flera läkare upplevde att handläggarna sällan var med på nätverksmöten och några beskrev att det ofta handlade om hot och krav om de var med vilket inte var gynnsamt för sjukskrivningsprocessen. Läkarna berättade vidare att upplevelsen om hot och krav även kunde komma från chef. En läkare berättade att det var lättare att samarbeta med Försäkringskassan tidigare och de kunde resonera med varandra, samma läkare berättade vidare *”handläggaren på Försäkringskassan sa att det finns inget du kan göra för att göra skillnad”* och ansökan på sjukpenningen avslogs. En annan faktor som läkarna beskrev som kunde gjort att sjukskrivningsprocessen stannat av var när Försäkringskassan önskade dokumentation om observerade nedsatta begränsningar vilket inte vården hade möjlighet att erbjuda. Majoriteten av läkarna önskade att Försäkringskassans fokus inte låg på att sjukintygen skulle följa deras fyrkantiga regelverk utan på hur de kunde stötta patienterna tillsammans för att bli friska. Alla läkare berättade dock att kvaliteten på

samverkan många gånger handlade om vilken handläggare de hade kontakt med, en läkare berättade *"har man en lite 'surig' handläggare kan det orsaka mycket besvär hos patienten och läkaren"*.

Några av läkarna beskrev att arbetsgivaren inte tog ansvar för att anpassa arbetet eller erbjuda annan sysselsättning som kunde leda till arbete. Läkarna berättade att arbetsgivaren många gånger väntade på att vården skulle ge ett startskott till rehabiliteringsplanen, men de menade att chef och patient själva skulle planera för detta vid första sjukskrivningsdagen. Flera läkare berättade också att det var negativt för sjukskrivningsprocessen om arbetsgivaren inte vågade ställa krav, krav skulle finnas men de skulle vara rimliga i förhållande till patientens funktionsförmåga. Att inte göra något var inte bra, patienten blev inte motiverad till att återgå till arbetsplatsen. Några läkare beskrev att en dålig relation mellan arbetsgivare och patient gjorde att sjukskrivningsprocessen inte fungerat fullt ut. Flera läkare beskrev att arbetsgivaren ofta var undvikande till att låta patienten återgå till arbetet i början av sjukskrivningen, de väntade för länge innan rehabiliteringsplan upprättades. De kunde också se att detta motstånd till att återgå till arbetsplatsen också fanns hos individerna själva, de upplevde att det fanns en rädsla hos patienterna. Flera läkare berättade att patienterna uppgett att de inte kände sig välkomna tillbaka till arbetsplatsen. Läkarna beskrev att flera patienter med utmattningssyndrom inte hade självinsikt, motivation eller tog ansvar för sin situation. Några kunde se detta efter en tids sjukskrivning och behandling men inte alla. Ansvaret lades ofta på arbetsgivaren och detta gjorde att personen inte kom vidare i sjukskrivningsprocessen. En läkare berättade att det ofta handlade om att ha motiverande samtal och inte bara hos läkaren utan hos alla som patienten hade kontakt med, en läkare beskrev följande ordspråk som en liknelse *"man kan leda hästen till vattnet men inte tvinga den att dricka"*.

En av läkarna beskrev att dessa patienter ofta hade oproportionerligt återhämtningsbehov vilket gjorde att behandling och sjukskrivningsprocess tog lång tid. Om rehabiliteringsplanen inte fungerade var detta en faktor som också beskrevs påverka sjukskrivningsprocessen negativt.

Samtliga läkare berättade att samverkan på ett eller annat sätt inte fungerade, vilket försvårade samarbetet kring patienten och sjukskrivningsprocessen. Ansvarsfördelningen var oklar mellan parterna och detta var särskilt svårt vid långtidssjukskrivningar, en läkare sa till sig själv under intervjun *"vem initierar till mötet? Är det Försäkringskassan eller läkaren då?"*.

Positiva erfarenheter och önsknings

Följande faktorer framkom som positiva för att en sjukskrivningsprocess skulle vara gynnsam.

- De flesta lyssnade till läkarnas rekommendationer kring behandling.
- Läkaren fanns med vid nätverksmöten med Försäkringskassan i så stor utsträckning som möjligt.
- KBT för att patienterna skulle få bättre livskvalitet genom förståelse för sin situation.
- Kontakt med sjukgymnast/fysioterapeut.
- Att fortlöpande få utbildning som läkare.
- Att ha interna behandlingskonferenser med olika professioner samlade.
- Resonera med patienten om deltidssjukskrivning istället för heltidssjukskrivning.
- Att ha ett pedagogiskt förhållningssätt som läkare.
- Stötta patienten till att få självinsikt, lyssna och visa empati.
- Boka tid för uppföljning vid sittande möte.
- Att de anställda på arbetsplatsen tog stöd av varandra löpande.
- Att de tog emot respons från patienterna hur de upplevde kontakten med vården.
- När patienterna följde rekommenderad behandling.
- När samverkan fungerade bra mellan arbetsgivare, vård och Försäkringskassa.

- Att snabbt erbjuda samtalsstöd.
- Att den sjukskrivne snabbt fick kontakt med rehabiliteringsmottagningen.
- När rehabiliteringsplanen fungerade och var väl anpassad.
- När sjukskrivningarna var väl formulerade och godkända av Försäkringskassan.

Några läkare beskrev också att stöd med dagsjukvård och boendestöd kunde vara viktiga för några av patienterna med långtidssjukskrivningar, då främst de som hade kontakt på psykiatrimottagningen.

Läkarna hade också fått beskriva vad de skulle vilja göra eller göra mer av. Många berättade att de ville samarbeta mer med andra parter, besöka varandra och lära känna varandra för att få ett bättre flöde i sjukskrivningsprocessen. Många kunde också se att samverkan mellan behandlare och läkare kunde bli bättre internt. Flera chefer beskrev att de la mycket tid på administration och några önskade att detta system skulle förändras så det fanns riktade tjänster på vårdcentralerna som arbetade med att formulera sjukintyg, en "sjukskrivningsadministratör". En läkare hade en tanke om att läkaren och de andra parterna skulle göra hembesök och med det få en klarare bild av hela individen som möjliggjorde att rehabiliteringen anpassas och förklaras bättre. Några läkare beskrev också att de ville gå in med insatser tidigare, att personal utökades, att väntetider kortades ner och att läkarna arbetade närmare rehabkoordinatorerna. Samtliga beskrev att patienterna behövde fångas upp tidigare, både hos vården själva men också hos andra parter innan det gick så långt så de hade behov av heltidssjukskrivningar på grund av utmattning. Läkarna beskrev också att de måste ha fokus på att förtydliga sysselsättningens vikt trots att patienten önskade sjukskrivning på heltid. Flera läkare beskrev att de gärna hade löpande utbildning för att utvecklas i läkarrollen.

Rehabkoordinatorer

Nedan faktorer återkom vad gällde positiva erfarenheter och faktorer som kunnat motverka flaskhalsar utifrån rehabkoordinatorernas egna berättelser.

- Att patienter hade tidig kontakt med en rehabkoordinator.
- Att patienter hade kontakt med en rehabiliteringsmottagning.
- Att det interna samarbetet på arbetsplatsen var välfungerande.
- Att chefer ville och såg fördelar med samarbete.
- Att chefer följde rekommendationer om anpassning i arbetet.
- Att patienterna hade självinsikt.

Rehabkoordinatorerna som deltog i studien hade arbetat som detta mellan sex månader och fem år. De hade olika förutsättningar utifrån att de hade olika mycket arbetstid som rehabkoordinatorer, allt från 20 % till 100 % av sin tjänst. De träffade eller hade daglig kontakt med fyra till tolv patienter och andra kontakter kring dessa. Arbetsbelastningen upplevdes som påfrestande, hög och att den blev tuffare och tuffare med tiden. De flesta beskrev att personalomsättningen var relativt låg på arbetsplatsen, det kunde ha varit en specifik yrkesgrupp som haft mer omsättning under perioder. Patientomsättningen var låg, dock påtalades en ökning av patienter på flera vårdcentraler.

Den vanligaste sjukskrivningsorsaken vid långtidssjukskrivningar beskrevs vara psykisk ohälsa och då utmattningssyndrom, depression och akut stressreaktion.

Utifrån rehabkoordinatorernas svar har resultatet delats in i fem delar.

- Första kontakten
- Samverkan
- Rehabilitering
- Flaskhalsar
- Positiva erfarenheter och önskningar

Första kontakten

Den första kontakten beskrevs vanligtvis ske genom att patienterna själva kontaktade vårdcentralen eller rehabkoordinatorn direkt och önskade stöd, då antingen via telefon eller mail. Andra gånger fick rehabkoordinatorerna kontakt med patienterna via diskussion med läkaren eller via en meddelandefunktion från läkaren till rehabkoordinatorn. Några gånger kunde patienten få kontakt med rehabkoordinatorn via öppen mottagning och då fått träffa rehabkoordinatorn före en läkare, då bedömde koordinatören om det var aktuellt med en läkarkontakt och sjukskrivning.

Rehabkoordinatorerna arbetade på olika sätt, ungefär hälften fanns endast tillgängliga över telefon och resterande hade fysiska möten och telefonkontakt med sina patienter.

De flesta rehabkoordinatorerna hade en större kartläggning under första samtalet med patienten. Där diskuterades sjukskrivningsgrad, aktiv återhämtning och en rehabiliteringsplan skrevs. En rehabkoordinator berättade att den djupare kartläggningen gjordes efter några samtal. Patienten uppmanades många gånger att ta kontakt med sin arbetsgivare efter de haft kontakt med rehabkoordinatorn för att berätta om situationen och aktuell rehabiliteringsplan. Uppföljning skedde sedan regelbundet.

Majoriteten av rehabkoordinatorerna berättade att de hade olika sorters behandlingskonferenser där de diskuterade behandling och andra vårdkontakter som kunde vara aktuella. Rehabkoordinatorerna påtalade att det inte fanns någon evidensbaserad metod för utmattningssyndrom. Några behandlingar beskrevs trots detta då det ofta inte endast handlade om utmattningssyndrom samt att behandlingar

kunde vara aktuella efter en patient fått vila en tid vid utmattningssyndrom. Samtliga rehabkoordinatorer beskrev att kontakt med rehabiliteringsmottagningen var bra för att träffa sjukgymnaster/fysioterapeuter eller arbetsterapeuter samt för att gå kurser. Om patienterna hade haft psykisk ohälsa under en längre tid rekommenderades först vila och återhämtning. Om patienterna inte haft psykisk ohälsa under en längre tid kunde stresskola påbörjas. Några andra behandlingar som rekommenderades var avslappning, aktiv återhämtning, kroppskännedom, medicinsk yoga, fysisk aktivitet, god sömn och kost. Samtalskontakt rekommenderades vanligen efter en tid då patienter med psykisk ohälsa i regel inte var mottagliga för samtalsstöd i ett inledande skede av sjukskrivningen. Efter att individen erhållit mer redskap för att hantera ohälsan tillsammans med sjukgymnast/fysioterapeut eller arbetsterapeut erbjöds samtalsstöd för att lära sig hantera vardagen framöver. KBT rekommenderades vanligen till patienter med depression och ångestproblematik. Medicin sattes in om behov fanns, men majoriteten av rehabkoordinatorerna beskrev inte detta som en behandlingsmetod. En rehabkoordinator berättade att vårdcentralen samarbetade med FoU och att patienterna då remitterats till deras kurser och behandlingar för psykisk ohälsa. Samma vårdcentral tog också stöd av vgregion.se/antistress och rådde patienterna att ta stöd av detta verktyg. Samtliga rehabkoordinatorer berättade att de försökt få patienterna att förstå sjukskrivningsprocessen och information har lämnats många gånger.

En rehabkoordinator påtalade att företagshälsovården borde varit inkopplade om ohälsan var arbetsrelaterad.

Alla rehabkoordinatorerna berättade att det var svårt med självinsikt hos patienterna. De arbetade motiverande för att patienterna skulle förstå sin egen del i situationen. Ofta kom självinsikten fram efter hand hos patienterna och de förstod situationen efter reflektion tillsammans med rehabkoordinatorn eller något annat samtalsstöd. En del patienter förstod aldrig och en del förstod sin del i situationen till viss del men inte till fullo.

Samverkan

Rehabkoordinatorerna berättade att de hade kontakt med arbetsgivaren, Försäkringskassan och andra vårdkontakter. De stöttade patienterna som inte kunde ta kontakt med andra inblandade parter på grund av ohälsan. Rehabkoordinatorerna var också stöd till kollegorna på sina respektive arbetsplatser.

Utifrån den interna samverkan på rehabkoordinatorernas arbetsplatser berättade majoriteten att de hade olika sorters behandlingskonferenser. Dialog skedde vid dessa möten samt under mindre uppstyra möten mellan vårdcentralens personal och rehabkoordinatorn. En rehabkoordinator berättade att de ofta diskuterade i vilka lägen heltidssjukskrivning behövdes och hur rehabiliteringsplanen kunde utformas. De rehabkoordinatorer som arbetat en längre tid vittnade om ett fungerande arbetssätt gällande samverkan och tydlighet kring uppdragen. De som arbetat en kortare tid berättade att de andra professionerna inom vården inte förstått rehabkoordinatorns arbetsuppgifter, ibland var rehabkoordinatorn själv osäker på vad som ingick i uppdraget och inte. Således upplevde ungefär hälften av rehabkoordinatorerna att den interna samverkan fungerade utmärkt och den andra hälften arbetade för att få en mer tydlig och fungerande intern samverkan. Samtliga rehabkoordinatorer berättade att den externa samverkan med andra vårdkontakter var svårare och skedde mer sällan.

Samverkan med arbetsgivaren skedde som oftast över telefon. Rehabkoordinatorerna berättade att det var dem som oftast hade kontakt med arbetsgivaren i samband med att patienten skulle återgå i arbete. En rehabkoordinator berättade att kontakt alltid togs med arbetsgivaren när patienten blev sjukskriven för att tidigt prata om deltidssjukskrivning och anpassade arbetsuppgifter för att motverka långtidssjukskrivningar. Majoriteten av rehabkoordinatorerna upplevde att samverkan med

arbetsgivaren fungerade bra när cheferna intresserade sig och följde rekommendationer som lämnats om en stabil och långsam återgång.

Rehabkoordinatorernas samverkan med Försäkringskassan skedde inte lika frekvent som med arbetsgivare. En rehabkoordinator berättade att kontakt togs med handläggarna till samtliga patienter som koordinatören hade kontakt med. De flesta beskrev att kontakt främst skedde vid nätverksmöten som handläggarna på Försäkringskassan var med på. En rehabkoordinator beskrev svårigheten med att Försäkringskassan sällan deltog på nätverksmöten samtidigt som de ansvarade för att samordna rehabiliteringen.

Nätverksmöten genomfördes sällan mellan samtliga parter enligt rehabkoordinatorerna. De berättade att de själva inte alltid kunde vara med vid dessa möten. Samtliga uppgav att ytterligare samverkansbehov fanns även om de till viss del hade goda möten. Några av rehabkoordinatorerna fanns endast tillgängliga över telefon även vid dessa möten. En rehabkoordinator uppgav att tätare samarbete skedde med Arbetsförmedlingen om patienterna inte hade något arbete.

Rehabkoordinatorerna beskrev handlingsutrymmet enligt nedan.

- De kunde motivera patienten till behandling.
- De kunde ha kontakt med andra parter och samordningsförbundet.
- De kunde avbryta behandlingar som inte gav önskad effekt.
- De samverkade tätt med läkarna och kunde rekommendera behandlingar.
- De samverkade med arbetsgivare och Arbetsförmedling.

En rehabkoordinator beskrev att handlingsutrymmet inte spelade någon roll om patienten inte ville ta emot behandling och stöd. Rehabkoordinatorn berättade också att det var svårt att motivera en patient att leta efter annat arbete när det var klart uttalat att arbetsplatsen inte var lämplig att återgå till utifrån patientens situation.

Samtliga rehabkoordinatorer fick frågan huruvida rehabkoordinatorns huvuduppdrag stämde överens med verkligheten. Samtliga berättade att det antingen stämde helt eller delvis. Dock presenterade de inte helt samma huvuduppdrag.

- *”Att minska antalet sjukdagar med fokus på psykisk ohälsa, utveckla internt och externt arbete och ha koll på statistiken.”*
- *”Att vara en samordnande roll mellan vård, Försäkringskassa och arbetsgivare.”*
- *”Att vara spindeln i nätet med fokus på att se till att allt flyter på och genom detta inte ha lika mycket kontakt med patienten.”*
- *”Att få patienten åter i arbete och se till att arbetsgivaren tar ansvar och har en rehabiliteringsplan.”*
- *”Att puffa på patienten till att ta självständiga kontakter.”*

Rehabilitering

En rehabkoordinator berättade att det skrivs en rehabiliteringsplan direkt när patienten sjukskrivs samt att behandling påbörjas, en så kallad ”aktiv sjukskrivning”. En rehabkoordinator påtalade behov av anpassning för arbetsgivare och stöttade dem samt vård att tänka i nya banor. Samtliga förklarade att sjukskrivningslängden var helt individanpassad och samråd skedde regelbundet mellan vården och Försäkringskassan. En rehabkoordinator berättade att läkaren och handläggaren på Försäkringskassan var de som skrev rehabiliteringsplanen och att det var rehabkoordinatorn som stämde av den och såg att funktionsbedömningarna togs hänsyn till hos arbetsgivaren. Några rehabkoordinatorer berättade att Försäkringskassans handläggare kunde godta en individanpassad rehabiliteringsplan trots att den inte

helt stämde överens med det försäkringsmedicinska beslutsstödet om den var väl dokumenterad och följdes upp noga. En annan rehabkoordinator berättade att läkarna önskade att rehabkoordinatören skulle formulera en rehabiliteringsplan som sedan skulle finnas med i sjukskrivningen, detta nekade rehabkoordinatören till då det inte ingick i uppdraget.

Rehabkoordinatorerna berättade att de fick information om nya rön och behandlingar via Västra Götalandsregionen, nyheter riktade till rehabkoordinering, från processledaren, från kollegorna på arbetsplatsen eller från andra rehabkoordinatorer vid gemensamma nätverksträffar i området och regionen. Samtliga förklarade att de förväntades inhämta den mesta informationen på egen hand.

Den vanligaste vägen åter i arbete förklarades vara succesiv upptrappning genom 75 – 50 – 25 % sjukskrivning. Denna upptrappning skulle då ske i ett lugnt och hållbart tempo. En rehabkoordinator förklarade att denne deltog vid planering inför återgång tillsammans med patienten, arbetsgivaren och ibland handläggaren från Försäkringskassan för att besluta om när återgång skulle ske, hur arbetstiden skulle förläggas, hur arbetsplatsen skulle informeras om situationen, om arbetsträning kunde vara aktuellt med mera. En annan rehabkoordinator förklarade att arbetsgivaren ibland behövde påminnas om att det var värdefullt om patienten var med och planerade för återgången. Flera rehabkoordinatorer berättade att de hade regelbunden avstämning under tiden patienten sakta återgick till arbete. Samtliga rehabkoordinatorer förklarade att arbetsträning sällan utnyttjades.

