

PROJEKTRAPPORT ENLIGT SJÄLVVÄRDERINGSMODELLEN

FRISKARE SKINNSKATTEBERG, VERSION 2.

Deltagare – Förutsättningar

Under projektets början var det lättare att få tag på patienter då det fanns fler sjukskrivna att välja på. Volymen har successivt minskat.

Målet var att läkarna skulle fungera som rekryteringsbas, men detta fungerade inte. För att få fram grupper så tog verksamhetschefen för familjeläkarenheten fram listor på personer som skulle kunna vara föremål för gruppverksamhet och ansvarig läkare tog därefter beslut om lämpligheten. Problem fanns dock hela tiden, då läkarkåren i många fall inte ansåg att de som var sjukskrivna var lämpliga för denna typ av rehabilitering. Med anledning av detta blev det svårt att rekrytera till de olika grupperna.

Fem grupper har genomförts med totalt 16 deltagare. Ytterligare personer har kallats, men har ej påbörjat projektet.

Målgruppen har varierat. Främst är det långtidssjukskrivna som medverkat med sjukskrivningar påbörjade under 2007 alternativt innehaft sjukersättning. Fyra personer har medverkat som enbart haft korttidssjukskrivningar alternativt konsumerat mycket sjukvård.

Deltagare – Process

Deltagarna har haft ett behov av att prata om behov och kartlägga framtiden även om detta är medvetet från början. I början har de svårt att se sin egen roll som ansvarstagande för sin egen hälsa och har då svårt att tydliggöra sina behov. Detta lättades upp under insatsen. Det fungerade med skattningar och skalor där de fick lov att reflektera kring olika aspekter av deras liv.

Processen liknade ett krisförlopp:

1. Blockeringsfas där individerna inte kunde se nyttan av insatsen och skärmade av sig
2. Utvidgade sin syn, lärde sig se nyttan
3. Handlingsfas där det började hända saker, behov av flera samhällsfunktioner klargjordes och nya beteenden etablerades

Arbetet med deltagarna inleddes med introduktionssamtal, kartläggning, öppna samtal om vanor och individuella samtal. Därefter gavs föreläsningar varvat med gruppdiskussioner. Diskussionerna handlade om stress, träning, kost, ergonomi och stresshantering. Deltagarna bidrog med mycket egna reflektioner. Förmodligen skulle gruppdynamiken varit bättre om grupperna hade varit större. Då skulle handledarna kunnat köra smågrupper där deltagarna mer kunde prata med varandra istället för handledarna. Detta skulle i sin tur möjliggöra mer tid för individuella samtal.

Talförhållanden ökade under insatsen för deltagarna. De blev mer personliga och öppna med varandra. Det var särskilt tydligt från den andra veckans prat om stress där det är lätt för alla att bidra med egna erfarenheter. Samtalen var utan pretentioner och tog gärna upp aspekter om livet som arbete och livssituation. Det underlättades av att samtalen gjordes utan stress och att handledarna hade en neutral roll i förhållande till myndigheterna.

Processen avslutades med ett avstämningsmöte med inblandade myndigheter och arbetsgivare. Vissa deltagare hade lärt sig att vara mer strukturerade och förberedda på mötet. Detta kunde dock variera. Handledarna kunde dock hjälpa dem med detta genom att besvara frågor. Många hade dock knappa resurser och nästa steg kunde vara oklart. Trots detta var flertalet avstämningsmötena produktiva. Deltagarna var mer medvetna om detta vid mötet om hur de såg på sin egen rehabilitering och sina vanor jämfört med hur det var i början av insatsen.

Programmet var till en början ”spikat”, men gick till att bli mer individanpassat. Man har arbetat mycket med skalor, vilket fungerat bra.

Deltagare – Resultat

Information från SUS bekräftar att individerna upplevde att insatsen har lett till ökad livskvalité. Snittet är högre efter insatsen jämfört med före.

