

Rehabilitering av psykisk ohälsa – coachning som metod för arbetsåtergång

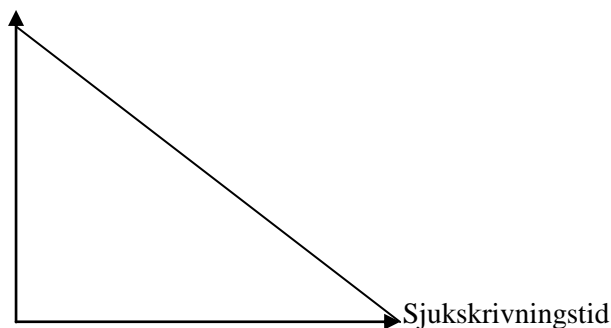
Bakgrund

Hälsa är en grundläggande resurs för prestation vare sig det är fysisk, social eller mental prestation som efterfrågas. Vid ohälsa åtgår energi antingen till att försöka återerövra hälsan eller till att hantera en ny situation som sjuk, vilket leder till brist på energi för produktivt arbete.

Återgång i arbete efter sjukskrivning är ofta en långdragen process som, beroende på sjukskrivningens längd, diagnos, individens sociala sammanhang m.fl. faktorer, har olika förlopp. Om kontakten med arbetsplatsen dessutom är bristfällig under sjukskrivningstiden bidrar också det till en svårighet att återvända till arbetslivet. I en enkel modell tänker man sig ett linjärt samband mellan klinisk status och arbetsförmåga (Figur 1). Så enkel är dock aldrig verkligheten. Senare forskning har visat att såväl omgivningsfaktorer som arbetets karaktär och sociala förhållanden spelar stor roll vid den subjektiva upplevelsen av arbetsförmåga (1).

arbetsförmåga

100%



Figur 1. Ett tänkt teoretiskt samband mellan arbetsförmåga och sjukdomstillstånd (Young 2005).

Arbetets art, innehåll, organisation och arbetsmiljön är av betydelse för de krav som arbetet ställer. Dessa krav måste matcha individens kapacitet. Vid sjukdom eller annan anledning till lägre arbetsförmåga kan en felaktig balans uppstå mellan krav och kapacitet. Åtgärder på arbetet för att modifiera kraven eller kapacitetsstärkande åtgärder för individen kan vara olika sätt att återfå balansen. Samspelet är alltid dynamiskt och en god intervention för bättre hälsa måste alltid ha denna aspekt i fokus.

Tidigare forskningsstudier (2), har visat att det finns en stor komplexitet vad gäller förklaringar till den psykiska ohälsan hos framför allt kvinnor då deras diagnoser ofta samvarierar med en multiproblematik som har att göra med deras livsvillkor såväl som livssituationen, både den nuvarande och den från tidigare i livet. Enligt SKA rapporten (3), spelar också attityder och kulturella faktorer stor roll för regionala skillnader i sjukskrivningsmönster. Vilka attityder och kulturella faktorer som är relevanta för Västmanland är dock oklart.

Inom den statliga så kallade rehabiliteringsgarantin, har regeringen förordat åtgärder baserade på kognitiv beteendeterapi (KBT) för patienter, sjukskrivna eller som riskerar bli sjukskrivna på grund av depression, oro, ångslan eller stressrelaterade besvär. Av de insatser som görs sker dock en alltför bristfällig dokumentation och utvärdering. Både förebyggande - och rehabinsatser behöver utvärderas med vetenskapliga metoder för att säkerställa dess effekter på arbetsåtergång och sjukskrivning.

I en nyligen publicerad studie från Karolinska institutet (4) har resultat från KBT behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin undersökts. Den visade att patienter som fått KBT behandling hade en signifikant sämre arbetsåtergång jämfört med individer i en kontrollgrupp som rekryterats från Försäkringskassan. Detta var både ett förvånande och oroande resultat då antagandet inom den statliga rehabiliteringsgarantin varit att KBT behandling ökar de sjukskrivnas möjligheter att återgå i arbete. Det kan finnas en rad olika orsaker till det negativa resultatet, vilka också lyfts fram i studien, som t.ex att målgrupperna (de som fick KBT och kontrollgrupp) var helt olika. Från denna rapport, men också från en systematisk kunskapssammanställning (5), framkommer i några RCT studier, att KBT behandling generellt sett inte kunnat påvisas minska tiden för arbetsåtergång bland sjukskrivna med lättare psykiska besvär jämfört med kontrollgrupp.