Samtliga rehabkoordinatorer berättade att de fick respons av patienterna hur de upplevde kontakten med vården genom samtalen de hade sinsemellan. Majoriteten av patienterna uppfattades vara nöjda med personalen och rehabkoordinatorerna och några få var missnöjda och kände sig inte lyssnade på. Rehabkoordinatorerna förklarade också att patienterna många gånger var nöjda över att det fanns en rehabiliteringsplan och att de hade kvar samma läkare. Två av rehabkoordinatorerna förklarade att de hade en nöjd-patient-enkät på arbetsplatsen.

Flaskhalsar

Samtliga rehabkoordinatorer berättade att en sen kontakt med dem många gånger var en faktor som gjorde att sjukskrivningsprocessen drog ut på tiden. Nedan beskrivs ytterligare faktorer som försvårade sjukskrivningsprocessen utifrån vårdens arbete.

- Medicinering som endast dämpade symtom men inte behandlade dem.
- Rehabkoordinatorernas eget ansvar till fortbildning och inhämtning av information.
- Missnöje från patienter om hur de behandlas eller har behandlats, patienter som inte kände sig lyssnade på eller respekterade.
- När läkaren inte hade någon rehabiliteringsplan eller planerad åtgärd utan endast en sjukskrivning.
- Vårdköer och tid för remisser.
- Att väntetiderna styrde behandlingen snarare än patientens behov.
- Att det inte fanns uttalade samarbeten mellan andra vårdkontakter och vårdcentralen.
- Otydlighet gällande rehabkoordinatorns huvuduppdrag och arbete.
- Att rehabkoordinatorerna saknade professionell handledning.
- Sjukskrivningar som gått ut under sommaren då läkaren haft semester och skapade glapp hos Försäkringskassan och arbetsgivaren.
- Att patienten inte fått tid för ett uppföljningssamtal när sjukskrivning upprättas utan behöver boka in en tid på eget initiativ när sjukskrivning börjar löpa ut trots långa väntetider till läkarbesök.
- Tidsbrist och mycket fokus på administrativa arbetsuppgifter.
- Avsaknad av evidensbaserade behandlingsmetoder för utmattningssyndrom.

Utifrån rehabkoordinatorernas beskrivningar har följande faktorer identifierats som kan förklara varför sjukskrivningsprocessen stannat av.

- Patienter som själva uppmanats ta kontakt med externa vårdkontakter trots tillfällig oförmåga utifrån utmattningsdiagnos.
- Att vårdkontakter fasades ut vid upptrappning för återgång i arbete.
- Att rehabkoordinatorn endast hade telefonkontakt med patienter och andra parter.
- Rehabiliteringsplanen upprättades först efter att patienten träffat rehabkoordinatorn vid några tillfällen.
- När rehabkoordinatorn aktivt valde att inte påpeka behov av anpassningar till arbetsgivaren när en återgång i arbete planerades då detta var arbetsgivarens ansvar och inte vårdens.

Rehabkoordinatorernas erfarenheter av faktorer som förlängt sjukskrivningsprocessen när det gällde samverkan med Försäkringskassan beskrevs handla om tidsbrist och att det var svårt att få kontakt med handläggarna. Flera rehabkoordinatorer beskrev att det var svårt att veta vem som var handläggare för patienterna och att dessa ofta byttes ut, vilket då försvårade samarbetet. Handläggningstiden av beslut påverkade även processen samt att besluten endast skickades till patienten och inte vidare till vården, detta blev särskilt påtagligt då det var en komplettering från vården som saknats vilken hade kunnat motverka ett avslagsbeslut. Försäkringskassans process uppfattades som långdragen och fyrkantig. En rehabkoordinator påtalade även brist på samarbete genom gemensam kartläggning mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan som en faktor som drog ut på sjukskrivningsprocessen för de som var arbetslösa. Flera rehabkoordinatorer beskrev att Försäkringskassan ofta ifrågasatte sjukskrivningarna, särskilt de som kunde gå över den rekommenderade sjukskrivningstiden enligt det försäkringsmedicinska beslutsstödet, en rehabkoordinator sa *"kompletterande frågor kommer alltid som ett brev på posten"*.

Utifrån samverkan med arbetsgivare upplevde rehabkoordinatorerna många gånger att cheferna inte var införstådda med sitt rehabiliteringsansvar vilket försvårade sjukskrivningsprocessen. Flera rehabkoordinatorer berättade också att det var svårarbetat om arbetsgivaren inte hade samma syn som vården på tidig återgång som var anpassad för patienten. En rehabkoordinator sa *"jag möts ofta av inställningen att 'personen är sjuk så låt den vara sjuk"*, en annan rehabkoordinator sa också *"ofta säger arbetsgivaren 'var hemma och vila' och tänker att det är allt som behövs för att personen sedan ska vara redo att återgå till exakt samma arbete utan någon direkt anpassning. Patienten har många gånger jobbat hårt för att må bättre men det har inte arbetsgivaren gjort för att möta patienten på bästa sätt"*. Rehabkoordinatorerna kunde se att avsaknaden av rehabiliteringsplaner kunde göra att sjukskrivningsprocessen stannade upp. De berättade också att chefer kunde gå i försvar om anpassningsbehov påtalats trots att cheferna själva kunde haft svårt att se hur arbetet kunnat anpassas för en patient som varit långtidssjukskriven.

Utifrån rehabkoordinatorernas erfarenheter beskrivs nedan faktorer som kan ha gjort att sjukskrivningsprocessen stannar upp utifrån kontakten med patienterna.

- Mycket sjuka patienter som var svårmotiverade, kände sig misslyckade och hade dåligt samvete.
- Patienter som hade svårt att förstå behovet av personlig förändring.
- Avsaknad av självinsikt och eget ansvar.
- Inre murar som byggts upp och som var svåra att komma över när patienten skulle återgå i arbete.
- Patienter som inte erkände psykisk ohälsa och återgick i arbete tidigare än rekommenderat.

- Ansvar lades på arbetsgivaren trots att det var patienten som hade svårigheter med att sätta gränser.
- Patienter som inte själva hade insikt om att de borde sett sig om efter annat arbete.
- Avsaknad av dialog mellan patient och arbetsgivare.
- Oro hos patienten över fysisk problematik snarare än psykisk, känsla av dödsångest. Inväntande av remisser och provsvar tillkommer i och med detta.
- Misstro till myndigheter utifrån tidigare erfarenheter.

Samtliga rehabkoordinatorer påpekade att samverkansbehov fanns då samordning mellan olika parter varit bristande, nätverksmöten skedde sällan och samsyn saknades. Dessa faktorer påverkade sjukskrivningsprocessen negativt. De berättade även att den svåra tillgången till arbetsträning påverkade processen negativt då många patienter hade behov av den sortens anpassning. Flera rehabkoordinatorer vittnade även om att samhället som sådant ställer höga krav på människor idag vilket gjort att många väljer bort grundläggande behov för att hinna med vardagen, så som sömn, tid för återhämtning, sund fysisk aktivitet eller hälsosam kost.

Positiva erfarenheter och önsknings

Följande faktorer framkom som positiva för att en sjukskrivningsprocess skulle vara gynnsam.

- Att patienterna hade kontakt med en rehabkoordinator.
- Kontakt med rehabiliteringsmottagningen (sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut).
- Kurser via rehabiliteringsmottagningen.
- Samtalsstöd efter en tid för att prata om framtiden.
- KBT vid diagnoserna depression och ångest.
- Samtalsstöd för att få självinsikt och förstå varför man var sjuk.
- Balanserad träning, varken för mycket eller för lite.
- Medicinsk yoga.
- Internt stöd och samarbete på arbetsplatsen.
- Behandlingskonferenser av olika slag på vårdcentralen.
- Avstämning med läkarna innan semestertider för att inte sjukskrivningar skulle löpa ut under ledighet.
- Samma läkarkontakt.
- Kortare sjukskrivningar för att få en snabb individanpassad återgång.
- Att patienten kände sig omhändertagen. Citat från patient som rehabkoordinator återger om koordinators roll *"äntligen är det någon som lyssnar på hela mig"*.
- Att ha fått regelbunden respons på hur patienterna upplevde kontakten med vården.
- Utbildningar från Västra Götalandsregionen.
- Rehabkoordinatorerna har gått utbildningar och kurser som varit berikande för uppdraget.
- När rehabkoordinatorn hade intensiv kontakt med patienten vid upptrappning av arbetstid.
- Samverkan med chefer som såg positivt på att rehabkoordinatorn tog kontakt.
- Arbetsgivare som tog sitt rehabiliteringsansvar på allvar.
- Arbetsgivaren följde vårdens rekommendationer om anpassning och upptrappning.
- Att fackliga representanter fanns med som stöd för patienten om oro fanns inför möte med arbetsgivaren.
- När Försäkringskassan var samarbetsvilliga.
- Att rehabiliteringsplanen var välarbetad.
- När patienten hade självinsikt.
- När patienten såg positivt på att ha en rehabiliteringsplan.
- När patienten trivdes på arbetet och ville tillbaka till arbetsplatsen.

Rehabkoordinatorerna fick även beskriva vad de skulle vilja göra eller göra mer av. Majoriteten påtalade behovet av att fånga upp personer tidigt, innan de blev sjuka genom att se och vara uppmärksam på tidiga signaler. Vidare beskrevs behov av att inte medicinera utan att istället arbeta aktivt med patienterna för att behandla ohälsan. De såg också att det skulle vara positivt om patienterna inte blev heltidssjukskrivna utan kunde ha kvar en fot på arbetsplatsen. Det kunde då minska risken för undvikande beteende hos patienten. Flera av rehabkoordinatorerna beskrev också att de ville få kontakt med patienterna tidigare, att väntetiden inte skulle styra rehabiliteringsplanen, att sjukskrivningen inte skulle vara passiv, att uppföljningsplaner behövde finnas samt att det behövde vara enklare att få stöd från vården. En rehabkoordinator beskrev att behov fanns av tydligare och mer strukturerade rehabiliteringsplaner i detalj på en enkel nivå, att det skulle framkomma att patienterna exempelvis skulle läsa en bok, för att stötta dem till aktivitet. En annan rehabkoordinator beskrev också att det borde finnas en rad på sjukskrivningen om rehabiliteringsplanen. De beskrev vidare att de önskade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet skulle vara mer lättöverskådligt samt att det skulle finnas utrymme för justeringar gällande exempelvis tidsaspekten. En av de nyare rehabkoordinatorerna önskade att det fanns tid och möjlighet att gå bredvid en mer erfaren rehabkoordinator för att lära sig av denne. Rehabkoordinatorerna påtalade behovet av upprättande av en rehabiliteringsplan tidigt för minska risken för långtidssjukskrivningar. En rehabkoordinator beskrev problematiken med läkartider och såg att sjukskrivningsprocessen vore enklare om det fanns läkare som arbetade mot patienterna med behandlingar och uppföljningar och en läkare som arbetade administrativt med sjukskrivningar och andra intyg. En rehabkoordinator beskrev också att denne önskade ett mer upparbetat samarbete med rehabiliteringsmottagningen samt en kontaktlista med huvudtelefonnummer till olika parter som inte var personligt bundna. Utifrån samverkan med arbetsgivarna önskade rehabkoordinatorerna att arbetsgivarna verkligen undersökte möjligheten till andra arbetsuppgifter och tog tillvara på de resurser som fanns att tillgå, att de såg positivt på en tidig kontakt, att de hade en gemensam syn och fysiska träffar. Till sist önskade rehabkoordinatorerna att samtliga patienter var motiverade, hade självinsikt, ville förändra sin situation och följa vårdens rekommendationer om behandlingar.

Kuratorer

I resultatet sammanfattas intervjuer från professionerna kurator samt psykolog men de benämns endast som kuratorer. Detta med anledning till att inte röja de intervjuades anonymitet.

Nedan faktorer återkom vad gällde positiva erfarenheter och faktorer som kunnat motverka flaskhalsar utifrån kuratorernas egna berättelser.

- Att patienterna hade kontakt med en rehabiliteringsmottagning.
- Att den interna samverkan var välfungerande.
- Att parterna samverkade för att formulera en välplanerad rehabiliteringsplan.
- Att patienterna var motiverad och hade förståelse för sin situation.

Kuratorerna har varit i tjänst inom sjukvården mellan sju och tjugonio år. De träffade fem till sju patienter dagligen, utöver detta hade de telefonsamtal och kontakt med andra patienter och parter. En kurator hade kontakt med ungefär 70 – 80 aktiva patienter och en annan förklarade att en patient träffade kuratorn mellan fem och tio gånger. Samtliga vittnade om att det fanns en kö till kuratorskontakten. Arbetsbelastningen var hög, ärendena var mer komplexa än tidigare. Patientomsättningen var låg, detsamma gäller personalomsättningen.

Den vanligaste sjukskrivningsorsaken vid långtidssjukskrivningar beskrevs vara psykisk ohälsa och då utmattningssyndrom, depression samt akut stressreaktion.

Utifrån kuratorernas svar har resultatet delats in i fem delar.

- Första kontakten
- Samverkan
- Rehabilitering
- Flaskhalsar
- Positiva erfarenheter och önskningsar

Första kontakten

Patienterna fick i regel kontakt med kuratorerna genom att en läkare eller sjuksköterska hade gjort en medicinsk bedömning och sedan rekommenderat samtalsstöd. En kurator berättade att patienterna även kunde ringa själva och önska samtalsstöd. Om kön till kuratorerna var lång kunde andra behandlingar påbörjas under tiden. Vid första mötet gjorde kuratorerna sedan en kartläggning för att göra ytterligare en bedömning om det var aktuellt med kuratorskontakt utifrån om tillståndet var normalt, exempelvis sorg efter närståendes dödsfall, eller om någon annan part kunde stötta på ett bättre sätt, exempelvis familjerådgivning eller missbruksstöd. En kurator beskrev att patienterna som erhöll fortsatt stöd från kuratorn informerades om att de förväntades delta aktivt i behandlingen och ta eget ansvar.

Fortsatt kontakt beskrevs av kuratorerna som individanpassad. De försökte vara flexibla och ge stöd genom att vara pedagogiska, ge uppmuntran och bromsa patienter vid behov. Akuttider var sällan förekommande. En kurator berättade att patienterna med utmattningssyndrom kom på kortare möten med längre tid emellan för att de skulle hinna återhämta sig mellan träffarna. En annan kurator berättade att en patient i snitt kom på ungefär tio samtal. Ibland kom patienter endast för att få stöd i att förstå sina symtom, då kunde det handla om färre träffar. Kuratorerna utvärderade behandlingen men en kurator berättade att avstämning även skedde efter tre till fyra träffar för att se att de var på rätt spår och förbättring kunde identifieras av patienten. Efter att patienterna kommit en bit i behandlingen och börjat återfå energi kunde de bli ledsna över situationen och en sorgprocess påbörjades, detta stöttade kuratorn patienten med. Samtliga kuratorer berättade att de tillsammans med patienten

resonerade fram vilket stöd som passade just för den personen, en kurator sa *”man är två experter som jobbar tillsammans”*, en annan sa *”vi tar det allt eftersom, vi resonerar fram tillsammans”*.

Kuratorerna beskrev sjukgymnastik samt avslappning som vanligt förekommande behandlingar. De såg gärna att patienterna hade kontakt med en rehabiliteringsmottagning. Kuratorerna rekommenderade att annan behandling skulle ha genomförts innan samtalsstöd påbörjades då patienten var mer mottaglig för den typen av behandling efter en tid och inte i ett inledande skede. Den behandlingen som samtliga kuratorer beskrev var KBT. Utöver detta beskrevs även terapi vid utmattningsyndrom som en bra metod för att förstå och bryta ner hur patientens höga krav och förväntningar på sig själva såg ut och fungerade i vardagen.

Utifrån kuratorernas erfarenheter behövde dessa patienter ofta stöd i att förstå varför de var sjuka genom att gå igenom hur allt hängde ihop och förstå sammanhangen. Patienterna kunde många gånger få förståelse men de hade svårare för att förstå hur hårt de drivit sig själva och se att bilden av deras jag var förändrad. Kuratorerna stöttade patienterna till att se att det ofta var flera aspekter som påverkade ohälsan, både i arbetslivet och privatlivet.

Samverkan

Kuratorerna berättade att den interna samverkan på vårdcentralen fungerade mycket bra. Läkarna var intresserade av att höra hur behandlingen gått och majoriteten av kuratorerna berättade att de hade schemalagda tider de träffade läkarna på. Behandlingskonferenser av olika slag samt teamarbete var också positivt för den interna samverkan.

Utifrån kontakten med arbetsgivare beskrev kuratorerna att samverkan skedde på nätverksmöten när det var aktuellt för återgång till arbete. En kurator beskrev nätverksmötena som bra men vidare samverkan som bristfällig. En annan kurator beskrev att denne inte haft någon arbetsgivarkontakt då det var rehabkoordinatören på vårdcentralen som hade den uppgiften. Majoriteten av kuratorerna uppgav att arbetsgivare behövde bli bättre på att anpassa arbetsuppgifterna, tänka utanför boxen och tidigare engagera sig och ta ansvar för rehabiliteringsplanen. En kurator berättade att arbetsgivarna försökt anpassa arbetet och förstå patientens situation.

Samverkan mellan kuratorerna och Försäkringskassan skedde sällan. De kunde ha kontakt vid nätverksmöten eller när de önskade klargörande av kuratorn.

En kurator påpekade att samverkan med Arbetsförmedlingen gällande patienter som var arbetssökande fungerade mycket bra.

Samtliga kuratorer beskrev att de hade stort handlingsutrymme när det kom till att kunna påverka behandling. Detta skedde främst i samråd med läkare och rehabkoordinatörer på behandlingskonferenser av olika slag. En kurator beskrev att denne kunde stötta andra kollegor på vårdcentralen genom sin erfarenhet trots att denne inte hade kontakt med patienten i fråga.

Rehabilitering

Samtliga kuratorer beskrev att de hade ett nära samarbete med rehabkoordinatörerna om båda parter hade kontakt med patienten. En kurator berättade att det vanligen var rehabkoordinatören som gjorde en bedömning om det var lämpligt med just en kuratorskontakt efter det att läkaren rekommenderat samtalsstöd. Bedömdes det lämpligt gjorde rehabkoordinatören och kuratorn en överläggning. Rehabprocessen och patienterna kunde diskuteras vid behandlingskonferenser av olika slag där flera professioner från vårdcentralen var delaktiga.