Enskilda fallbeskrivningar

Totalt fem grupper, 16 deltagare, har nu genomgått Friskare Skinnskatteberg 2. Resultaten ser ut enligt följande:

GRUPP 1

Deltagare	Diagnos	Projektstart	Ersättning vid ingång i projektet	Ersättning 1 månad efter	Ersättning 2008-12-01	Åtgärd 090301
Kvinna	Höftledsplastik	080520	Hel sjukpenning	Hel sjukpenning	Hel rehabiliteringspenning	Samanda
Kvinna	Lumbago ichias	080520	Hel sjukpenning	Frisk	Frisk	Frisk
Man	Impingement höger axel	080520	Hel sjukpenning	Hel sjukpenning	Hel sjukpenning	Frisk
Kvinna	Ångest	080520 Åtgärd avbruten	Halv sjukpenning	Halv sjukpenning	¼ sjukpenning	Frisk

GRUPP 2

Deltagare	Diagnos	Projektstart	Ersättning vid ingång i projektet	Ersättning 1 månad efter	Ersättning 090220	Åtgärd 090301
Kvinna	Fetma	080819	Halv sjukpenning	Halv sjukpenning	Halv sjukpenning	Medicinsk rehabilitering
Kvinna	Ångest	080819	Hel sjukpenning	Hel sjukpenning	Hel sjukpenning	Medicinsk rehabilitering
Kvinna	Okänd	080819	Hel sjukpenning	Frisk	Frisk	Frisk Tillhör annat LFC
Man	Kontusion vä axel	080819	Hel sjukpenning	Frisk	¾ sjukpenning	Medicinsk rehabilitering

GRUPP 3

Deltagare	Diagnos	Projektstart	Ersättning vid ingång i projektet	Ersättning 1 månad efter	Planerad åtgärd
Kvinna	-----	080930	Försörjningsstöd	?	Arbetsprövning via socialförvaltning
Man	-----	080930	?	?	Ev Resam

GRUPP 4

Deltagare	Diagnos	Projektstart	Ersättning vid ingång i projektet	Ersättning 1 månad efter	Planerad åtgärd
Kvinna	Utmattningssyndrom, depression	081118	Hel tidsbegränsad sjukersättning	Hel tidsbegränsad sjukersättning	Medicinsk rehabilitering
Man	Hjärnfarkt	081118	Hel sjukpenning	Frisk	Återgått i arbete
Man	Fraktur axel	081118 Avbröt efter 2 veckor och gick till arbetsträning	Hel sjukpenning	Halv sjukpenning	Åter i heltidsarbete 090301
Kvinna	Okänd	081118 Avbröt efter 3 veckor och gick till jobb	Hel sjukpenning	Frisk	Frisk

GRUPP 5

Deltagare	Diagnos	Projektstart	Ersättning vid ingång i projektet	Ersättning 1 månad efter	Planerad åtgärd
Man	Coxartros	090302	Hel sjukpenning	Hel sjukpenning	Medicinsk rehabilitering
Man	Knäartros	090302	Hel sjukpenning	Indragning av ersättning	Frisk

Det är svårt att dra några större slutsatser kring resultatet m a a få deltagare. Men trots det kan man konstatera att 14 deltagare av 16 möjliga hade en ersättning från sjukförsäkringen när de gick in i projektet, en person hade ersättning via socialförvaltning och en persons ersättning är okänd.

Av de 14 personer som hade ersättning från socialförsäkringen så är sex st friskskrivna en månad efter genomförd åtgärd. En person har minskat sin sjukskrivningsgrad från hel till halv. En person har bytt ersättningsform, från sjukpenning till rehabiliteringspenning i samband med påbörjad åtgärd i samverkansprojektet AF/FK.

Vid kontroll ett halvår efter genomförd åtgärd så uppbär enbart 2 personer någon form av ersättning via socialförsäkringssystemet. Övriga 14 personer hade ingen ersättning från försäkringskassan. Däremot är det okänt om ersättning utbetalades från någon annan myndighet.