I Rehabiliteringsrådets slutbetänkande (SOU, 2011:15), var en av slutsatserna, att även om KBT behandling är användbar som metod för lättare till medelsvåra oros- eller depressionstillstånd så är inte minskade symptom en garanti för återgång i arbete.

Rehabiliteringsrådet har föreslagit att en effektiv rehabilitering ska inkludera fyra delar: 1. En intervention som bidrar till livsstilsförändring. 2. En metod som kan reducera stress. 3. En behandling som fokuserar såväl arbetsrelaterade som andra stressorer i livssituationen. 4. Att man i första hand bör använda sig av en handbok med likartat innehåll då arbetsrelaterade faktorer fokuseras i rehabiliteringen.

Utifrån den kunskap som genererats i dessa rapporter framstår det som viktigt och nödvändigt att i kommande interventioner i högre grad utgå från en helhetssyn och mer ta hänsyn till faktorer som belyser individens behov och hela livssituation som kan ha betydelse för dennes återgång i arbete. Det

kan därför handla om interventioner som idag inte ingår i rehabiliteringsgarantin men som kan visa på väsentliga effekter för arbetsåtergång och därför få relevans för framtida rekommendationer.

Mot denna bakgrund framstår det som särskilt angeläget att genomföra interventionsprojekt utifrån ett helhetsperspektiv med metoder som har fokus på individens behov och möjligheter inför arbetsåtergång så att ökad kunskap kan genereras om vilka faktorer som har betydelse för arbetsåtergång.

Läget i Västmanland

Av statistiken för Västmanland 2009 framgår att ohälsotalet i länet för individer med psykiskt nedsatt välbefinnande ligger något över genomsnittet för landet (Liv Hälsa 2008) och särskilt för yngre kvinnor. Det var en av anledningarna till besluten om att genomföra några pilotprojekt med coaching som metod för långtidssjukskrivna kvinnor med psykisk ohälsa och som stått utanför arbetsmarknaden under lång tid. Projekten genomfördes inom landstinget Västmanland med stöd från två av Samordningsförbunden i länet.

Resultaten från dessa två pilotprojekt visade att av de personer som deltagit i programmen (ett 100-tal) har mellan 70-75% kunnat återvända till antingen arbetslivet eller arbetsträning eller studier eller en kombination av dessa. Resultatet visade också på en för gruppen signifikant förbättrad självskattad depression, från i genomsnitt 21.3 till 16.5 i Madrs skattning. Resultatet visade också att deltagarnas självkänsla och tron på att kunna arbeta igen hade stärkts. Deras självskattade värden, både psykiskt och fysiskt hade förbättrats och motivationen för arbetsåtergång väsentligen ökat (6). Dessa resultat kan också jämföras med en tidigare studie inom Uppsala län där coaching använts som metod (7). För att öka kunskapen om coaching som metod för arbetsåtergång har därför landstinget Västmanland beslutat att ingå i ett samarbetsprojekt med Stockholms läns landsting och Västra Götalandsregionen. Syftet är att studera effekter av interventionsprojekt med olika metoder för arbetsåtergång. Den ena studien som genomförs i Stockholms län bygger på ACT (Acceptance and Commitment Therapy), medan landstinget i Västmanland genomför ett coachprojekt med utgångspunkt i ett lösningsfokuserat förhållningssätt. Västra Götaland fungerar som jämförande landsting där KBT behandling ofta används inom primärvården som en del av den ordinarie vården.