Kuratorerna berättade att de fick information om nya rön och behandlingar från processledaren, via Närhälsans hemsida eller via Västra Götalandsregionen. De behövde själva hålla sig uppdaterade och söka information, detta prioriterades bort vid tidsbrist.

Samtliga kuratorer beskrev att succesiv upptrappning var den vanligaste vägen åter i arbete, detta genom sjukskrivning på 75 – 50 – 25 %. Hur länge en patient var sjukskriven var individuellt anpassat. Inför återgång till arbete hade ibland vården ett nätverksmöte med arbetsgivaren och Försäkringskassan, kuratorn var sällan med på dessa möten men det förekom. En kurator påtalade behovet av fortsatt kuratorskontakt i samband med återgång för att patienten skulle få redskap och stöd i att hantera den nya situationen utifrån rådande förutsättningar.

En kurator berättade att denne efterfrågade respons på hur patienten upplevde kontakten med vården, vanligen var upplevelsen positiv. De andra kuratorerna berättade att kuratorn och patienten gemensamt gick igenom utvecklingen från första mötet och till sista mötet vid avslut vilket ofta upplevdes som positivt.

Flaskhalsar

Utifrån vårdens arbete beskrivs kuratorernas erfarenheter av faktorer som kan göra att sjukskrivningsprocessen stannat av.

- Långa väntetider.
- Att för tidigt påbörja behandling i grupp, prestationskrav kunde då påverka behandlingen.
- Svårighet att samarbeta med psykiatrimottagningen gällande patienter som borde fått deras stöd då de hade övergått primärvårdens svårighetsgrad. Kuratorn kunde då inte lova utökad stöd längre fram i sjukskrivningsprocessen från psykiatrimottagningen under tiden patienten genomgick viss behandling på vårdcentralen då det var osäkert om psykiatrimottagningen efter detta tog emot dem.
- Otydliga rehabiliteringsplaner från vården.

Utifrån kuratorernas beskrivningar har följande faktorer identifierats som kan förklara varför sjukskrivningsprocessen stannat av.

- Att kuratorn behövde prioritera patienter i kön vilket gjorde att andra fick vänta ytterligare på samtalsstöd.
- Patienter som själva uppmanades ta kontakt med externa vårdkontakter trots tillfällig oförmåga utifrån utmattningssyndrom.
- Att inte efterfråga respons på hur patienterna upplevde kontakten med vården.

Utifrån samverkan med Försäkringskassan beskrev kuratorerna att ett avslag på sjukpenning trots en välplanerad rehabiliteringsplan stannade upp processen, en kurator sa *”det finns inget annat som slår undan benen värre än det”*. Kuratorerna uppgav även att en faktor till att sjukskrivningsprocessen blev utdragen kunde handla om att handläggarna på Försäkringskassan sällan deltog vid nätverksmöten. Försäkringskassan upplevdes passiv i början av en sjukskrivningsprocess, kontakt skedde främst när tidsgränser på 90 och 180 dagar närmade sig, kuratorerna påpekade att samtliga inblandade parter borde arbeta aktivt i början av en sjukskrivningsperiod för att undvika en långtidssjukskrivning. Det fanns en osäkerhet hos patienter, arbetsgivare och vården avseende beslut som fattats av Försäkringskassan, denna osäkerhet upplevdes då sluka patientens fokus och energi. Kuratorerna menade också att sjukskrivningsprocessen var svårplanerad utifrån denna osäkerhet. En kurator upplevde att detta också skapade ett hot inifrån det hjälpande systemet i samhället vilket inte var gynnsamt för patientens förtroende och tillit. Kuratorerna beskrev även att sjukskrivningarna granskades som juridiska dokument trots att de inte var detta samt att Försäkringskassan endast såg till

läkarnas utlåtanden istället för helheten som ytterligare två faktorer som kunde göra att sjukskrivningsprocessen stannade av.

Några av kuratorerna hade mer erfarenhet av samverkan med arbetsgivarna än andra, detta påverkades av hur vårdcentralen hade valt att organisera sig. Kuratorerna med erfarenhet av samverkan upplevde att det fungerade bra under sittande möten men mindre bra mellan möten. En kurator påtalade dock att mötet i sig kunde vara faktorn som gjorde att processen stannade av om arbetsgivaren inledde med att säga att de inte kunde skapa nya tjänster till patienten, detta skapade ofta stresspåslag och patienten hade svårt att fokusera under resten av tiden av mötet, kuratorn sa *"(...)det är inte heller så bra med uttrycken 'du kan bara få anpassningen en kort tid, sedan är det ordinarie arbetsuppgifter som gäller"*. Kuratorerna upplevde att cheferna hade lite kontakt med patienten, att de var passiva och inte tänkte på rehabilitering och anpassning trots att arbetsgivaren hade rehabiliteringsansvaret. Samtliga kuratorer beskrev att arbetsgivaren många gånger kunde uttrycka att patienten bara behövde vila för att situationen skulle bli bra. Kuratorerna berättade att cheferna skall ha uttryckt *"ta gott om tid på dig att bli frisk"* och *"hem och vila upp dig"* till sina patienter som istället kunde ha behövt ha kontakt med arbetsplatsen för att motverka långtidssjukskrivning. En kurator påtalade viken av att patienten behövde känna sig eftersökt och saknad av arbetsgivaren för att inte uppleva känslor av oduglighet eller obetydlighet.

Majoriteten av kuratorerna beskrev att brist på självinsikt och motivation hos individen påverkade sjukskrivningsprocessen. En kurator påtalade också att osäkerhet på den egna förmågan och att blunda för allvaret i situationen var faktorer som gjorde att processen stannade av. Flera av patienterna hade varit i kontakt med vården sedan tidigare och de negativa erfarenheterna blev ett inbyggt motstånd till sjukskrivningsprocessen.

En kurator berättade att brist på återhämtning under behandling hade stor påverkan på processen. En annan kurator påtalade att privatlivet hos patienterna ibland kunde påverka sjukskrivningsprocessen negativt.

Kuratorerna beskrev att avsaknad av samsyn, nätverksmöten samt möjlighet till arbetsträning var faktorer som gjorde att sjukskrivningsprocessen kunde stanna av. En kurator berättade *"Många olika saker spelar in och det är ofta inte en sak utan flera faktorer och svårigheter. Det är inte bara arbetet som påverkar utan även psykosociala påfrestningar, ansträngd ekonomisk situation, boendesituationen och andra saker, det är väldigt komplext."*

Positiva erfarenheter och önsknningar

Följande faktorer framkom som positiva för att en sjukskrivningsprocess skulle vara gynnsam.

- KBT vid depression och ångest.
- Kontakt med rehabiliteringsmottagningen (sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut).
- Avslappningsövningar.
- Samtalsstöd.
- Gruppbehandlingar som avvaktats tills patienten var mottaglig.
- Att ha haft regelbundna och korta möten och vid utmattningssyndrom till en början för att möjliggöra återhämtning.
- Att kunna vara flexibel som kurator.
- Att patienten fick annan behandling i väntan på samtalsstöd.
- Kuratorn kunde vara med och påverka behandlingen.
- Den interna samverkan var god.
- Behandlingskonferenser av olika slag inom arbetsplatsen.

- Anställda på vårdcentralen med flera olika uppdrag delade på patienterna så de inte träffade samma patient utifrån olika roller.
- Att så långt det var möjligt inte sjukskriva patienter på heltid, en kurator uttrycker *"Sjukskrivningar är inte hälsofrämjande"*.
- Välplanerade rehabiliteringsplaner.
- Den externa samverkan mellan samtliga parter var god.
- Arbetsgivare försökte anpassa arbetsuppgifterna och förstå situationen.
- Att patienten successivt fick möjlighet att öka aktivitetsnivån.
- Fortsatt kontakt mellan kurator och patient under tiden för återgång i arbete.
- Patienten var nöjd med vårdkontakten.
- Patienten var motiverad och hade insikt om sin situation.
- Kuratorn fick regelbunden professionell handledning.
- Kuratorn fick gå på utbildningar och andra aktiviteter i fortbildningssyfte.

Kuratorerna fick även beskriva vad de skulle vilja göra eller göra mer av. Samtliga påtalade att samverkan borde vara utformad för att undvika att patienten "hamnar mellan stolarna", att samtliga parter borde ha en samsyn samt att patienten borde förstå orsakerna till sjukskrivningen. Kuratorerna beskrev även att patienten behövde ha kunskap om hur sjukskrivningsprocessen gick till och de olika parterna behövde ha kunskap i hur respektive part arbetade. Önskning fanns om att samtliga parter tog sitt ansvar och att det fanns tydliga riktlinjer för hur parterna skulle arbeta. En kurator efterfrågade formulerade tidsramar, tydliga redskap för utvärdering och stöd i att blicka framåt. Kuratorerna önskade även att det fanns mer och bättre kommunikationsmöjligheter och att Försäkringskassan tog kontakt med vården vid frågor kring sjukintyg eller rehabiliteringsplan innan avslag fattades. En kurator önskade att Försäkringskassan arbetade mer för att samordna all rehabilitering och inte enbart mot läkarens bedömningar och intyg. En annan kurator önskade att Försäkringskassan hade mer ansvar för en patient som fått avslag trots att inga andra parter bedömde att återgång i arbete vore lämpligt. Idag upplevde kuratorn att Försäkringskassan ansåg att de hade slutfört sitt uppdrag i och med avslaget. Kuratorn menade vidare att det var omöjligt att upprätta en rehabiliteringsplan som de kunde försäkra att den skulle följas och inte behöva revideras, kuratorn menade att Försäkringskassan borde ha förståelse för detta. En kurator önskade mer gruppbehandlingar för att patienterna skulle kunna få stöd av personer i samma situation samt mer behandlingar i multimodal rehabilitering för att behandla psykisk ohälsa och smärtproblematik.

Sjukgymnast/fysioterapeut

Det fanns möjlighet att intervjua en sjukgymnast/fysioterapeut som arbetade på en rehabiliteringsmottagning, nedan beskrivs denne sjukgymnastens/fysioterapeutens erfarenheter.

Sjukgymnasten/fysioterapeuten hade mångårig erfarenhet av detta arbete.

Sjukgymnasten/fysioterapeuten träffade ungefär tio nya patienter i veckan och hade tio till tolv besök om dagen samt gruppverksamheter. Arbetsbelastningen upplevdes som godtagbar.

Personalomsättningen på arbetsplatsen hade varit hög på grund av naturliga avgångar. Antalet listade patienter på mottagningen ökade.

Sjukgymnasten/fysioterapeuten upplevde att den vanligaste sjukskrivningsorsaken vid långtidssjukskrivningar var psykisk ohälsa, utmattningssyndrom och stressreaktion.

Utifrån sjukgymnastens/fysioterapeutens svar har resultatet delats in i fem delar.

- Första kontakt
- Samverkan
- Rehabilitering
- Flaskhalsar
- Positiva erfarenheter och önskningar

Första kontakt

Sjukgymnasten/fysioterapeuten deltog i ett tvärprofessionellt team med läkare, rehabkoordinatorer och kuratorer där patienter diskuteras. Där kunde behov påtalas och de olika parterna stöttade varandra utifrån den egna verksamhetens kompetens och insatser.

Sjukgymnasten/fysioterapeuten gjorde under första mötet med patienten en kartläggning av dennes historia, hur länge personen levt som den gjorde och om denne varit sjuk tidigare.

Sjukgymnasten/fysioterapeuten påtalade att många patienter hade svårt att genomföra en förändring och föll åter i samma beteendemönster. Patienterna behövde stöd i att förstå sambanden för att kunna genomföra en förändring som var hållbar. Behövde patienterna göra en beteendeförändring räckte det inte att intellektualisera förändringen utan de behövde klargöra stressfaktorer och få klart sambanden för att öva på att handla på ett mer hälsosamt sätt.

Hur fortsatt kontakt såg ut avgjordes av behovet hos patienten. Den första behandlingen kunde vara avspänningsövningar för att sedan övergå till stresshanteringskurser med mera.

Sjukgymnasten/fysioterapeuten gjorde en bedömning med den sjukskrivne om denne var i skick att delta i en grupp eller inte. Sjukgymnasten/fysioterapeuten hade motiverande samtal och förklarade för patienterna att kroppens sätt att reagera var normalt. Antal träffar var helt individanpassat utifrån rehabiliteringsplanen. Om patienterna var sjukskrivna på grund av utmattningssyndrom uppmanades denne att genomföra en kurs med arbetsterapeut för att få stöd i att hantera vardagen. Fysisk aktivitet, medicinsk yoga, sömnskola med mera var andra behandlingar som rekommenderades.

Patienternas självinsikt varierade. En del patienter visste precis varför de var sjuka men detta kunde nyanseras då patienten fick fördjupad kunskap. Sjukgymnasten/fysioterapeuten försökte förklara och summera vad patienten sa under karläggningssamtalet och då förstod ofta patienten varför det blivit som det blivit.

Hur patienterna sedan kom vidare i sjukskrivningsprocessen berodde på om de la orsaken till ohälsan internt eller externt. Det gick inte bra med rehabiliteringen om patienterna endast la orsaken externt.

Patienterna hittade inte acceptans i situationen och sjukgymnasten/fysioterapeuten upplevde att dessa patienter var de svåraste att rehabilitera.

Samverkan

Sjukgymnasten/fysioterapeuten upplevde att samverkan mellan olika parter inom vården hade förbättrats efter att det tvärprofessionella teamet infördes. Parterna närmade sig varandra och hade ett gemensamt tänk även om de var ”öar”. Parterna försökte tillsammans öppna upp och titta på flöden.

Nätverksmöten med arbetsgivare hade uppfattats som givande och de hade kommit vidare på ett bra sätt. Sjukgymnasten/fysioterapeuten påtalade att dessa möten borde prioriteras av samtliga parter då de goda resultaten uppnås enkelt i förhållande till hur mycket tid parterna behövde lägga på mötet. Sjukgymnasten/fysioterapeuten upplevde kontakten med arbetsgivaren som gles. Vanligen var det personalen på vårdcentralerna som har kontakten med arbetsgivare.

Sjukgymnasten/fysioterapeuten berättade att denne har lite konkret kontakt med Försäkringskassan. I de fall de har haft kontakt har det varit på nätverksmöten. Handläggarna på Försäkringskassan inhämtade mest information från sjukvårdande läkare och inte från sjukgymnasten/fysioterapeuten.

Sjukgymnasten/fysioterapeuten påtalade att samtliga parter borde ha en gemensam rehabiliteringsplan och inte flera olika, en svårighet med detta är dock om samtliga inblandade parter ej deltar vid nätverksmöten.

Handlingsutrymmet för sjukgymnasten/fysioterapeuten beskrevs som stort. Denne kunde påverka upptrappning vid återgång i arbete, behandlingar, sjukskrivningsgrad samt tempo i rehabiliteringen.

Rehabilitering

Hur bra patienten kunde förändra sin situation berodde helt på den egna motivationen och viljan. Sjukgymnastens/fysioterapeutens upplevelse var att rehabiliteringsplanerna allt som oftast fungerade bra så länge patienten hade tid att öva in nya vanor innan återgång.

Sjukgymnasten/fysioterapeuten samverkade med rehabkoordinatorer via det tvärprofessionella teamet samt mellan träffarna för att göra avstämningar. Rehabkoordinatorerna upplevdes lätta att samarbeta och komma i kontakt med.

Den vanligaste vägen åter i arbete beskrevs vara succesiv upptrappning i arbetstid. Om patienten skulle arbetsträna bedömde Försäkringskassan detta.

Sjukgymnasten/fysioterapeuten fick respons från patienterna om hur de upplevde kontakten med rehabiliteringsmottagningen. De som gått de stressreducerande behandlingarna var ofta mycket positiva och ville genomföra dessa igen.

Sjukgymnasten/fysioterapeuten upplevde att denne själv fick stöd i sin yrkesroll. Sjukgymnasten/fysioterapeuten hade fördjupat sig inom psykisk stress och ohälsa och letade själv efter fördjupad kunskap. På rehabiliteringsmottagningen satsades det på utbildning.

Flaskhalsar

Sjukgymnasten/fysioterapeuten kunde se att en del patienter hade svårt att genomföra den förändring som krävdes och föll åter i samma beteendemönster där de drog ner på egenvård i form av fysisk aktivitet, sömn och återhämtning. Att sakna självinsikt var också en faktor som gjorde sjukskrivningsprocessen svårarbetad.

Flaskhalsar som identifierats när det gäller arbetsgivaren var när de saknades en tät kontakt mellan dem och patienten.

Det var problematiskt att sjukskriva patienter där det tydligt framkom att det var faktorer i privatlivet som utgjorde ohälsan. Dessa patienter fick då spendera mer tid i det som var grunden till ohälsan vilket inte var önskvärt.

Utifrån kontakten och erfarenheten gällande samarbetet med Försäkringskassan upplevde sjukgymnasten/fysioterapeuten att deras tidsramar inte var realistiska i förhållande till att patienterna förväntades bryta ett inlärt beteende som de många gånger haft under hela livet. En hållbar förändring vid utmattningssyndrom tog tid. Vid en för tidig återgång tappade patienterna många av de nyvunna vanorna. Det var svårt att komma i kontakt med handläggarna på Försäkringskassan, oavsett om man var professionell eller privatperson.

En faktor som påverkade sjukskrivningsprocessen var när patienter nekades sjukpenning från Försäkringskassan, blev av med sitt arbete och hänvisades till att ta kontakt med Arbetsförmedlingen och där inte skrivs in på grund av ohälsan. Sjukskrivningen godkändes inte av Försäkringskassan trots att det framkom att patienten inte var arbetsför. Vid dessa situationer föll patienterna tillbaka i sjukskrivningsprocessen och mycket av det som rehabiliteringsmottagningen, kuratorer, läkare och rehabkoordinatorer byggt upp fallerade.

Det tog många gånger tid innan patienter kom i kontakt med rehabiliteringsmottagningen. Sjukgymnasten/fysioterapeuten påtalade att samtliga parter och samhället som sådant behövde bli bättre på att uppmärksamma tidiga signaler på ohälsa och uppmuntra till kontakt med rehabiliteringsmottagningar. Sjukgymnasten/fysioterapeuten sa *"Förutsättningarna att ta del av våra insatser är svårare för målgruppen som vi vill ha mer av, nämligen 'väntrumspatienterna' och de som fortfarande arbetar och inte har hunnit gå så långt så att de är i behov av sjukskrivning"*.

Positiva erfarenheter och önskningar

Följande faktorer framkom som positiva för att en sjukskrivningsprocess skulle vara gynnsam.