Noteras skall att ett stort antal personer har kallats och erbjudits möjlighet att delta i ”Friskare Skinnsberg” men avböjt. Istället har man återgått i sitt arbete alternativt stå till arbetsmarknadens förfogande.

Något resultat om förändrad vårdkonsumtion är inte framtagen och kan inte redovisas.

Personal – Förutsättningar

Personalen består av både utförare (Lovén-Rolén) och beställare/rekryterare (Lena A/Stefan S). För utförarna underlättas att de har en bred kompetens på området och att den är koncentrerad till två personer. Behöver inte ta in externa konsulter och kan därför hålla gruppdynamiken intakt. Kompetensen utförarna är handlar om vikten av träning, kostmedvetenhet, beteende och livsstilsfrågor. De har också en tät dialog med varandra om gruppen och deras behov.

För beställarna behövs tid att hitta deltagare, ta vidare kontakter och samordna deltagande. Dessa insatser tar ofta tid i anspråk som det är lätt att underskatta. För att underlätta detta krävs regelbundna möten och träffar mellan läkare och de som ska utföra arbetet med gruppen. Något som hade underlättat detta arbete hade varit om hela personalgruppen varit placerad på familjeläkarmottagningen.

Personal – Arbetsätt och metoder

Utförarna utnyttjar lösningsfokuserad metodik, föreläsningar och gruppdynamiska processer för att få igång tankar hos individen och därmed växer det successivt fram handlingsplaner. Skillnaden mot ordinarie myndighet är tiden de har tillsammans med individen som i regel upptäcks har långt mer komplexa problem än vad utförarna föreställde sig vid inskrivning. I projektet får individen av utförarna en tätare och en intensivare kontakt. Projektet utvecklar en form av screening där utförarna står för att en tillförlitlig kartläggning presenteras och medvetandegörs hos individen. De hjälper till att få igång processer hos individen.

Ibland finns utrymme redan under projekttiden att både pröva och följa upp små beteendeförändringar och nya vanor. Genom att visa respekt och förståelse för individernas komplexa liv utvecklas en möjlighet till en fördjupad kontakt. Det är en fördel att utförarna är neutrala i sitt förhållande till myndigheterna.

Lösningsfokuserad metodik präglar arbets sättet i projektet. Dess struktur framförallt med skalor gör processen begriplig och enkel att använda.

För beställarna är det meningen att läkare ska kunna använda läkarintyget för att initiera och motivera deltagare att delta i insatsen. Detta har dock inte fungerat som det var tänkt utan Lena A har samlat upp inför gruppstart. Ibland brister kommunikationen mellan beställarna och utförarna om vem som startar och vem som hoppar av. Ett enkelt steg är att via dagboksanteckningarna som utförarna gör, skicka de vidare till beställarna. Dagboksanteckningar bör då innehålla reflektioner om arbetsprocessen och konkreta uppföljningar om vem som startar/avslutar. Mail skulle underlätta informationsflödet och ge Lena A och Stefan S nyttig återkoppling som även skulle underlätta utförarnas arbete och ansvarsfördelningen mellan myndigheterna. Även arbetet med handlingsplanerna kan förbättras. En idé är att utförarna kan få någon form av standardformulär som kan spridas i ett tidigt stadium till deltagarna som ett stöd för handlingsplansarbetet. En ytterligare idé är att anpassa planen efter vilken

ersättning deltagarna. Till exempel kan sjukersättningsärenden behöva ha en mer långsiktig plan och ett säkert och litet nästa steg behöver klargöras efter avstämningsmötet. Planen måste ta hänsyn till hur lång tid individen har kvar av sin tidsbegränsade sjukersättning.

Personal – Resultat

Att få projektet förankrat hos läkarna har varit svårt. Därmed har det varit svårt att få fram lämpliga kandidater till projektet. Implementeringen av projektet skulle ha gjorts på ett annat sätt så att läkarna, helt naturligt, remitterat sina patienter till projektet precis på samma sätt som man remitterar till t ex sjukgymnastik. Som det nu har varit så har läkarna ”glömt” att projektet faktiskt funnits.