Tidigare forskning om coaching

En åtgärd som har vunnit ökat intresse inom området arbetslivsinriktad rehabilitering är coachprogram. Ett coachprogram innebär vanligtvis att en utbildad person, en coach, utses att vara en sorts vägledare till en patient och ge stöd och handledning i en psykosocialt och/ eller psykiskt ohälsosam livssituation. Dock finns idag alltför lite evidens för att bedöma effekterna av olika

coachprogram, bara ett fåtal systematiska kunskapssammanställningar har genomförts där man specifikt har haft syftet att sammanfatta vetenskapliga studier med fokus på återgång i arbete.

En av de tidiga kunskapssammanställningarna publicerades av Krause m.fl. år 1998, och omfattade studier mellan 1975 och 1997 som undersökt effekter av anpassningar på arbetsplatsen (8).

Flera av dessa anpassningsprogram var framgångsrika med avseende på återgång i arbete och vissa kunde visa på sänkta kostnader för arbetsgivare och samhälle. Programmen omfattade olika åtgärder som möjlighet till ”lättare” jobb, reducerad arbetstid, ergonomiska förbättringar, graderad återgång i arbete och ”jobb coaching”. Författarna fann, i studier av god kvalitet, att de åtgärder som hade starkast evidens när det gällde att återgå i arbete efter sjukskrivning, var att anpassa arbetet till individens behov, men också att en god kontakt mellan behandlande läkare och arbetsplatsen var effektivt. Andra viktiga faktorer med moderat evidens för effekt var ergonomisk rådgivning på arbetsplatsen och en koordinator eller coach som hjälpte till i processen med att komma tillbaka i arbete. Det finns även stöd i en artikel av Keyes et al, (9) för att koordinerad vård och coaching för att komma tillbaka till arbetet är positivt i ett relativt tidigt skede i sjukskrivningen (< 3 månader). Från ett coachprojekt i Uppsala län för långtidssjukskrivna med lättare psykiska diagnoser fann man stora skillnader mellan referens och studiegrupp för återgång i arbete (7). Dock saknas randomiserade kontrollerade studier (RCT Randomised Controlled Trials) som kan bekräfta sådana positiva effekter av coach- eller liknande studier när det gäller individer med långvarig frånvaro från arbetslivet.

Å andra sidan finns exempel på motsatsen som i en dansk RCT- studie där 1 256 personer undersöktes (60 % kvinnor), i sex kommuner och som varit sjukskrivna 21 dagar eller mer (10). Deltagarna i interventionsgruppen fick en socialmedicinsk utredning samt rådgivning i flera sessioner. Under dessa sessioner fick deltagarna kunskap om sin sjukdom och hjälp att sätta upp mål och planera för framtiden (vilket kan ses som en form av coaching). Referensgruppen fick ordinarie vård och hantering av sitt sjukärende som vanligt. Under uppföljningen som varade cirka ett år visade resultatet inte på några tydliga skillnader mellan grupperna när det gällde hur snabbt man återgick i arbete.

Sammanfattningsvis visar forskningsläget att det behövs fler studier inom området psykologiskt inriktade interventioner för att få en säkrare kunskap om metodernas effekt på arbetsåtergång och vilka faktorer som kan anses bidra till denna.

Syfte

Syftet med denna studie är: dels att öka kunskapen om vilka faktorer som har betydelse för arbetsåtergång, dels att undersöka effekterna av coaching som metod för arbetsåtergång bland

sjukskrivna personer (< 12 mån) med psykisk ohälsa (med diagnoser som oro, ångest, depression och stressrelaterade besvär).

Mål

- Att undersöka om coachning som metod har effekt på tid till arbetsåtergång jämfört med referensgrupp.
- Att minst 90% av deltagarna (100) ska ha genomgått coachprogrammet och i förekommande fall också med en behovsbeskrivning som underlag för återgång mot arbetslivet.
- Att minst 50% av dessa ska ha påbörjat arbete/utbildning alternativt ha påbörjat arbetslivsinriktade insatser.
- Att projektet ska generera kunskaper till olika myndigheter om vilka faktorer som kan antas ha avgörande betydelse för arbetsåtergång och eventuella skillnader mellan kvinnor och mäns möjligheter att återkomma tillbaka i arbete.