- Att ha gjort en kartläggning över patienternas hela liv och situation. Det ökade självmedvetenheten och förståelsen, *"vi sätter oss ner och tittar efter"*.
- Individanpassade rehabiliteringsplaner.
- Motiverande samtal.
- Få patienterna att förstå att kroppens reaktion var normal.
- Tvärprofessionellt team med flera parter samlade.
- Bra samarbete med arbetsgivare som gjorde sitt bästa för att anpassa återgång.
- Sjukgymnasten/fysioterapeuten hade handlingsutrymme att påverka rehabiliteringsplanen.
- Att patienten hade en aktiv sjukskrivning.
- Bra samarbete med rehabkoordinatorerna.
- Möjlighet till fortbildning och diverse studier för sjukgymnasterna/fysioterapeuterna.
- Att rehabiliteringen fick ta den tiden det behövdes, dock behövde patienterna inte vara sjukskrivna på heltid under hela processen.
- Rehabiliteringsmottagningens korta väntetider på max en vecka.

Sjukgymnasten/fysioterapeuten hade också fått beskriva vad denne skulle vilja göra eller göra mer av. En önskan var att samtliga parter skulle se möjligheten att utnyttja tekniska hjälpmedel för att kunna delta vid samverkansmöten i större utsträckning. Sjukgymnasten/fysioterapeuten önskade vidare att samtliga parter tog sitt ansvar i sjukskrivningsprocessen och samarbetade med varandra. Även om väntetiden till rehabiliteringsmottagningen var kort behövde samtliga insatser samordnas på bästa sätt utifrån patientens behov. Samtliga parter behövde kunskap om varandra, veta vilka kompetenser som fanns och vid behov stötta varandra.

UPPDRAGSBESKRIVNING HÄLSOFLÖDET 2017-2018

BAKGRUND

Samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud och dess ingående parter Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Västra Götalandsregionen samt kommunerna Vänersborg och Mellerud arbetar för en förbättrad arbetslivsinriktad rehabilitering i samverkan för de individer som står utanför arbetsmarknaden. Arbetet med att motverka ohälsa och minska höga sjuktal, arbetslöshet och socialt utanförskap kräver tid, resurser och långsiktigt arbete för att åstadkomma en varaktig förändring.

Sjukpenningtalet och ohälsotalet har ökat stadigt. Regeringen har satt som mål att sjukpenningtalet skall vara 9,0 år 2020. I september 2016 låg sjukpenningtalet i riket på 10,8 (kvinnor 14,4 och män 7,5) i Västra Götaland låg det på 12,2 (kvinnor 16,0 och män 8,5) i Mellerud på 12,7 (Kvinnor 17,2 och män 8,5) och i Vänersborg 14,2 (kvinnor 18,8 och män 9,6). I samband med Samordningsförbundets Arbetskonferens 2016-10-26 var projektledare Susann Olsson inbjuden att berätta om projektet "Upprop för ett friskare Tidaholm" där de framgångsrikt jobbat med att sänka sjukpenningtalet. Vid diskussion om behov av samverkansinsatser för 2017 framkom från parterna ett behov av att arbeta gemensamt med att sänka sjukpenningtalet. En arbetsgrupp tillsattes för att arbeta fram ett förslag på en insats. Arbetsgruppen påtalar i detta arbete ett behov av att identifiera flaskhalsarna i en sjukskrivningsprocess.

MÅL OCH SYFTE

Syftet med insatsen är att identifiera flaskhalsar som förlänger sjukskrivningsprocessen och därmed även höjer sjukpenningtalet. Genom att identifiera och synliggöra flaskhalsarna ges möjlighet att hitta en arbetsmodell som effektiviserar sjukskrivningsprocessen.

Målet med insatsen är att sänka sjukpenningtalet. Det görs genom att en gemensam arbetsmodell arbetas fram för en effektivare sjukskrivningsprocess med kortare ledtider och därmed även en snabbare återgång till arbete. En effektivare sjukskrivningsprocess kommer att gagna alla kommuninvånare i en sjukskrivningsprocess, oavsett anställning eller inte.

Syftet med insatsen är:

- att identifiera flaskhalsarna i sjukskrivningsprocessen och därifrån utveckla arbetsformer i samverkan för ett bättre flöde för personer i en sjukskrivningsprocess
- att sprida kunskap och dela erfarenheter kring förebyggande arbete och rehabilitering
- att kompetensförstärka i roller och ansvar

Målet med insatsen är att:

- Ta fram en modell som effektiviserar sjukskrivningsprocessen
- Sänka sjukpenningtalet i Vänersborg och Mellerud

MÅLGRUPP

Alla sjukskrivna medborgare i kommunerna, oavsett anställning eller inte.

MÅLGRUPP FÖR INTERVJUSTUDIE

För att avgränsa insatsen under en projekttid tas en pilotgrupp fram. Pilotgruppen utgörs av kvinnor i åldern 30-50 år anställda i Vänersborgs och Melleruds kommun och som har varit sjukskrivna på hel eller deltid från sin anställning i 90 dagar eller mer.

Intervjuer kommer även att utföras med yrkesprofessionella inom sjukvården och Försäkringskassan samt med kommunala chefer.

MÅLGRUPP FÖR KOMPETENSUTVECKLING

Kompetensutvecklingsinsatser riktas till yrkesprofessionella från alla parter som möter personer i en sjukskrivningsprocess.

OMFATTNING

Minst 10-20 personer från "pilotgruppen" deltar i intervjustudien.

Minst 1 yrkesprofessionell från sjukvården och Försäkringskassan deltar i intervjustudien samt minst 1 kommunal chef per kommun.

Berörda yrkesprofessionella förväntas i hög grad delta i kompetensutvecklingsinsatser.

TIDSPLAN

Den aktiva insatsen förväntas pågå under 6 månader tidigare riktlinjen december 2017 – maj 2018 har justerats till februari 2018 – juli 2018. Därefter förväntas arbetsgruppen fortsätta följa arbetet och även tillgodose behov av tvärprofessionella utbildningsinsatser.

ARBETSSÄTT & INNEHÅLL

INTERVJUSTUDIE

Identifiera deltagare

Varje personalavdelning identifierar personer inom pilotgruppen och erbjuder dem att vara med i intervjustudien. Personer som samtycker till medverkan lämnas till projektkoordinatorn. De yrkesprofessionella som skall delta i intervjustudien väljs ut av arbetsgruppens representanter tillsammans med respektive myndighet. Inför intervjustudien skall en grundmall arbetas fram av arbetsgruppen.

Intervju av deltagare ur pilotgruppen

Projektkoordinatorn har uppdraget att intervjua totalt 10-20 personer. Intervjun utgår ifrån målgruppens upplevelse av sjukskrivningsprocessen och vad de har för behov för att komma vidare.

Intervju av yrkesprofessionella

Utifrån materialet från intervjuerna med deltagarna kommer frågor formuleras till de berörda myndigheterna och de kommunala cheferna. Projektkoordinatorn intervjuar de yrkesprofessionella och de kommunala cheferna utifrån deras syn och upplevelse av sjukskrivningsprocessen utifrån sin organisation och utifrån ett samverkansperspektiv.

Analysarbete

Analysarbetet utförs av projektkoordinator. Denne har arbetsgruppen till stöd och bollplank. I första stadiet analyseras deltagarnas beskrivning av sina sjukskrivningsprocesser. Utifrån den analysen ställs relevanta frågor till de yrkesprofessionella samt de kommunala cheferna. Deras bild analyseras sedan separat.

Kommunerna analyseras var för sig.

Bilderna ställs mot hur processen skall se ut.

Identifiering av flaskhalsarna

En jämförelse görs och flaskhalsar identifieras.

Åtgärder

Flaskhalsarna lyfts till arbetsgruppen för diskussion om hur dessa ska åtgärdas. Arbetsgruppen har inom ramen för uppdraget ansvaret att ta fram en plan på insatser med syfte att förbättra och åtgärda de identifierade flaskhalsarna.

KOMPETENSUTVECKLING

Tanken är att behov av kompetensutvecklingsinsatser kommer att utkristallisera sig under arbetets gång. En "Kick off" är planerad för starten av projektet med föreläsare Åsa Kadowaki.

20 oktober – Föreläsning av Åsa Kadowaki "Upp och tillbaka – att erövra motivation, hälsa och hållbarhet" samt rama in vad tanken är med detta projekt utifrån varje part. Denna halvdag håller arbetsgruppen i.

Frukostseminarier – kortare teman som identifierats under projektet. Teman som arbetsgruppen idag har identifierat är sjukskrivningsprocess utifrån Försäkringskassan, ytterligare teman läggs in efter vilka behov som identifierats. Seminarier kan läggas under längre tid än projektet för att upprätthålla en samverkan.

SLUTRAPPORT

Projektkoordinatorn sammanfattar en slutrapport som förankras i arbetsgruppen. Projektkoordinatorn presenterar den för förbundets beredningsgrupp och styrelse. I rapporten finns ett förslag på en arbetsmodell för ett bättre flöde för patienten i sjukskrivningsprocessen samt uppföljning utifrån framtagna mål.

PERSONAL OCH KOMPETENSER

En projektkoordinator på halvtid tillsätts för att utföra intervjustudierna samt samordna kompetensutveckling och slutrapportera insatsen med förslag på en effektivare arbetsmodell i sjukskrivningsprocessen. Arbetsgruppen är delaktig i arbetet.

EKONOMI OCH FINANSIERING

Samordningsförbundet har för 2017 och 2018 avsatt en ram om 200tkr. Inom ramen har Samordningsförbundet räknat med insats på 50% av heltid för en projektledare under 6 månader samt kostnader för utbildning. Parterna förväntas bistå med kompetens vid frukostseminarier.

STYRNING OCH LEDNING

Vänersborgs kommuns och Melleruds kommuns personalavdelning ansvarar gemensamt för projektledningen. Den av beredningsgruppen utsedda arbetsgrupp följer insatsen och är en del av insatsen samt ett bollplank till projektledning och projektkoordinator. Arbetsgruppens representanter skall regelbundet sammanstråla och titta på sin parts medverkan i insatsen, regelbundet följa insatsen utifrån framtagna nyckeltal samt jobba för metodimplementering.

Arbetsgruppen består av: Rehabkoordinator, Processledare inom sjukskrivningsprocessen för NU-sjukvården/VGR, biträdande avdelningsföreståndare på psykiatrimottagningen, Samverkansansvarig på Försäkringskassan, Sektionschef på individ och familjeomsorgen, Sektionschef på Arbetsförmedlingen, Personalchef Vänersborgs kommun, Personalassistent Melleruds kommun, Arbetsmiljöutvecklare Vänersborgs kommun samt Förbundschef samordningsförbundet.

Det direkta personalansvaret för projektkoordinatorn har dennes chef på den egna myndigheten.

UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING

Insatsen följs upp genom att projektkoordinatorn:

- för regelbundna dialoger med Arbetsgruppen
- rapporterar antal intervjuade personer till förbundschef som volym registreras i SUS
- rapporterar antal deltagare per utbildningstillfälle till förbundschef som volym registrerar i SUS

Insatsen följs upp genom att Arbetsgruppen följer upp framtagna nyckeltal:

- sjukpenningtalet i kommunerna Vänersborg och Mellerud (Försäkringskassan)
- antal hel- och deltidssjukskrivna kvinnor mellan 30-50 år som varit sjukskrivna mer än 90 dagar anställda i kommunerna Vänersborg och Mellerud (Kommunerna)
- Antal kvinnor som varit sjukskrivna mer än 90 dagar pga. psykisk ohälsa (Västra Götalandsregionen)

Mer specifika mål/nyckeltal kan komma att identifieras under projektets gång.

IMPLEMENTERING

Arbetsgruppen är delaktig under hela projektet. Målsättningen är att arbetsmodellen som tagits fram för att effektivisera sjukskrivningsprocessen implementeras i ordinarie verksamheter.

ÖVRIGT

Uppdragsbeskrivning för insatsen Hälsoflödet 2017-2018 är ett styrdokument för innehåll och arbetsmetod under projektet. Eventuellt kan förändringar av samverkansuppdraget göras utifrån att någon av intressenterna påkallar det.

Sammanställt av Linda Säterstam, Förbundschef. Reviderad 2018-02-12 av Emelie Lundin, projektkoordinator.

Intervjumaterial

Bakgrund

Ålder:
Arbetsplats:
Grad av sjukskrivning, procent:
Hur länge sjukskriven:
Sjukskrivningsorsak:

Hur ser din livssituation ut?

Hur såg din livssituation ut när du blev sjukskriven?

(familjesituation, fritidssysselsättning, föreningsaktiv med mera?)

Anledning till sjukskrivning

Av vilken anledning är du sjukskriven?

Är anledningen arbetsrelaterad? (följdfrågor kan här tillkomma, svårt att förutse dessa innan)

Sjukprocess

Beskriv vad som hände från att du blev sjuk?

När förstod du att du var sjuk?

Var det någon annan som uppmärksammande det före dig?

Vilket stöd fick/får du från chefen och hur har det sett ut?

När hade du och chefen en första kontakt och/eller möte?

Vilka kontakter inom sjukvården har du haft (läkare/samtalsstöd/sjukgymnast med mera)

När fick du kontakt med dem?

Har du haft samma sjukvårdskontakter genom hela processen? Hur upplever du samverkan mellan dessa kontakter?

Rehabilitering

Har en anpassning diskuterats på din arbetsplats?

Har du haft kontakt med en rehabkoordinator?

Har du gjort en kartläggning av din situation med Försäkringskassan, arbetsgivaren eller sjukvården?

Reflektion

Kan du se något som gjort att din sjukprocess har stannat av eller dragit ut på tiden?

Finns det något som du tror hade kunnat underlätta i processen? Något du, arbetsgivaren, någon närstående, sjukvården eller försäkringskassan hade kunnat göra?

Fanns det något som hjälpt dig extra mycket för att komma vidare i processen?

Intervjumaterial

Bakgrund

Myndighet: Kommunen

Roll: Chef

Hur länge har du arbetat som detta:

Hur många anställda har du?

Hur upplever du din arbetsbelastning?

Hur upplever du personalomsättningen på din arbetsplats?

Hur upplever du att omorganisationer fungerar på din arbetsplats?

Anledning till sjukskrivning

Vilken upplever du vara den vanligaste sjukskrivningsorsaken hos dina anställda som blir långtidssjukskrivna? (följdfrågor kan förekomma)

Sjukprocess

Hur arbetar du med systematiskt arbetsmiljöarbete utifrån psykisk hälsa?

Hur har första kontakten sett ut med dina sjukskrivna?

Hur ser er fortsatta kontakt ut?

Har du haft kontakt med företagshälsovård (om ja, i vilket stadie?)

Hur upplever du den anställdes självinsikt?

Har du kontakt med läkaren

-Hur upplever du samverkan med läkaren?

Har du kontakt med försäkringskassan?

-Hur upplever du samverkan med försäkringskassan?

Rehabilitering

Har du träffat sjukvården och/eller försäkringskassan för att diskutera anpassning?

- Vad är din erfarenhet av resultatet?

Har du haft kontakt med personalavdelningen?

Hur informerar ni om möjligheten till att ha med en facklig representant vid rehabiliteringsmöten?

Hur ser ditt handlingsutrymme ut i förhållande till den anställdes anpassning?

Hur brukar en "vanlig väg tillbaka" se ut?

Reflektion

Får du respons på hur din anställda upplever kontakten med arbetsgivaren? Upplever du att du får tillräckligt med stöd och fortbildning från din chef/arbetsgivare för att arbeta med individer som lider av någon form av psykisk ohälsa som bland annat utmattningssyndrom?

Kan du se något som ofta drar ut på sjukprocessen eller som gjort att saker stannat av?

- I din egen organisation/ andra parter/ hos individen?

Finns det något som du kan se som hade underlättat för en patient att komma vidare?

Intervjumaterial

Bakgrund

Myndighet: Försäkringskassan

Roll: Personlig handläggare mot sjukpenning

Hur länge har du arbetat som detta:

Hur många kunder har du

Hur många av dem har du träffat personligen?

Hur upplever du din arbetsbelastning?

Hur upplever du personalomsättningen på din arbetsplats?

Anledning till sjukskrivning

Vilken upplever du vara den vanligaste sjukskrivningsorsaken hos de kunder som blir långtidssjukskrivna? (följdfrågor kan förekomma)

Sjukprocess

Vilka krav ställs på dig gällande samordning av rehabiliteringsinsatser för de du arbetar med som är sjukskrivna på grund av stress och utmattningssyndrom?

Hur ser en första kontakt ut?

Hur ser en fortsatt kontakt ut?

Hur ser du på det försäkringsmedicinska beslutsstödet?

- Hur upplever du att läkarna använder sig av det?

- Hur upplever du samverkan med sjukvården, ser du skillnader på grund av diagnos?

Hur upplever du kundernas självinsikt?

Hur upplever du kraven som ställs utifrån lagstiftning och riktlinjer i förhållande till denna typ av kunder?

Kan du se någon planering som ger störst effekt?

Hur upplever du samverkan med arbetsgivaren?

Hur upplever du samverkan med vården?

Rehabilitering

Är du med och träffar arbetsgivare och/eller sjukvården för att diskutera anpassning?

Vad är din erfarenhet av resultatet?

Hur ser ditt handlingsutrymme ut i förhållande till patientens rehabilitering?

Hur brukar en "vanlig väg tillbaka" se ut?

Reflektion

Får du respons på hur kunderna upplever kontakten med Försäkringskassan?

Upplever du att du får tillräckligt med stöd och utbildning från din chef/arbetsgivare för att arbeta med individer som lider av någon form av psykisk ohälsa som bland annat utmattningssyndrom?

Kan du se något som ofta drar ut på sjukprocessen eller som gjort att saker stannat av?

- I din egen organisation/ andra parter/ hos individen?

Finns det något som du kan se som hade underlättat för en kund att komma vidare?

Intervjumaterial

Bakgrund

Myndighet: Sjukvården

Roll: Läkare

Hur länge har du arbetat som detta:

Hur många patienter har du/har kontakt med dagligen?

Hur upplever du din arbetsbelastning?

Hur upplever du patient- och personalomsättningen på din arbetsplats?

Anledning till sjukskrivning

Vilken upplever du vara den vanligaste sjukskrivningsorsaken hos dina patienter som blir långtidssjukskrivna? (följdfrågor kan förekomma)

Sjukprocess

I vilket skede söker personen dig? Vid behov av sjukskrivning eller redan innan?

Hur ser första kontakten ut med dig?

Hur ser den fortsatta kontakten ut?

Av de du möter som är sjukskrivna på grund av stress och utmattningssyndrom, vilken/vilka behandlingar rekommenderas?

Hur ser du på det försäkringsmedicinska beslutsstödet?

Hur upplever du patienternas självinsikt?

Kan du se någon behandling som ger störst effekt?

Hur upplever du samverkan med arbetsgivaren?

Hur upplever du samverkan med försäkringskassan, ser du skillnader på grund av diagnos?

Rehabilitering

Är du med och träffar arbetsgivare och/eller försäkringskassan för att diskutera anpassning?
- Vad är din erfarenhet av resultatet?