Ytterligare förbättringsområden är att samtlig personal borde ha funnits i ”samma hus”.

Organisation – Förutsättningar

Ägandeskapet ska vara mer tydligt. Styrgruppträffarna har varit bra och de har utvecklats under projektets gång. Styrgruppträffarna skulle dock ha kommit igång tidigare.

Organisation – Samverkan med andra aktörer

Kontakt med handläggare på Försäkringskassan har fungerat bra, särskilt med dem som oftast kommer i kontakt med deltagarna. Internt på Försäkringskassan finns behov av att lokalisera fler potentiella ärenden, framförallt ärenden med tidsbegränsad sjukersättning.

Kontakt med övrig personal på vårdcentralen kan utvecklas vidare. Finns behov att få upp medvetande om projektet hos läkarna.

Projektet har ett behov av kontakt/marknadsföring mot lokala arbetsgivare för att ge möjligheter för de med upprepade korttidssjukskrivning att genomgå insatsen.

Det finns också ett behov av att lära sig mer om övriga samverkansinsatser. Friskare Skinnskatteberg kan starta upp processer hos individen och bör kunna parera uppkomna behov hos individen till relevanta insatser i ett nästa steg. Det måste bli en fortsättning efter avstämningsmötet och detta kan involvera andra aktörer. Försäkringskassan har ett ansvar för att samordna rehabiliteringen och bör kunna tipsa om andra insatser som kan vara aktuella och säkra kontaktvägen till andra aktörer.

Datum 091228

Stefan Svensson

Lena Alexandersson

Medbedömarens rapport – Friskare Skinnskatteberg 2 – slutrapport November 2009

Denna slutrapport för projektet Friskare Skinnskatteberg 2 lämnas med de synpunkter som inom ramen för medbedömarrollen har skapats under de snart tre år som projektet varit igång. Under den första projektomgången "Friskare Skinnskatteberg 1" arbetade jag mera som en traditionell utvärderare med att granska verksamheten genom deltagarintervjuer, samtal med projektets genomförare och enkät/intervjuundersökning med såväl läkare, utförare, som deltagare. Från och med den andra projektomgången "Friskare Skinnskatteberg 2" har jag nu ingått som en del i det kontinuerliga utvärderingsarbete som försiggått under projektiden. Det har inneburit, läsning av arbetsrapporter, besök hos projektets genomförare, deltagande i styrgruppsmöten och utvärderingsdiskussioner, samt egna reflektioner om verksamheten.

Finansiärer av verksamheten är säkerligen angelägna om att det skall kunna påvisas ett positivt resultat av de insatser som skett. Vad kan då sägas om detta vad gäller Friskare Skinnskatteberg? Först och främst skall konstateras att underlaget för projektet har tunnats ut allteftersom tiden gått. I början fanns det en stor grupp av människor som kunde hänföras till målgruppen. De resultat som nåddes under Friskare Skinnskatteberg 1 var de flesta också överens om var positiva. Det fanns konkreta exempel på människor som fick en nystart i livet och människor som tog sig an en alternativ verksamhet efter att ha genomgått de aktiviteter som erbjöds.

Friskare Skinnskatteberg 2 kom igång som planerat, men rekryteringarna till projektet visade sig problematiska. Det visade sig att det fortfarande brast i kommunikation och ansvarstagande för att slussa patienter till projektet i tid. Orsaken till detta är svår att helt och hållet klarlägga, men tydligt är i första hand att underlaget, själva målgruppen för insatserna, minskat kraftigt i omfattning efter de insatser som redan gjorts. Det är det ena. Det andra är att den öppna diskussion som måste finnas och som är själva utgångspunkten i ett samverkansprojekt av det här slaget, inte har funnits i någon större utsträckning. Internt på familjeläkarenheten har det visat sig svårt att motivera läkarna till aktiv rekrytering av patienter som lämpar sig för den här typen av insatser. Det har i sin tur inneburit att de patienter som ändå tagits fram när gruppaktiviteterna har inletts, ofta inte varit den rätta målgruppen. Det har fått till följd att gruppstorlekarna minskat mer och mer allteftersom projektet fortskridit.