Design: I Västmanland genomförs en longitudinell kohortstudie med ca 100 deltagare och ca 50 personer som matchas till referensgrupp. Syftet är att studera effekterna av ett coachprogram för arbetsåtergång som sedan ska kunna jämföras med effekterna av ACT program i Stockholms län och med KBT –behandling inom ordinarie vård i Västra Götaland. Interventions- såväl som referensgrupp rekryteras från Försäkringskassan i enlighet med de kriterier som finns inom rehabiliteringsgarantin. Matchningen sker utifrån FK:s register och baseras på diagnos, ålder, och sjukskrivningstid. De som eventuellt tidigare fått behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin exkluderas i urvalet. Innan deltagarna slutligen inkluderas i studien diagnostiseras de enligt SCID (Strukturerad klinisk intervju enligt DSM-IV), utifrån screeninginstrumentet M.I.N.I (Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju) för att säkerställa att ingen psykiatrisk sjukdom förekommer.

Genom att studera effekterna av olika behandlingsmetoder i de olika landstingen där inklusionskriterierna är desamma är det vår förhoppning att öka kunskapen om vilka faktorer som möjligen kan ha betydelse för insatsernas resultat.

Metod

Mot bakgrund av bl.a. de ovan nämnda goda resultaten från tidigare pilotstudier i landstinget Västmanland (6) där coachning använts som metod för arbetsåtergång, framstår det som angeläget att pröva metodens hållbarhet också i en kontrollerad studie riktad till sjukskrivna, både män och kvinnor. Att använda coachning som metod för att öka patienters arbetsförmåga och därmed arbetsåtergång har ökat markant de senaste åren genom olika program inom olika lokala organ, som t.ex. Arbetsförmedlingen. I rapporterna saknas dock, som ovan nämnts, ofta en tydlig analys av effekterna på arbetsåtergång, vilket är önskvärt för ökad vetenskaplig utvärdering. En fördel med coachning är att

det är individens behov och möjligheter som är i fokus – vilket i sin tur innebär att modellen i sig, med sin höga grad av flexibilitet, är varierande till sin utformning även om där finns en tydlig övergripande struktur. Den största nackdelen med coachning är dock dess brist på teoretisk grund. Den gemensamma nämnaren för olika former av coachning är dess fokus på beteendeförändringar, som i denna studie handlar om en förändring i riktning mot arbetslivet. Om coachprogrammet visar sig ha effekt för arbetsåtergång hos denna grupp, bör det vara relativt lätt att sprida metoden, dels genom att kostnaderna är rimliga, dels genom att coachernas kompetens inte är alltför krävande.

Som teoretisk grund för detta coachprogram används en modifierad modell av Van der Klink (12) den s.k. tre-fasmodellen. Modellen omfattar tre faser: *krisfas*, *insiktsfas* och *rehabiliteringsfas*, och motsvarar i huvudsak de moment vi arbetat med i de tidigare pilotprojekten (6), där *arbetsförmågan* pga diagnos, sjukskrivning och livssituation karaktäriserar den första fasen. I den andra fasen handlar det om att kunna/vilja *återfå arbetsförmågan*, att stödja individen till ny insikt, att se nya möjligheter. I sista fasen är målet att komma närmare *arbetsåtergången* genom att identifiera åtgärder som behövs för att kunna återgå till arbetslivet. Här finns inslag av både KBT (Kognitiv Beteendeterapi), MI (motiverande samtal) och ett lösningsfokuserat förhållningssätt. Viktiga grundbultar är att mäta individens vilja, förmåga, motivation och egenkraft. Ett av verktygen i coachningen är det så kallade ”hälsokorset” en utvecklad modell av K. Erikssons hälsokors (13), där individens egen syn på att vara sjuk/frisk respektive att må bra/må dåligt diskuteras men också individens egen tilltro till att återfå arbetsförmågan i framtiden. Under coachprogrammet används SRS och ORS (Session Rating Scale resp. Outcome Rating Scale) (14). SRS består av 4 frågor, som mäter klientens uppfattning om relationen i mötet (respekt och förståelse), relevans gällande mål och ämnen, sättet att arbeta/metoden i mötet, och i vilken grad samtalet i allmänhet passade. Fortlöpande mätning kring klientåterkoppling har i flera studier visat sig bidra med bättre resultat (Clinical outcomes) och minskat antal dropouts jämfört med grupper där sådan mätning inte gjorts.