Hur ser ditt handlingsutrymme ut i förhållande till patientens rehabilitering?

Hur får du ta del av behandlingar, program, kurser med mera som finns i regionen?

Hur delger du förslag på behandlingar, program, kurser med mera till patienterna?

När kopplar du in rehabkoordinatören?

Hur brukar en ”vanlig väg tillbaka” se ut?

Reflektion

Får du respons på hur patienterna upplever kontakten med vården?

Upplever du att du får tillräckligt med stöd och fortbildning från din chef/arbetsgivare för att arbeta med individer som lider av någon form av psykisk ohälsa som bland annat utmattningssyndrom?

Kan du se något som ofta drar ut på sjukprocessen eller som gjort att saker stannat av?
- I din egen organisation/ andra parter/ hos individen?

Finns det något som du kan se som hade underlättat för en patient att komma vidare?

Intervjumaterial

Bakgrund

Myndighet: Sjukvården

Roll: Rehabkoordinator

Hur länge har du arbetat som detta:

Hur många patienter har du/har kontakt med dagligen?

Hur upplever du din arbetsbelastning?

Hur upplever du patient- och personalomsättningen på din arbetsplats?

Anledning till sjukskrivning

Vilken upplever du vara den vanligaste sjukskrivningsorsaken hos dina patienter som blir långtidssjukskrivna? (följfrågor kan förekomma)

Sjukprocess

Av de du möter som är sjukskrivna på grund av stress och utmattningssyndrom, vilken/vilka behandlingar/program rekommenderas?

Hur ser första kontakten ut med dig?

Hur ser er fortsatta kontakt ut?

Hur upplever du patienternas självinsikt?

Kan du se någon behandling/program som ger störst effekt?

Hur upplever du samverkan med läkaren eller andra vårdkontakter?

Träffar du någon gång arbetsgivaren?

Har du kontakt med försäkringskassan?

Rehabilitering

Är du med och träffar arbetsgivare och/eller försäkringskassan för att diskutera anpassning?

- Vad är din erfarenhet av resultatet?

Hur ser ditt handlingsutrymme ut i förhållande till patientens rehabilitering?

Hur får du ta del av behandlingar, program, kurser med mera som finns i regionen?

Hur brukar en "vanlig väg tillbaka" se ut?

Reflektion

Vad upplever du vara en rehabkoordinatorers huvuduppdrag, stämmer det med verkligheten?

Får du respons på hur patienterna upplever kontakten med vården?

Upplever du att du får tillräckligt med stöd och fortbildning från din chef/arbetsgivare för att arbeta med individer som lider av någon form av psykisk ohälsa som bland annat utmattningssyndrom?

Kan du se något som ofta drar ut på sjukprocessen eller som gjort att saker stannat av?

- I din egen organisation/ andra parter/ hos individen?

Finns det något som du kan se som hade underlättat för en patient att komma vidare?

Intervjumaterial

Bakgrund

Myndighet: Sjukvården

Roll: Kurator

Hur länge har du arbetat som detta:

Hur många patienter har du/har kontakt med dagligen?

Hur upplever du din arbetsbelastning?

Hur upplever du patient- och personalomsättningen på din arbetsplats?

Anledning till sjukskrivning

Vilken upplever du vara den vanligaste sjukskrivningsorsaken hos dina patienter som blir långtidssjukskrivna? (följfrågor kan förekomma)

Sjukprocess

Av de du möter som är sjukskrivna på grund av stress och utmattningssyndrom, vilken/vilka behandlingar/program rekommenderas?

Hur ser en första kontakt ut med dig?

Hur ser en fortsatt kontakt ut?

Hur upplever du patienternas självinsikt?

Kan du se någon behandling/program som ger störst effekt?

Hur upplever du samverkan med läkaren/annan vårdpersonal?

Träffar du någon gång arbetsgivaren?

Har du kontakt med försäkringskassan?

Rehabilitering

Är du med och träffar arbetsgivare och/eller försäkringskassan för att diskutera anpassning?

- Vad är din erfarenhet av resultatet?

Hur ser ditt handlingsutrymme ut i förhållande till patientens rehabilitering?

Hur får du ta del av behandlingar, program, kurser med mera som finns i regionen?

Hur samarbetar du med rehabkoordinatorerna?

Hur brukar en ”vanlig väg tillbaka” se ut?

Reflektion

Får du respons på hur patienterna upplever kontakten med vården?

Upplever du att du får tillräckligt med stöd och fortbildning från din chef/arbetsgivare för att arbeta med individer som lider av någon form av psykisk ohälsa som bland annat utmattningssyndrom?

Kan du se något som ofta drar ut på sjukprocessen eller som gjort att saker stannat av?

- I din egen organisation/ andra parter/ hos individen?

Finns det något som du kan se som hade underlättat för en patient att komma vidare?

Intervjumaterial

Bakgrund

Myndighet: Sjukvården

Roll: Sjukgymnast

Hur länge har du arbetat som detta:

Hur många patienter har du/har kontakt med dagligen?

Hur upplever du din arbetsbelastning?

Hur upplever du patient- och personalomsättningen på din arbetsplats?

Anledning till sjukskrivning

Vilken upplever du vara den vanligaste orsaken till att söka sjukgymnastik?

Är det skillnad mellan inflödet av egenremisser och remisser från läkare när det gäller patienter med spänningar och smärtproblematik som orsakats av stress och/eller utmattningssyndrom?

Sjukprocess

Av de du möter som är sjukskrivna på grund av stress och utmattningssyndrom, vilken/vilka behandlingar/program rekommenderas?

Hur ser första kontakten ut med dig?

Hur ser er fortsatta kontakt ut?

Hur upplever du patienternas självinsikt?

Kan du se någon behandling/program som ger störst effekt?

Hur upplever du samverkan med läkaren/vården?

Träffar du någon gång arbetsgivaren?

Har du kontakt med försäkringskassan?

Rehabilitering

Är du med och träffar arbetsgivare och/eller försäkringskassan för att diskutera anpassning?
- Vad är din erfarenhet av resultatet?

Hur ser ditt handlingsutrymme ut i förhållande till patientens rehabilitering?

Hur får du ta del av behandlingar, program, kurser med mera som finns i regionen?

Hur samarbetar du med rehabkoordinatorerna?

Hur brukar en "vanlig väg tillbaka" se ut?

Reflektion

Får du respons på hur patienterna upplever kontakten med vården?

Upplever du att du får tillräckligt med stöd och fortbildning från din chef/arbetsgivare för att arbeta med individer som lider av någon form av psykisk ohälsa som bland annat utmattningssyndrom?

Kan du se något som ofta drar ut på rehabiliteringen eller som gjort att saker stannat av?
- I din egen organisation/ andra parter/ hos individen?

Finns det något som du kan se som hade underlättat för en patient att komma vidare?



Hikikomori

EN SAMVERKANSINSATS MELLAN PARTERNA I SAMORDNINGSFÖRBUNDET
VÄNERSBORG/MELLERUD

2018-12-31

Sammanfattning

Ordet Hikikomori är japanska och betyder ungefär "den som drar sig undan". Hikikomori var ett samverkansprojekt under perioden 2016-2018 mellan parterna i Samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud, dvs. Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommunerna Vänersborg och Mellerud samt Västra Götalandsregionen.

Hikikomori var en förberedande insats där syftet med projektet var att motverka socialt utanförskap och att stötta unga vuxna med att bryta isolering, få en fungerade vardag och känna sig mer delaktiga i samhället. Hikikomori är ett första steg i en process för att öka möjligheterna till att kunna delta i arbetslivsriktad rehabilitering och nå ut i arbetslivet.

Insatsen startade med en kartläggningsfas då man under tre och en halv månad utforskade hur stor målgruppen, unga vuxna (18-29 år) som av psykiska och/eller sociala skäl isolerat sig hemma, var och vilket stöd målgruppen efterfrågade. Kartläggningen sammanställdes i en rapport som presenterades för Samordningsförbundets styrelse som tog beslut att insatsen skulle finansieras ytterligare ett år.

Metoden som använts är mycket flexibel och bygger på den unges eget intresse och vad de själva anser de behöver stöd i. Insatsen har varit helt frivillig och anpassad till varje enskild individ.

Personalen bestod av 30 % samordnare och 100 % boendestödare från omsorg om funktionshindrade och finansierades till att börja med av Samordningsförbundet. En nedtrappning har sedan skett successivt. Den 1 april 2017 delimplementerades Hikikomori i Vänersborgs kommun. Från 2019 kommer insatsen vara helt implementerad i kommunen och utgå från Ung Resurs.

Hikikomori har under perioden arbetat med 40 personer och 16 av dem är avslutade. Av de som har avslutats från Hikikomori har 3 personer fått arbete och 2 personer börjat studera. Totalt har 31% avslutats till egen försörjning.

För övrigt har de flesta tagit flera steg ut i samhället och blivit mer delaktiga i detsamma. En deltagare som varit aktuell i Hikikomori under ett års tid och tagit flera små steg ut mot ett självständigt liv sade vid ett möte med sin handledare: "Gruppträffar – ja, det vore kul att träffa någon annan än dig, det kan bli lite tjatigt att bara träffa dig". Härligt att höra säger handledaren, det är precis så vi vill ha det!

Trevlig läsning!

.....och så var det en sak till

Olle är en kille som varit med i Hikikomori sedan starten 2016. Han bor själv i en lägenhet och hans största intresse är att spela spel på sin dator, där han tillbringar nästa alla dygnets vakna timmar. Under ett antal år har Olle varit utan sysselsättning. Från det att han tackar ja till att bli en deltagare i Hikikomori till vi ses första gången går det ca två månader. Varje vecka får han ett sms med en förfrågan om han vill ses men han svarar inte. Men en dag kommer det ett svar från honom, vi ska ses vid Pärkans gatukök 13.00.

Olle kommer till avtalad tid och vi tar en promenad runt kvarteret, denna aktivitet fortsätter vi med regelbundet under sex månader. Sträckorna vi går blir längre och många bra långa samtal utbyts. Olle blir under en promenad erbjuden att gå en matlagningskurs som han efter mycket motiverande och peppning faktiskt kommer till, vid sex tillfällen. Där syntes tydligt vilka färdigheter han har, och hans genuina intresse av att verkligen lära sig att laga vissa rätter.

Olle föreslår en dag under vår promenad att vi kanske ska byta ut promenad mot cykeltur” för då kommer man lite längre och kan se lite mer nya saker”. Det gör vi och vi fortsätter att ses och ta cykelturer. Cyklingen pågår i sju månader och Olle börjar berätta mer om sig själv, vem han är och vad han gillar att göra.

En av sakerna Olle önskar är att få gå på gym, han är dock inte bekväm med att gå på någon av de stora kedjorna. Han får möjligheten att träna på ett litet ställe som finns i kommunens regi. Till en början så mixar Olle våra träffar med promenad och gym beroende lite på väder och humör. Olle uppskattar gymmet då han själv kan se resultat av sin motion. Han går från tio minuter på löpbandet i lägsta hastighet till en timma med hög hastighet. Detta fortsatte fram till sommaren 2018.

Under hösten 2017 märker jag att Olle börjar prata mer om att han kanske ska hitta på något och komma ut lite mer, kanske plugga eller praktisera. Han säger också att: ”ett körkort det hade ju varit toppenbra om jag kunde ta någon gång”.

Våren 2018 kommer och våra träffar glesas ut något, Olle har börjat gå till badhuset en gång i veckan på egen hand för att simma. När vi ses känns han nöjd och glad och pratar om framtiden.

Vid vår första träff efter semestern 2018, ser jag tydligt på Olle att han har något att berätta. Han pekar på en liten bil intill där vi står och säger: ”här är anledningen till att jag avbokat tiderna lite oftare, jag har nämligen tagit körkort. Och så var det en sak till, jag ska börja plugga en yrkesutbildning till hösten”.

Nu har Olle studerat under en termin och är avslutad på Hikikomori.

/Alexandra

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	5
2. Kartläggning 2016-01-01 – 2016-03-15.....	5
2.1 Genomförande	5
2.2 Intervjuer med yrkesprofessionella.....	5
2.3 Intervjuer med föräldrar.....	5
2.4 Intervjuer med målgruppen	6
2.5 Resultat av kartläggningen	6
3. Uppdraget.....	6
3.1 Syfte	6
3.2 Mål.....	6
3.3 Målgrupp	6
3.4 Metod	7
3.5 Omfattning	7
3.6 Personal och kompetens	7
3.7 Styrning och ledning	8
3.8 Uppföljning	8
4. Arbetsmodell	8
4.1 Hur man blir aktuell för Hikikomori.....	8
4.2 Individuellt arbete	8
4.3 Gruppverksamhet.....	9
4.4 Avslut	9
4.5 Uppföljning	9
5. Resultat.....	10
5.1 Måluppfyllnad	10
5.2 Utvärdering.....	11
5.3 Implementering.....	11
6. Analys av Deltagare	12
7. Diskussion.....	12

1. Inledning

Samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud och dess ingående parter Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Västra Götalandsregionen samt kommunerna Vänersborg och Mellerud arbetar för en förbättrad arbetslivsinriktad rehabilitering i samverkan för de individer som står utanför arbetsmarknaden. Parterna såg ett stort behov av utveckling av förrehabiliterande insatser för unga vuxna (18-29 år) som isolerat sig hemma. Målgruppen beskrevs som unga vuxna med ett undvikande beteende och som saknar förmåga att på egen hand bryta utanförskapet samt att de trots att de har stora behov undviker kontakt med omgivning och samhälle. Det antogs att det fanns psykiatrisk problematik som depression, ångest, social fobi eller neuropsykiatrisk problematik. Det behövde inte finnas någon diagnos men ett behov av stöd. Denna grupp ansåg parterna att de hade svårt att nå och stötta på ett tillfredsställande sätt. Som ett led i detta arbete att motverka långvarigt utanförskap ville Vänersborgs kommun, socialpsykiatrin, driva insatsen Hikikomori.

Under perioden 2016-01-01 – 2016-03-15 gjordes en kartläggning av målgruppen, den presenterades för styrelsen för Samordningsförbundet som beslutade att finansiera insatsen Hikikomori under ett år. Därefter delimplementerades Hikikomori för att 2019 helt implementeras i Vänersborgs kommun.

2. Kartläggning 2016-01-01 – 2016-03-15

2.1 Genomförande

För att få spridning av Hikikomori användes media där det skrevs reportage om projektet i Vänersborgaren, TTELA samt ungivbg.se. Media användes för att nå ut till personer som inte hade någon kontakt med myndigheter. Utöver det har broschyrer tryckts upp och delats ut på olika platser runt om i Vänersborgs kommun, som t.ex. väntrummen på vårdcentralerna, till olika handläggare mm. Intervjuer har utförts med yrkesprofessionella inom olika myndigheter och verksamheter som kommer i kontakt med den potentiella målgruppen. Intervjuer har även genomförts med föräldrar och möjliga deltagare för insatsen som identifierats under kartläggningen.

2.2 Intervjuer med yrkesprofessionella

Totalt visade kartläggningen hos de yrkesprofessionella att det fanns 113 personer som rymdes inom målgruppen för Hikikomori. Det framkom också att personerna i målgruppen är svåra att komma i kontakt med, de kommer inte på avtalade möten och svarar inte i telefonen eller på brev. Upprepas detta för många gånger så är de inte längre aktiva och "försvinner" på så sätt från systemet. En allmän uppfattning är därför att det finns ett stort mörkertal som faller bort och inte får det stöd som de behöver.

2.3 Intervjuer med föräldrar

Under intervjuerna med föräldrar kom det fram att situationen är påfrestande och det är svårt för föräldrarna att nå fram till sina ungdomar. De tyckte att deras ungdomar var svårmotiverade och föräldrarna sa att deras ungdomar hade bilden av att inte någon kunde hjälpa dem samt att några ungdomar inte tyckte att de behövde någon hjälp. Problemen har ofta funnits en längre tid och föräldrarna upplevde att deras son/dotter undvek kontakt med andra. De hade hamnat utanför samhället och behövde stöd för att kunna komma tillbaka. Föräldrarna berättade att de stundtals hade gett upp hoppet om sitt barn.

Ett genomgående intresse hos den unge är datorer och sociala medier, där skapar de en egen värld. Föräldrarna upplevde att deras unga tillbringade osunt mycket tid på nätet. Föräldrarna som hade hemmaboende barn upplevde också boendesituationen som ansträngd. Det framkom att föräldrar haft kontakt med myndigheter/kommun angående oro för sin ungdom men de upplevde att de bollades fram och tillbaka och ingen tog ansvar.

2.4 Intervjuer med målgruppen

Det gjordes intervjuer med 16 personer ur målgruppen varav 15 var intresserade av att delta i Hikikomori. De berättade att det var svårt att vara aktiv i intressen de tidigare haft på grund av social fobi eller sociala svårigheter och de beskrev sociala sammanhang som jobbiga och svåra. Många av dem tillbringar stora delar av sin vakna tid vid datorn. De berättade att de i möjligaste mån undvek att gå ut eller går ut då det är lite folk i rörelse. De ville gärna prova på aktiviteter på ett bekvämt sätt utan krav och måsten. De ville ha stöd i att träna på sociala sammanhang och de ville gärna göra en förändring men hade tappat tron på sig själva och på att någon kan/vill hjälpa och stötta dem i förändringen.

2.5 Resultat av kartläggningen

Kartläggningen kom fram till att det fanns 113 personer i målgruppen, efter att styrelsen för Samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud fått information om utfallet av kartläggningen beslutade de att finansiera Hikikomori under ett år.

3. Uppdraget

3.1 Syfte

Syftet med projektet var att motverka socialt utanförskap och att stötta unga vuxna med att bryta isolering, få en fungerande vardag och känna sig mer delaktiga i samhället. Detta skulle ses som ett första steg i en process för att öka möjligheterna till att kunna delta i arbetslivsriktad rehabilitering och nå ut i arbetslivet.

3.2 Mål

Generella verksamhetsmål för samverkan, Samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud:

- Arbets- och utbildningsdeltagandet ska öka, och därigenom självförsörjningen öka.
- Anställningsbarheten och möjligheten att stå till arbetsmarknadens förfogande ska öka.
- Individens upplevelse av förbättrad "livssituation" ska öka.
- Individernas självskattning av tillgänglighet, bemötande, respekt och kvalitet i rehabiliteringsprocessen ska upplevas positivt.

Övriga mål för Hikikomori var:

- Att förbereda individen till att klara/tillgodogöra sig arbetslivsriktad rehabilitering.
- Att bygga trygga kontaktnät kring individen med det stöd och eller behandling som personen behöver.
- Att individerna bryter sin isolering.