Under styrgruppsmötena på senare tid har vi ofta diskuterat och jämfört de likartade insatser som även pågår i Norbergs kommun. Där är man nu tämligen långt gångna med verksamheten, men har hittills inte upplevt någon avmattning i deltagarantal. Vad är då skillnaden mellan de olika projekten? Enligt mitt sätt att se, handlar det om kultur och organisation. I Norberg finns läkarna tillsammans med sjukgymnaster och beteendevetare under samma tak och det finns väl inarbetade rutiner för samverkan och gemensamma diskussioner. Där är det många personer som bidrar med synpunkter och det förs en öppen dialog om vilka patienter som kan vara betjänta av att delta i projektet.

I Skinnskatteberg finns inte samma självklara arbetssätt. Utan att närmare ha studerat arbetssätten, så konstaterar jag att ett närmare samarbete mellan läkarna – utförarna och sjukgymnasterna måste till för att fylla grupperna med motiverade deltagare. Förutsättningen för att de personer som professionellt genomför aktiviteterna tillsammans med deltagarna ska kunna motivera till en större framtidstro, visa på en förmåga som inte fått tillfälle att utvecklas osv. är att tillräckligt antal deltagare kommer till grupperna. Att arbeta med två-tre personer som emellanåt inte dyker upp till överenskomna träffar är föga meningsfullt i längden. Trots det vikande deltagarunderlaget finns ändå något i grunden mycket positivt med satsningen och det är vad som sker med de personer som faktiskt deltar. Arbetssättet och närheten till de enskilda deltagarna skapar förtroende, trygghet och ängslan ger vika. Även om det är en relativt kort period i en människas tillvaro som ägnas åt gruppaktiviteterna i projektet, händer likväl en hel del positiva förändringar för de allra flesta.

Hur mäter man i reda pengar värdet av en minskad ångest, en ökad självtillit, en förbättrad sömn, en näringsriktigare kost, en ökad social förmåga? Om en långtidssjukskriven person får ett tillfälligt arbete, eller rent av en anställning, går värdet att räkna fram rätt precist, jämfört med sjukersättning, minskat bidrag till det allmänna i form av skatt osv. Men när det gäller de mera subtila förändringarna, så är det svårare att mäta i kronor och ören, även om de flesta håller med om de samhällsekonomiska vinsterna. Själv tror jag, efter att ha följt Friskare Skinnskatteberg under några år, att de stora vinsterna endast kan utläsas i den närmaste framtiden, när den minskade ångesten ger sig tillkänna på så sätt att

kontakterna med psykiatrin eller belastningen på anhöriga minskar, och oförmågan att uträtta produktiva sysslor försvinner. När den ökade självtilliten producerar förmågor att ta kontakter i samhället. När en förbättrad sömn stärker immunförsvaret och den näringsrikare kosten ger ett bättre allmäntillstånd med minskad belastning på sjukvården. Eller när en ökad social förmåga leder till kraft att ta kontakter med näringslivet för att ordna arbete, praktik eller tillfälligt jobb. Effekter som är svåra att mäta över tid, men som är mycket påtagliga vinster för samhället och individen själv.

Min förhoppning inför framtiden är att det även framöver kommer att satsas i olika former på den typ av verksamhet som nu bedrivits med stöd av Norra Västmanlands Samordningsförbund. De lärdomar som finns bör tas i beaktande för att forma eventuellt framtida satsningar så att de personer som det är mest angeläget att ge det här stödet också kommer ifråga. En annan viktig aspekt är, vad jag redan delvis berört, nämligen att uppvärdera det värde som finns i, utifrån sett, små framsteg och inte bara fokusera på det enkelt mätbara.

Hedemora den 30 november 2009

Erik O. Sjödin, medbedömare

Creamus AB / 070-6956946 / creamus@telia.com