3.3 Målgrupp

Hikikomori riktade sig till unga vuxna (18-29 år) bosatta i Vänersborgs kommun med psykiska och/eller sociala problem som ännu inte kommit igång i ett självständigt vuxenliv. De som tillhörde målgruppen hade ett undvikande beteende och hade isolerat sig i hemmet. Personerna saknade förmåga att på egen hand bryta utanförskapet och trots stora behov undveks kontakt med omgivning och samhälle. Personerna behövde inte ha någon diagnos men antogs ha psykiatrisk problematik som depression, ångest, social fobi eller neuropsykiatrisk problematik.

Det fanns plats för 10 aktiva deltagare och 5 utslussningspersoner (de som kommit längre men ändå behövde fortsatt stöd men i mindre omfattning).

Vid delimplementeringen i mars 2017 sänktes åldersgränsen till 16 år för att kunna ta emot ungdomar från det kommunala aktivitetsansvaret.

3.4 Metod

Arbetet utgick från varje individ, det påbörjades med en individuell planering och den kunde bl.a. innehålla hembesök, individuella träffar, hjälp med myndighetskontakter (SIP), gruppträffar och studiebesök. Tanken bakom metoden var att möta deltagaren där denne var och med små steg (långsamma processer) få deltagaren att gå utanför sin komfortzon och bli delaktig i samhället. Viktigt i arbetet var fokus på motivation och framgång och att undvika krav och villkor.

Innehållet i det aktiva arbetet med individen var behovsstyrt och utgick från varje individ och var denne stod till en början innehöll insatsen:

- Individuella träffar (hembesök, besök i lokalen)
- Stöd i myndighetskontakter (SIP)
- Skapa struktur, planera veckan

När deltagaren kände sig redo fanns aktiviteter som erbjöd social samvaro med personer i liknande situation. Det kunde bland annat vara:

- Aktiviteter i lokal på uppgjorda tider i en tillåtande och trygg miljö (ex. pyssel, sällskapsspel, miniföreläsningar, tv-spel, film)
- Träning i grupp
- Utflykter en gång per månad (bio, bowling, minigolf)
- Omvärldsperspektiv och helhetssyn – (möjligheter, föreläsningar, samhällskunskap)
- Samverkan med aktörer för annan aktivitet, sysselsättning eller prova på arbetslivet (Arbetsmarknadsavdelning inom kommunen, Arbetsförmedling, föreningar, insatser finansierade i samverkan via Samordningsförbundet).

Metoden krävde att personalen hade tålamod och ett förhållningssätt där deltagarna fick vara i centrum och man såg till varje individs unika personlighet, förmåga, kunskap och sätt att vara. Personalen har i princip varit densamma under hela perioden, vilket gjort att deltagarna känt sig trygga och fått en bra relation med sin kontaktperson i Hikikomori. Personalen har fått utnyttja all sin kreativitet för att hitta unika lösningar och på så sätt använt sig själva som redskap, fokus på person snarare än funktion.

3.5 Omfattning

Tiden i insatsen var styrt av individens behov, vilket innebar att individen deltog i insatsen så länge som behov fanns. Det fanns möjlighet att ta emot 10 aktiva deltagare samt 5 utslussningspersoner (de som kommit längre men ändå behövde fortsatt stöd men i mindre omfattning). Vid delimplementeringen i mars 2017 utökades platserna till 15 aktiva deltagare och 5 utslussningsplatser.

3.6 Personal och kompetens

Personalen bestod av:

- Samordnare, 30 % som arbetade med kartläggning, marknadsföring och att sätta struktur under hösten 2015 samt med det aktiva arbetet kring individen under 2016. Person var viktigare än funktion. Person byttes vid delimplementeringen till Ung Resurs, Vänersborgs kommun i april 2017.
- Boendestödjare, en heltid som under hösten 2015 tillsammans med samordnaren arbetade med kartläggningen och metoden att möta och motivera ungdomarna. Från 2016 och framåt

var den främsta rollen att motivera, möta deltagaren hemma och hämta deltagaren till aktiviteterna och möten, en brygga tills individen kunde ta sig ut själv.

- Personalen var utbildad i motiverande samtal som har varit en grund i Hikikomori och genomsyrt hela arbetet.

3.7 Styrning och ledning

Socialpsykiatrins enhetschef från Vänersborg kommun ansvarade för projektledningen med stöd av Förbundschef på Samordningsförbundet. Projektledningen innebar tillsättandet av personal samt att ansvara för planering och upplägg. Socialpsykiatrins enhetschef deltog i förbundets styrgrupp och rapporterade om insatsen. Styrgruppen representerades av beredningen, som bestått av utsedda chefer från parterna som var och en hade ansvaret att föra ut information till den egna myndigheten. Till styrgruppen fördes principfrågor som rörde verksamhets-, samverkans-, kvalitets- och utvärderingsfrågor.

Det direkta personalansvaret för personal i insatser hade dennes chef på den egna myndigheten. Samordningsförbundets parter ansvarade var och en för att informera individer om möjligheten att delta i Hikikomori. Utöver det bjöd samordnare i Hikikomori in till informationsträffar och besökte olika personalsammankomster vid efterfrågan.

3.8 Uppföljning

Uppföljning av insatsen har skett genom att personalen har skrivit delårs- och helårsrapporter till Samordningsförbundet. Uppföljningsmöten med förbundschef och projektledare har hållits. Rapportering i beredningsgrupp och information till styrelsen om arbetet i Hikikomori har också skett.

4. Arbetsmodell

4.1 Hur man blir aktuell för Hikikomori

Inflödet till Hikikomori har varit spritt från många olika håll, detta på grund av den gedigna kartläggningen som gjordes då olika funktioner i samhället besöktes samt att lokalpressen gjorde reportage. Deltagarna till Hikikomori har kommit från Försäkringskassan, från Omsorg om Funktionshindrades biståndshandläggare, via psykiatriska öppenvårdsmottagningen, från Arbetsförmedlingen, från kommunala aktivitetsansvaret, från vuxenhabiliteringen, från personligt ombud, från vuxen psykiatrisk slutenvård, från Case Manager och från nära anhörig.

Ett första samtal gjordes tillsammans med den unge, personal från aktualiserande myndighet eller nära anhörig och personal från Hikikomori. Under samtalet beskrevs Hikikomori och vad personalen där kunde stötta den presumtive deltagaren med. Den unge fick berätta om sig och sin situation. Vid några tillfällen tillhörde inte den unge målgruppen och kunde därför inte delta i insatsen. En tid efter mötet kontaktade den unge, dess kontaktperson hos aktualiserande myndighet eller nära anhörig Hikikomori för att berätta om den unge var intresserad av att delta. Därefter bokades ett första möte där deltagaren bestämde var vi skulle ses, där denne kände sig bekväm.

4.2 Individuellt arbete

I de flesta fall startade den unge, enligt egen önskan, med att ha individuell kontakt med "sin" kontaktperson på Hikikomori. Till att börja med arbetade man mycket med att skapa en god relation mellan deltagare och kontaktperson. Man träffades där den unge kände sig bekväm, det kunde vara hemma hos den unge, på en promenad, på ett fik, vid en "bilpromenad" eller på Hikikomoris kontor. Man arbetade sedan med små steg ut i samhället, från att ha träffats hemma till att ta promenad till exempel. Annat man gjorde var att följa med till olika möten med till exempel läkare, kurator eller liknande. Att träna på olika situationer där den unge kände sig obekvä, till exempel äta på restaurang

och shoppa, var också en stor del av arbetet. Andra aktiviteter man gjort enskilt är korvgrillning, fiske och/eller bärplockning på berget, träna på gym, promenera, samtala, fika mm. Alla dessa aktiviteter gjorde att deltagarna i vissa fall kände sig redo att delta i gruppträffarna.

4.3 Gruppverksamhet

Gruppverksamheterna har, till att börja med, skett i socialpsykiatrins aktivitetshus Trean och Fisketorget. På Trean har aktiviteterna varit sällskapsspel, bakning, TV-spel och fika. Dessa träffar startades hösten 2016 och avslutades i mars 2018 på grund av att intresset för gruppträffar avtagit. Dessa gruppträffar har varit öppna för alla deltagare i insatsen och man har kommit och gått som man velat. På Fisketorget hade man en matlagingscirkel, totalt 10 träffar, där fyra personer deltog. Under en period hade man en studiecirkel i hälsa och rörelse då man under 8 träffar provade på olika "rörelseaktiviteter" utanför deltagarnas komfortzoner. Det kunde vara besök på "Hop'n Pop", Bowling, Cykling, Minigolf, Biljard mm. 8 personer var med på dessa rörelseaktiviteter, dock inte alla samtidigt då det var svårt för målgruppen att utsätta sig för detta.

Personalen har gått en utbildning i terapeutiskt skrivande och startat en grupp av intresserade deltagare inom detta. Skillnaden mellan terapeutiskt skrivande och dagboksskrivande är att det har ett syfte och ett mål. Att känna efter hur det känns att skriva, hur det känns att läsa det man själv skrivit och så vidare. Deltagarna har varit mycket intresserade, diskuterat mycket och ingående samt fått nya insikter. Personalen är övertygade om att det är en bra metod för målgruppen och kommer fortsätta med att utveckla arbetet med det terapeutiska skrivandet.

Ett bekymmer som framkommit är att det är svårt, nästan omöjligt, för deltagarna att gå in i en redan befintlig grupp, de känner sig inte trygga med att komma till en grupp med deltagare som redan känner varandra.

4.4 Avslut

Avslut av de deltagare som varit med i Hikikomori har oftast skett då individen känt sig redo för det. Vid ett flertal tillfällen har den unge haft andra aktiviteter parallellt med Hikikomori för att säkerställa att hen kände sig trygg med att prova annat. Då kontaktperson på Hikikomori har funnits som en trygghet under en längre period ville deltagare ha kontaktpersonen som "back-up" och bollplank även vid annan aktivitet. Några personer har avslutats på grund av flytt till annan kommun, andra har inte gått att nå under en lång tid och därför avslutats. Några har inte längre velat vara med, andra har fått annan aktivitet och velat avslutas. Flera har avslutats på grund av att de börjat studera och några fick jobb och var därför inte längre aktuella.

En framgångsfaktor har varit just tiden. Insatsen har inte varit tidsatt och därför har personalen kunna vara med även om deltagarna har provat annan aktivitet, börjat arbetsträna eller börjat studera. Deltagarna har känt sig trygga med att ha något att falla tillbaka på om den nya aktiviteten av någon anledning inte skulle fungera. Den genomsnittliga inskrivningstiden på de deltagare som avslutat Hikikomori ligger på 18 månader.

4.5 Uppföljning

SUS har varit det verktyg som i en del fall använts som en del av uppföljningen, 27 % av deltagarna som ingått i insatsen har "SUS:ats". Eftersom insatsen bygger på frivillighet och kravlöshet samt på att bygga trygga relationer och skapa förtroende har inte alla varit aktuella för att "SUS:as". Dock har personalen kännedom om alla individer som ingått i insatsen, därför kan resultatet ändå mätas.

5. Resultat

5.1 Måluppfyllnad

Under perioden har 40 personer varit aktuella för Hikikomori och av dem har 16 avslutats. När det gäller de generella verksamhetsmålen för samverkan ser det ut som följer:

- **Arbets- och utbildningsdeltagandet ska öka, och därigenom självförsörjningen öka.** Av de 16 avslutade personer har tre fått arbete, en person börjat studera vid Högskolan Väst och en studerar en yrkesutbildning. Totalt har alltså 31% av deltagarna gått till arbete eller studier efter att ha avslutat Hikikomori.
- **Anställningsbarheten och möjligheten att stå till arbetsmarknaden förfogande ska öka.** En person arbetstränar 50 % inom sitt specialområde. En person har gjort arbetsträning genom att inreda ett rum på Ung Resurs, rummet kallas Ungspirationsrummet och används vid gruppträffar och som samtalsrum. Miljön är skapad för att ge lugn och inspiration. En tredje person har tagit körkort.
- **Individens upplevelse av förbättrad "livssituation" ska öka.** Här har man inte använt något speciellt verktyg eller mätinstrument för att mäta detta. Det personalen har fått till sig verbalt från deltagarna är att de känner en förbättrad livssituation genom att de kommit ut mer och fått en kontaktperson som de litar på. Till exempel har några uttryckt att det äntligen funnits någon som trott på dem. Det har funnits någon som handgripligen kunnat stötta i att träna på olika saker, såsom att utsätta sig för sociala miljöer.
- **Individens självskattning av tillgänglighet, bemötande, respekt och kvalitet i rehabiliteringsprocessen ska upplevas positivt.** Inte heller här har något mätinstrument använts. Det deltagarna uttryckt verbalt är att de upplever detta positivt. Det kan vara att handledarna haft möjlighet att träffa dem omgående om något hänt som de behövt stöttning i. De har också kunna träffa handledarna där de känt sig bekväma och även fått stöd i att ta sig till olika möten. Små steg framåt har tagits, vissa har behövt pushning och andra bromsning, behovet har varit olika och deltagarna har blivit bemötta utifrån sin egen personlighet.

Övriga mål för Hikikomori var:

- **Att förbereda individen till att klara/tillgodogöra sig arbetslivsinriktad rehabilitering.** Utöver de som fått arbete, de som börjat plugga och de som arbetstränar och som tidigare nämnts är: två personer på väg att börja arbetsträna. En person deltar i ett ESF projekt som syftar till att förbereda inför arbetslivsinriktad rehabilitering. För övrigt tar alla deltagare små steg ut i samhället, till exempel genom att träna på olika saker som de har svårt med, genom insatser från psykiatri m.m.
- **Att bygga trygga kontaktnät kring individen med det stöd och/eller behandling som personen behöver.** Mycket av arbetet i Hikikomori syftade till just det här, dock blev det i de flesta fall kontaktperson på Hikikomori som blev tryggheten för individen. Andra kontakter ute i samhället bygger oftast på att individen själv har förmåga att ta sig till olika platser och kunna komma i tid, avboka och boka möten. Hikikomoris kontaktperson har ofta stöttat i att se till att deltagarna kommit i tid till olika möten, hjälpt till med att boka möten och även varit delaktiga i desamma. SIP (Samordnad individuell plan) har varit ett bra verktyg för att få alla runt individen att jobba åt samma håll och samverka för individens bästa.
- **Att individerna bryter sin isolering.** I de flesta fall har deltagarna lyckats bryta sin isolering med små steg. För en del av våra deltagare har dock även Hikikomori varit ett för stort steg. Trots tröget arbete med att försöka nå dessa deltagare har de inte kommit igång alls eller, efter en tid, slutat att svara på telefon, sms och mail. Handledarna på Hikikomori har inte hört av sig för ofta men heller inte glömt bort deltagarna. Handledarna har också varit tydliga med

att deltagarna gärna får höra av sig igen om de blivit avslutade och vill komma tillbaka. Några deltagare har blivit vänner och umgås på fritiden.

Av de 40 personer som deltagit i Hikikomori har 16 personer avslutats, anledningar:

- 3 personer har avslutats på grund av att de passerat 30 år, alla har kvar sin samtalskontakt vid öppenvården på psykiatrin och en av dem har också boendestöd.
- 4 personer avslutades då de själva ville detta eller inte längre gick att nå.
- 5 personer flyttade till annan ort, två av dessa hade fått arbete.
- 2 personer började studera, en till högskoleutbildning och en till yrkesutbildning.
- 2 personer gick till annan insats via öppenvården.

5.2 Utvärdering

På grund av att insatsen har varit helt kravlös har vi inte velat lämna ut några utvärderingsenkäter, inte vid avslut av olika gruppaktiviteter och inte vid avslut av insatsen. Därför finns ingen dokumentation över hur deltagarna har upplevt aktiviteterna och Hikikomori i sin helhet.

Personalen har fått till sig åsikter verbalt:

- Ungdomarna upplever att de har fått långsiktigt stöd som inte gått att få någon annanstans.
- De har upplevt att personalen har haft ett fint och välkomnande bemötande och verkligen trott på dem.
- Insatsen har fått ta tid, personalen har inte gett upp men heller inte gett reprimander då ungdomarna inte lyckats/orkat ta sig till möten.
- Att personalen arbetat på deltagarnas uppdrag har varit bra, insatsen har varit flexibel, den har varit individanpassad och alla har fått öva på det just de behöver.
- Gruppträffarna har varit positiva, matlagningskursen har gett kunskap om att laga sin egen mat från grunden, man har lärt sig att samarbeta och tränat på socialt umgänge.
- De träffar där de provat olika aktiviteter var mycket uppskattade av några som var glada över att våga ta sig utanför sin komfortzon och prova något nytt och roligt.
- Några har skaffat sig vänner genom att vara med på gruppträffarna.

5.3 Implementering

1 april 2017 delimplementerade Hikikomori i Vänersborgs kommuns DUA-verksamhet (Delegationen Unga till Arbete) på Ung Resurs. Vid delimplementeringen slutade dåvarande samordnarfunktion och den togs över av en personal vid Arbetsmarknadsenheten. Båda handledarna fanns då i Ung Resurs lokaler och utgick därifrån. På Ung Resurs finns personal från kommunens socialtjänst genom socialsekreterare från Individ- och Familjeomsorgen och flyktingverksamhet, där finns handläggare från Arbetsförmedlingen, arbetskonsulenter från kommunens arbetsmarknadsenhet, Studie- och Yrkesvägledare från Kunskapsförbundet Väst och handläggare från Försäkringskassan samlade under ett tak. Tanken är, att då ungdomarna från Hikikomori känner sig redo för nästa steg ska det finnas på Ung Resurs där de redan känner till lokalerna och har sett personalen. Dessutom finns personalen från Hikikomori där så de kan känna sig trygga med att den personen som de har förtroende för finns kvar.

Helimplementeringen skedde den 1/1 2019 i samband med att Samordningsförbundet var klara med sin del i insatsen Hikikomori. Insatsen ser likadan ut efter implementeringen och det är viktigt att Hikikomori fått finnas kvar eftersom många av ungdomarna som ingått i insatsen fortfarande behöver stöd och, som i vissa fall, inte har någon annan som de kan vända sig till.

6. Analys av Deltagare

Nedan följer en analys av ersättningsflödena utifrån vad varje person har haft för ersättning när de startade i Hikikomori och hur många från varje part som har gått till arbete eller studier:

Aktivitetsersättning/Sjukersättning från Försäkringskassan

29 deltagare (72 %) hade aktivitetsersättning när de startade i Hikikomori. Det var 13 kvinnor och 16 män. Av männen är 8 personer kvar i insatsen, 2 personer har fyllt 30 år, 1 person har börjat studera, 3 personer har valt att avsluta och 2 personer har flyttat till annan ort, en av dessa har fått arbete. Av kvinnorna är 7 personer kvar i insatsen, 2 har avslutats till psykiatrins dagsjukvård, 1 person valde att avsluta, 1 person avslutades till studier, en på grund av flytt till annan ort och 1 person avslutades eftersom hon fyllt 30. Värt att nämnas är att personer inte har avslutats direkt i samband med att de fyllt 30, Hikikomori har funnits kvar för dem en period och avslutats då annan insats funnits eller de själva känt sig redo för avslut. Det kan ha varit en tidsperiod upp till ett år. Två av kvinnorna har fått sjukersättning, en av dem är kvar i insatsen och en är avslutad. En av männen har också fått sjukersättning och är avslutad.

Av alla deltagarna som hade aktivitetsersättning när de startade i Hikikomori, både pågående och avslutade, har en person (3,5 %) gått till arbete och två (7 %) personer har avslutats till studier utan offentlig försörjning: Totalt har hittills 10,5 % av deltagarna med aktivitetsersättning blivit självförsörjande. Av de 14 avslutade deltagarna är det 21% som gått till egen försörjning.

Försörjningsstöd från kommunerna

3 personer startade i Hikikomori med försörjningsstöd, 1 kvinna och 2 män. Männen är kvar i insatsen och kvinnan är avslutad till osubventionerad anställning.

Av alla deltagarna som hade ersättning från kommunen när de startade Hikikomori, både pågående och avslutade, har 1 person (33 %) hittills gått till arbete. Det är en som har avslutat, vilket innebär att det är 100% som gått till egen försörjning.

Ingen offentlig försörjning

8 unga vuxna började i Hikikomori utan någon offentlig försörjning, det var 4 kvinnor och 4 män. 7 av dem är kvar i insatsen och en kvinna är avslutad på grund av flytt till annan kommun. En av männen har fått arbete men är kvar i insatsen under en övergångsperiod.

Av de ungdomar som påbörjade Hikikomori utan någon offentlig försörjning alls, både aktuella och avslutade, har 1 person (12,5%) hittills gått till arbete. Det är en person som avslutats pga. flytt, vilket innebär att 0% av de avslutade gått till egen försörjning.

Fördelning mellan könen

Av de 40 ungdomar som varit/är aktuella för Hikikomori var/är könsfördelningen 22 stycken (55 %) män och 18 stycken (45 %) kvinnor.

7. Diskussion

I deltagarnas problematik låg att de ofta avbokade och uteblev för att det psykiska måendet påverkade dagsformen, många hade också vänt på dygnet. I vissa fall var det svårt att veta om en person fortfarande var aktuell då de inte kontaktade oss och inte svarade då vi sökte dem. Detta gjorde det svårt att beräkna tidsåtgång och det var svårt att veta hur många deltagare vi kunde ha igång. Det har varit viktigt för oss att inte säga nej till någon person som tillhört målgruppen då denne velat vara med i Hikikomori eftersom det kanske varit enda gången deras motivation funnits. Lyckligtvis har vi kunnat hantera det antal deltagare vi haft. Det har också funnits utrymme för ungdomarna att ha kvar kontakten även om de under en period inte orkat träffa oss. De har då kunnat återuppta kontakten när

de känt sig mogna. Kontaktpersonerna på Hikikomori har, med jämna mellanrum, skickat sms för att kolla läget, även då vi inte fått svar har nya sms skickats och till slut kan ett svar ha kommit att de vill återuppta kontakten. Ungdomarna har själva fått välja på vilket sätt de vill kommunicera med personalen på Hikikomori. I de flesta fall har sms varit det de valt, mail har varit det sätt som några föredragit. Telefonsamtal har fungerat i vissa fall men först då de vetat vem som ringer. En del personer har haft mycket svårt med att tala i telefon, vissa såg det till och med som omöjligt.

Den största vinsten med Hikikomori och dess upplägg har varit att insatsen har fått ta tid. Det har inte funnits någon gräns för hur länge en deltagare fått vara med och det har setts mycket positivt av deltagarna. Eftersom de mått dåligt och därför avbokat ofta samt att de i de flesta fall isolerat sig hemma under en lång period har de behövt lång tid för att kunna ta sig vidare. Deltagarnas väg framåt har skett med små steg och det skulle inte varit möjligt att få ta dessa steg om inte insatsen fått ta tid. Det har också varit viktigt att personalen har varit i princip densamma hela tiden, att det funnits en kontinuitet. Det har gjort att deltagarna fått förtroende för sin kontaktperson, vilket har varit viktigt för dem.

Deltagarna i Hikikomori har ofta haft neuropsykiatrisk problematik, ofta dubbeldiagnos. I många fall har det också funnits inslag av ångest och depression och framför allt social fobi. Alla har inte varit diagnostiserade men det har varit ganska uppenbart att det funnits någon funktionsvariation av något slag. Insatsen har anpassats till deltagarnas behov, oberoende av om det funnits diagnoser eller inte.

Ett problem som vi sett är att de långa köerna till psykiatrin skapar frustration hos ungdomarna, att vänta och vänta på att kunna starta sin behandling påverkar deras vardag negativt. Det har också varit svårt att motivera dem till att göra något annat under väntetiden. I några fall har de blivit lovade att få en tid till psykolog eller annan behandling men tiden har skjutits fram. De har då fått vänta ännu längre och inte kunnat starta upp något annat eftersom de blivit lovade en tid. Detta har så klart påverkat ungdomarnas livskvalitet under väntetiden. En av Hikikomoris uppgifter har då varit att upprätthålla deras hopp och hålla dem fortsatt motiverade, till exempel genom terapeutiskt skrivande.

Som en röd tråd har mobbing, utsatthet i skolan och därmed svårigheter med det sociala funnits hos deltagarna. Flertalet har inte fullföljt gymnasiet och i vissa fall inte grundskolan, det har varit för svårt att ta sig till skolan av olika anledningar. Därmed har de blivit hemma under långa perioder.

Något som vi noterat under arbetets gång är att många av de ungdomar vi jobbat med har haft aktivitetsersättning under en lång tid och inte varit i så mycket aktivitet under tiden. Detta har gjort att de suttit hemma länge med kanske endast ett möte per år, det läkarbesök som varit förutsättning för att få fortsatt aktivitetsersättning. Då de sedan närmar sig 30 år eller får avslag på fortsatt sökt aktivitetsersättning har de blivit mycket stressade eftersom de inte har kommit någonstans. Faran är att aktivitetsersättningen blivit en passivitetsersättning och istället för att hjälpa den unge stjälpit densamma.

Vid årsskiftet 2018/2019 skulle neddragningar ske inom kommunens socialförvaltning, Hikikomoris fortlevnad var då hotad. Personalen skrev en konsekvensanalys samt hade möte med OOF:s (Omsorg om funktionshindrades) chef. Resultatet blev en implementering av Hikikomori. Boendestödjare har fortsatt anställning på 100 % inom OOF och arbetskonsulent från Ung Resurs är anställd vid kommunens arbetsmarknadsenhet. Båda utgår från Ung Resurs.

Att jobba med små steg och låta deltagarna utvecklas successivt i sin egen takt leder många gånger till att flera "bekymmer" uppdagas och avhjälpas. En deltagare som suttit hemma i nästan ett decennium innan hen började i Hikikomori har haft en typisk utveckling vad gäller att jobba sig ut från sin komfortzon. Kontaktpersonen träffade hen i hans hem under ca ett halvår före hen var bekväm med att ta sig ut. Nästa steg var att började att åka bil till en grannstad då det fanns ett intresse från personen att flytta dit. Vi åkte runt och tittade på olika adresser. Efter en tid började vi ta promenader i staden och utökade sedan till att gå till små affärer så hen fick handla. Nästa steg var att åka till stadens centrum för att handla där. Bilåkande och läsande på trafikskyltar gjorde att hen blev medveten om att hen behövde glasögon och fick stöd i att boka tid hos en optiker. Detta är en fortsatt pågående process där deltagaren fortsätter att stärkas successivt med målet att flytta till grannstaden.

2019-01-07

Alexandra Willmer och Lena Agnar-Ström

SAMMANSTÄLLNING AV INDIKATORER

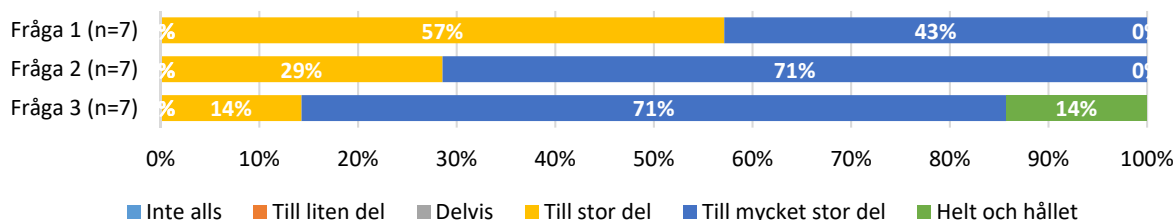
NNS Indikatorer för finansiell samordning är ett instrument som Samordningsförbund använder för att bedöma egen verksamhetsutveckling över tid, möjliggöra jämförelser mellan förbund samt ge förbund och de ingående parterna ett stöd att förbättra samordningen av arbetslivsrehabiliterande insatser. I följande dokument finns en sammanställning för indikatorerna besvarade av styrelse, beredning och personal i samverkansinsats för samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud. Mättillfället var i oktober 2018 och var det första mättillfället i förbundet. Indikatorerna från vårt förbund sammanställdes och skickades in till den nationella sammanställningen "NATIONELL RAPPORT 2018 Aggregerat resultat från indikatorenkäterna".

STYRELSE

7 av 8 ledamöter svarade på följande tre indikatorer:

1. Har ni strukturer för att initiera, upprätthålla och underhålla relationer mellan inblandade aktörer?
2. Har ni en strategi för hur ni arbetar med uppföljning och utvärdering av de samordnade rehabiliteringsinsatserna?
3. Använder ni uppföljning och utvärdering som underlag för att utveckla de samordnade rehabiliteringsinsatserna?

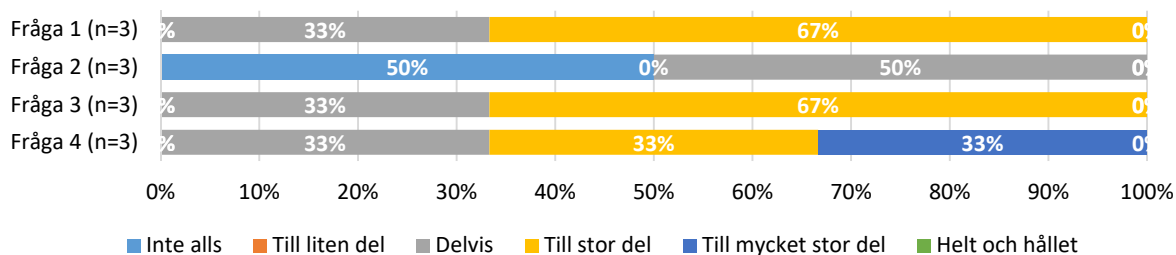
Svar på indikatorerna från Styrelsen:



BEREDNING

3 av 8 (exkl. ersättare) beredningsgruppsrepresentanter har svarat på följande indikatorer:

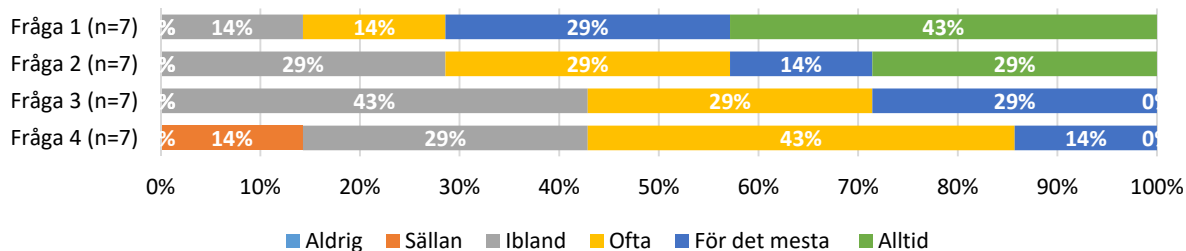
1. Tas erfarenheter, kunskaper och synpunkter från brukarorganisationer systematiskt tillvara?
2. Har ni rutiner för att samarbeta med näringsliv/civilsamhälle/ideella organisationer i arbetet när det gäller insatser för deltagarna?
3. Har ni strukturer för att initiera, upprätthålla och underhålla relationer mellan inblandade aktörer?
4. Har erfarenheter från er samverkan lett till att förebyggande insatser utvecklats?



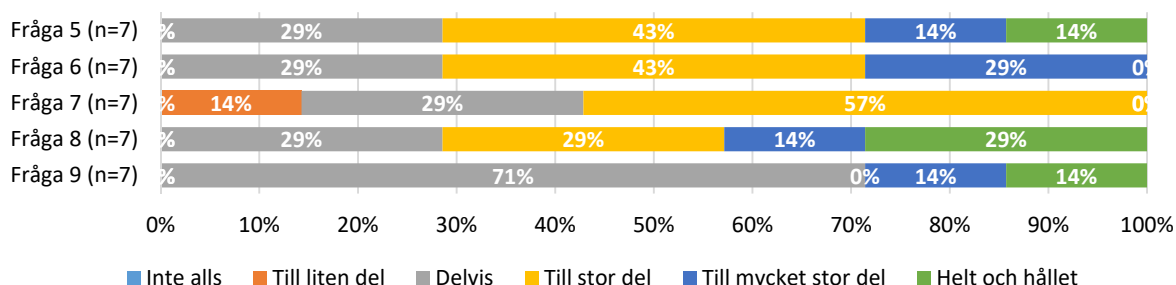
PERSONAL

7 av 7 personal har svarat på följande indikatorer:

1. Får stödet som ni ger ta den tid som behövs?
2. Finns det en tillräcklig planering för vad som ska hända efter att detta stöd upphör?
3. Upplever du att de du samverkar med hos andra myndigheter lyssnar på dig?
4. Upplever du att de du samverkar med hos andra myndigheter vet vad du kan tillföra?



5. Tas erfarenheter, kunskaper och synpunkter från deltagare systematiskt tillvara?
6. Har ni rutiner för att samarbeta med andra aktörer i arbetet när det gäller insatser för deltagarna?
7. Har ni strukturer för att initiera, upprätthålla och underhålla relationer mellan inblandade aktörer?
8. Omfattas det synsätt ni har angående människors resurser och möjligheter av alla i den samordnade insatsen?
9. Fungerar de olika arbetssätt ni har i den samordnade insatsen bra tillsammans?

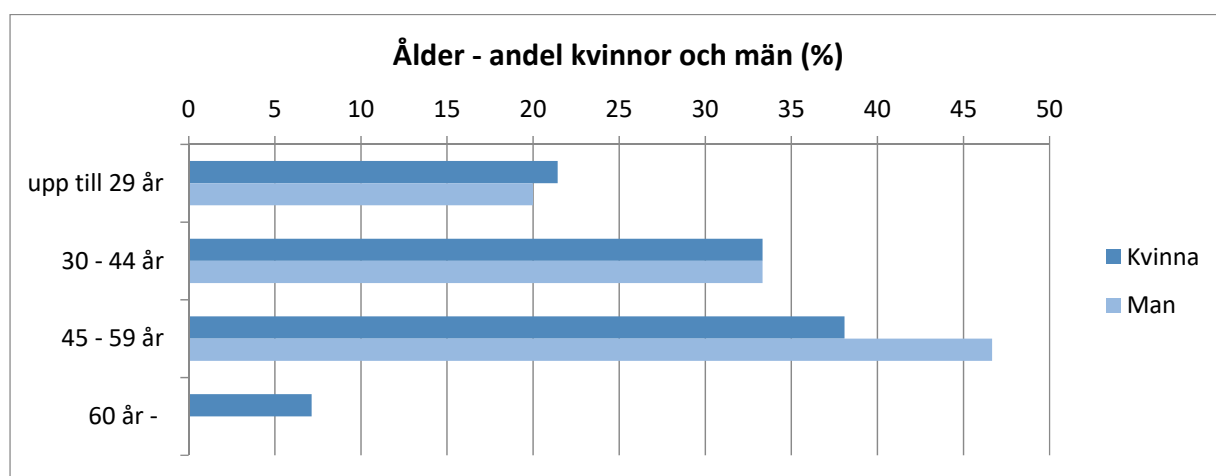


Könsuppdelad statistik 2018

För deltagare som avslutat individinriktade insatser under 2018 följer här könsuppdelade analyser. Underlaget för statistiken är de personer som registrerats med personuppgifter i SUS och som avslutats under 2018. Det är 6 personer som varit aktuella inom Arbetsintegrerande sociala företag, 26 stycken från Arbetsrehabilitering, 31 stycken från Arbetsrehabilitering utredning och 9 från Arbetsrehabilitering förrehab. Underlaget bygger alltså på 72 personer, 42 kvinnor och 30 män.

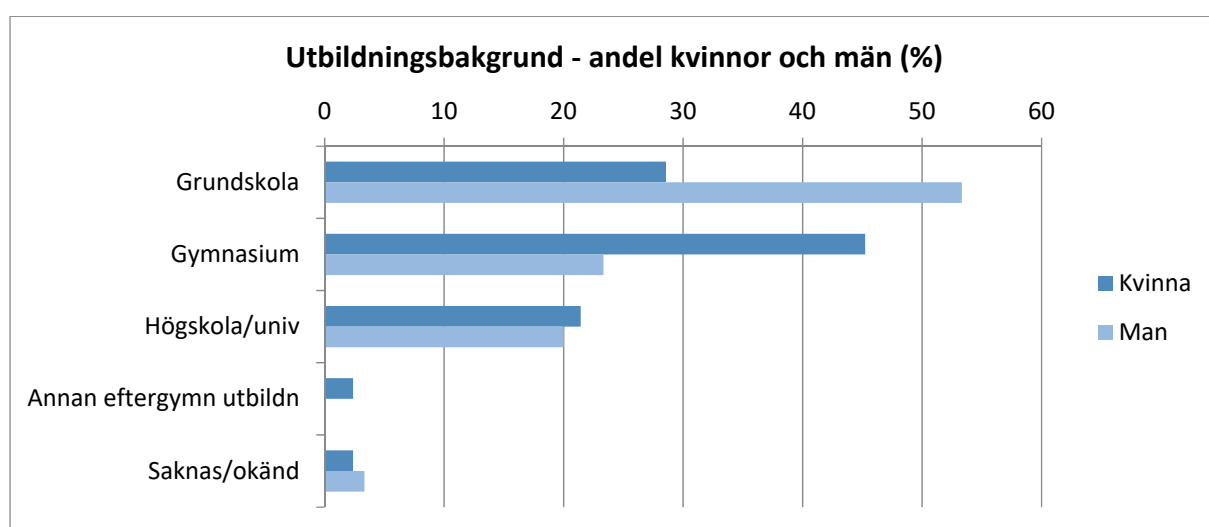
Åldersfördelning (%)

Åldersfördelningen visar att det under 2018 varit relativt jämn åldersfördelning mellan könen. Det har ändrats från föregående år då männen var överrepresenterade i de lägre åldrarna och kvinnorna i de högre.



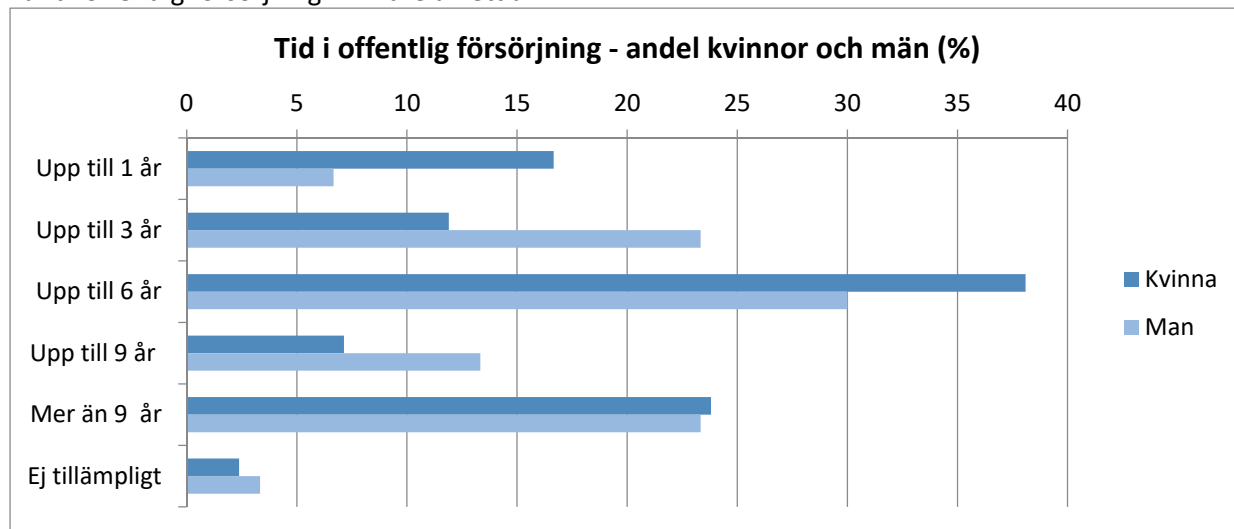
Utbildningsnivå (%)

Utbildningsbakgrunden visar att över hälften av männen har grundskola som sin högst avslutade utbildning. Nästan hälften av kvinnorna har gymnasium som sin högst avslutade utbildning. Övriga variabler är relativt lika hos könen. Föregående år var utbildningsnivån relativt lika mellan båda könen.



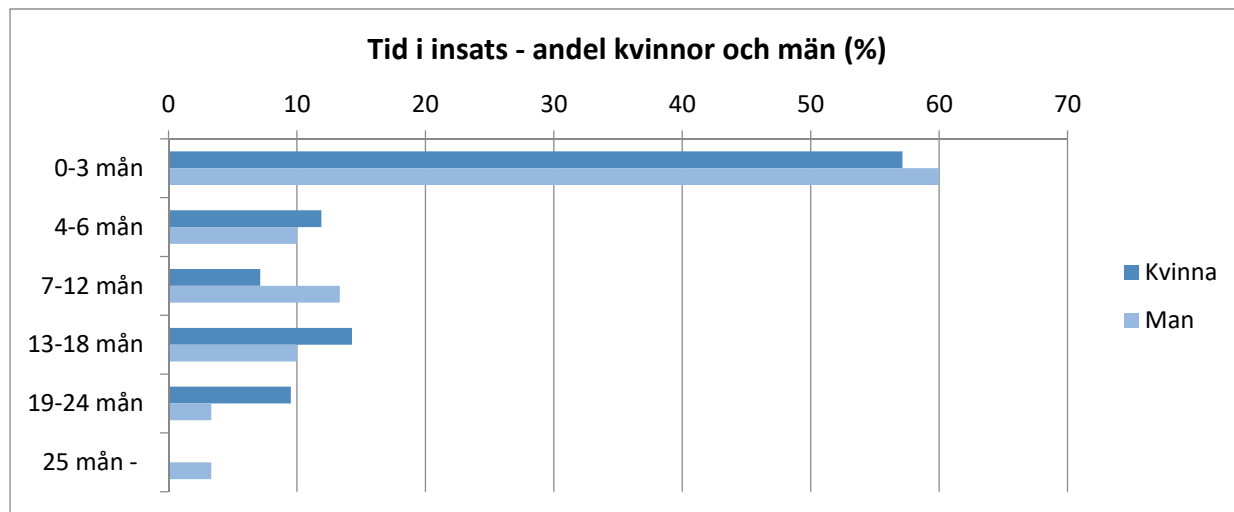
Tid i offentlig försörjning (%)

Tid i offentlig försörjning varierar i de olika spannen för män och kvinnor. Så var det även föregående år. Dock kan vi se att fler kvinnorna än män fått ta del av en samverkansinsats relativt tidigt, där de varit i offentlig försörjning i mindre än ett år.



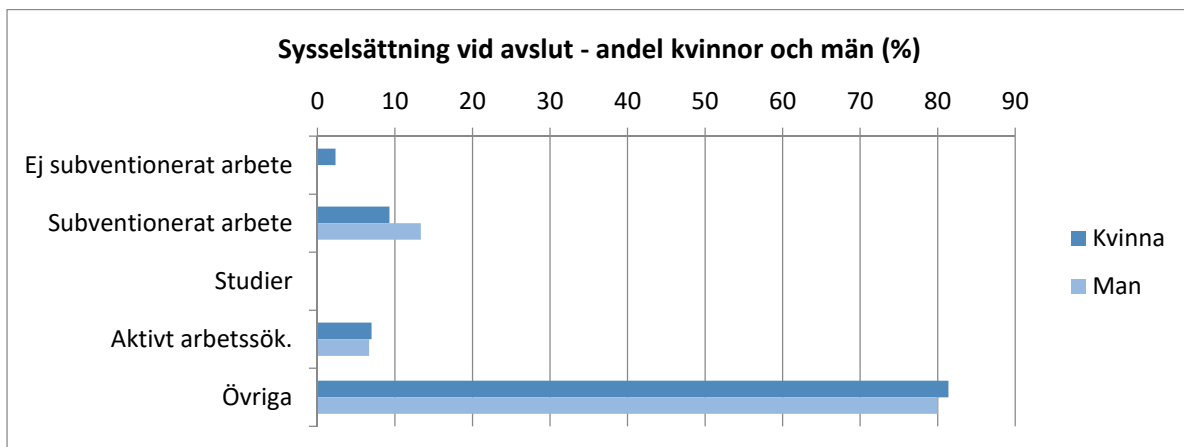
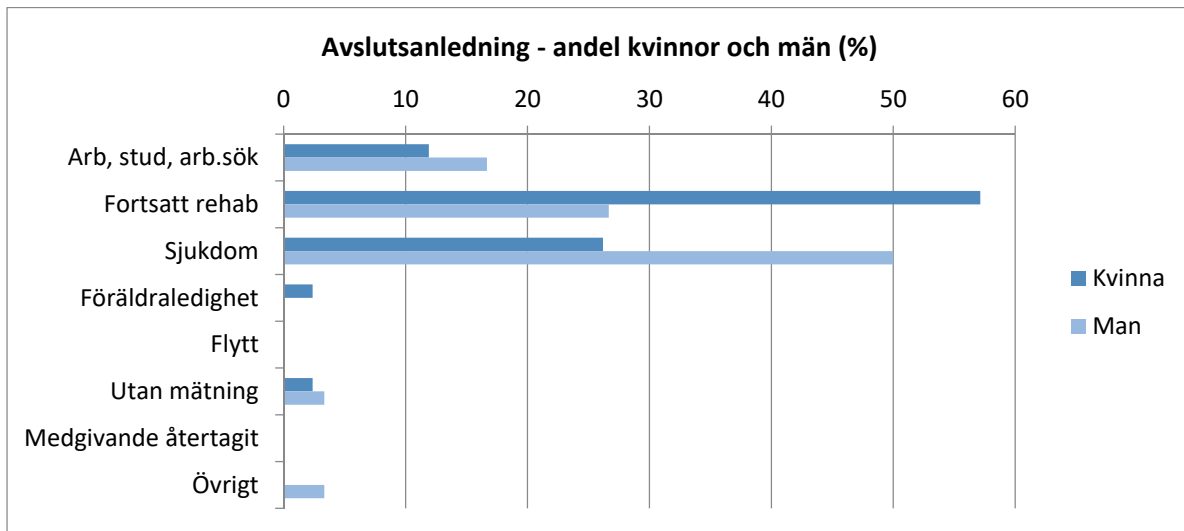
Tid i insats (%)

Att det är så stor procentandel som avslutas inom 3 månader beror på våra tidsatta insatser som Arbetsrehabteamets utredning och förrehabilitering. D.v.s. att där kan ingen analys av inskrivningstid i relation till kön göras. Tidigare år har vi sett att männen haft betydligt längre inskrivningstid i våra insatser. I år ser vi inte samma mönster, dock står några få män för de längsta inskrivningstiderna.



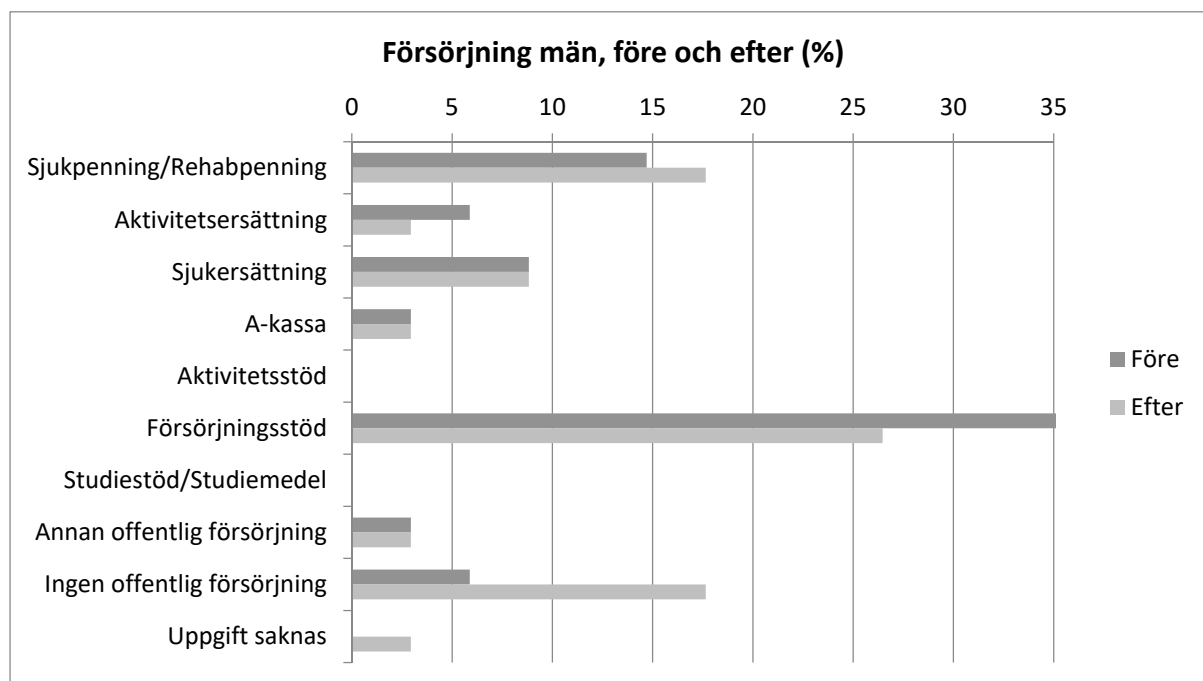
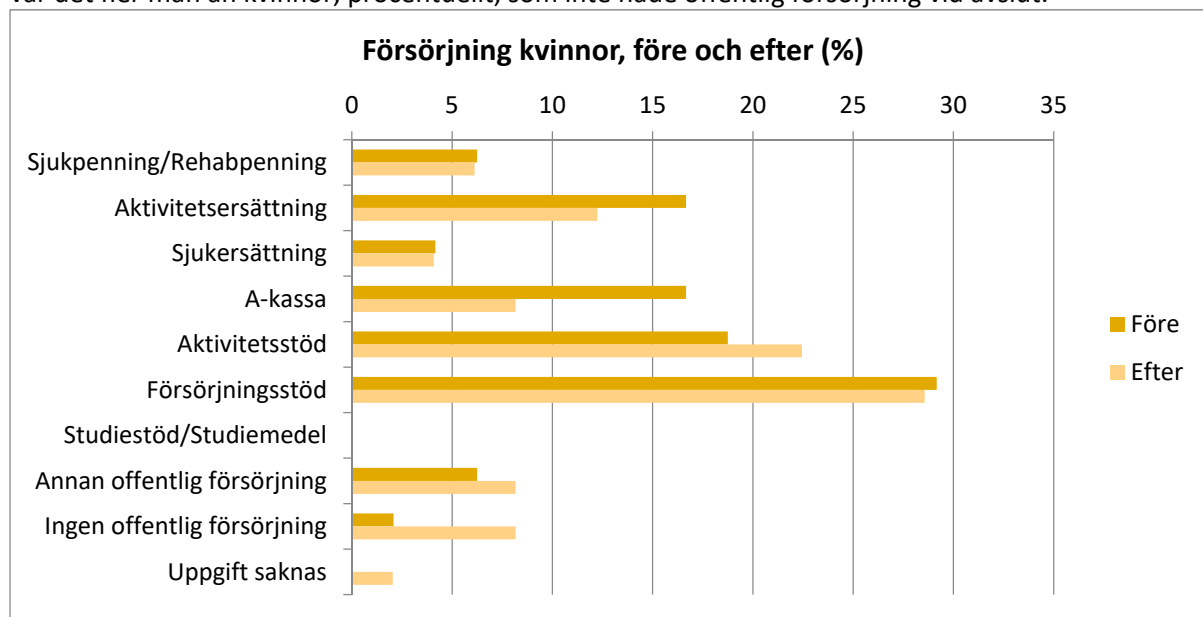
Avslutsanledning (%)

Under 2018 är männen överrepresenterade i avslut mot sjukdom medan kvinnorna är överrepresenterade i avslut mot fortsatt rehabilitering. Det innebär att män i större omfattning bedömts behöva vård före de kan påbörja en arbetslivsinriktad rehabilitering. Kvinnorna är i behov av t.ex. mer tid i rehabiliteringen eller ett fortsatt stöd som inte kan ges i samverkansinsatsen. Detta skiljer sig mot föregående år där avslutningsanledningarna var mer jämt fördelade mellan könen.



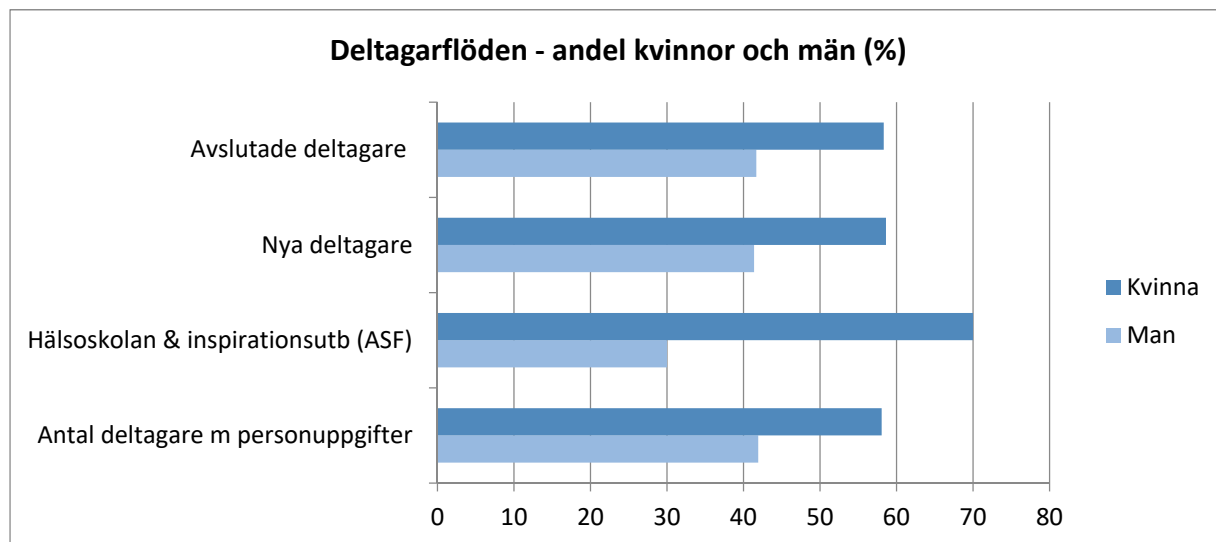
Försörjning före och efter insats

Nedan följer två diagram som visar vad kvinnor och män hade för försörjning innan och efter att de deltagit i en samverkansinsats. Vi ser att sjukpenning/rehabpenning för båda könen har en mycket liten förändring, dock har det ökat för männen. Aktivitetsersättningen har minskat hos båda könen, dock har betydligt fler kvinnor med aktivitetsersättning fått ta del av samverkansinsatser än män vilket är en skillnad från föregående år. Betydligt fler kvinnor än män med A-kassa eller aktivitetsstöd har fått ta del av en samverkansinsats, för kvinnorna har A-kassan minskat rejält men aktivitetsstödet ökat. En stor andel av deltagarna har haft försörjningsstöd när de påbörjat insatsen. För männen har det minskat till skillnad från kvinnorna. Samman mönster var det föregående år. Deltagare utan offentlig försörjning var relativt jämn vid start men betydligt större hos männen vid avslut. Även föregående år var det fler män än kvinnor, procentuellt, som inte hade offentlig försörjning vid avslut.



Deltagarflöden (%)

Under året har fler kvinnor än män fått ta del av samverkansinsats. Avslutade och nya deltagare håller samma könsfördelning procentuellt. Förra året såg vi att det var betydligt fler kvinnor än män som startade vilket fortsatt under 2018. Kvinnor är överrepresenterade i våra "pinnstatistiks-insatser" (Hälsoskolan och Inspirationsträffar).



Deltagare per insats (%)

Nedan följer en sammanställning på alla förbundets insatser och könsuppdelningen på dessa. Det vill säga insatserna som varit med i ovan statistik samt insatserna Inspirationsutbildning ASF (15st), Hikikomori (11st) och Hälsoskolan (34st) som enbart registrerats utifrån kön så inga andra uppgifter kan delges. Under året har Arbetsintegrerande sociala företag och Hälsoskolan haft en överrepresentation av kvinnor. Övriga insatser håller sig inom könsfördelningen 40%-60% dock med viss överrepresentation av kvinnor. Underlaget nedan grundar sig på totalt 132 personer.