Genomförande (se flödesmodell bil 1)

Rekrytering av deltagare till interventions- och referensgrupp sker via Försäkringskassan (FK) utifrån uppsatta kriterier (se nedan). Intag till interventionsgrupp sker i grupper om 10 och stegvis, på så sätt, att en för projektet utsedd person inom FK först *kontaktar* presumtiva deltagare till interventionsgruppen per telefon för att ge en första information om studien. Om den presumtiva deltagaren är positiv till ett eventuellt deltagande skickar FK en inbjudan till ett *informationsmöte* samt en beskrivning av studiens upplägg. Efter ca en vecka kontaktas personen på nytt av FK med en förfrågan om personen avser att komma till informationsmötet eller ej. Vid informationsmötet, då alla deltagare i 10-gruppen som accepterat att delta på mötet, ges ytterligare information om projektet, dess syfte, innehåll och omfattning. Här presenterar sig också de som ingår i projektledningen samt den person på FK som deltagarna haft kontakt med. Efter ca 1,5 timmes information, presentation och

frågor får de som då accepterar att gå vidare skriva under ett *informerat samtycke*, där de ger sitt tillstånd till att uppgifter om dem får hämtas från FK:s register samt att resultaten från basenkäten får användas i forskningssyfte. I samband med mötet får varje deltagare som samtyckt till att delta fylla i basenkäten på plats. Enkäten är baserad på ett antal olika självskattningsinstrument: Baslinjeenkät med bakgrundsfrågor, där även självskattad hälsa och egen prognos om arbetsåtergång skattas, MADRS-SA (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale for self Assessment), EQ 5D, HAD, (Hospital Anxiety and Depression Scale), GSE (General Self-efficacy Scale), KEDS, (The Karolinska Exhaustion Disorder Scale), WAI (Work Ability Index) och AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test). Innan mötes slut får deltagaren också en tid bokad till en *intervju* hos en extern konsult, knuten till projektet, för att kartlägga individens nuläge och upplevda behov inför arbetsåtergång. I samband med intervjun genomförs även en intervju utifrån M.I.N.I, som underlag för en *psykiatrisk bedömning*, vilken görs av läkare med psykiatrisk specialistkompetens, detta för att säkerställa att ingen psykiatrisk sjukdom förekommer hos deltagaren. En viktig del av intervjun är att få en bild av nuvarande status och vilket stöd som individen upplever sig vara i behov av för sin återgång mot arbetslivet. Denna information ligger också till grund för *matchning till "rätt" coach*, dvs. till den som bedöms ha den mest adekvata kompetensen utifrån de behov och den huvudproblematik som deltagaren gett uttryck för.

Om deltagaren på informationsmötet skriftligen samtyckt till att delta och uppfyller inklusionskriterierna och det inte föreligger några av exklusionskriterierna inkluderas de i projektet och tilldelas en coach. Bedöms deltagaren inte passa in i målgruppen t.ex. på grund av missbruk eller suicidrisk sker exkludering efter överläggning i projektledningen och återremittering till kontaktpersonen på Försäkringskassan där andra rehabiliteringsinsatser diskuteras.

Utifrån deltagarnas medicinska underlag från FK bedöms att det inte finns hinder som omöjliggör förutsättningarna för arbetslivsinriktad rehabilitering. Medicinsk säkring sker via avstämningsmöte med ansvarig vårdinstans /motsvarande.

I nästa steg påbörjas själva *coachprogrammet* i och med att deltagaren fått en första kontakt med sin coach. Coachen ringer upp och bokar in deltagaren för ett första samtal där den individuella arbetsprocessen för max 6 månader planeras. Med tanke på den individuella anpassningen, kommer sålunda deltagare som återgår i arbete under programmets gång att kunna avslutas före 6 månader. För dem som eventuellt fortfarande är sjukskrivna och i behov av fortsatta rehabiliteringsåtgärder efter genomfört program, kommer ett tre/fyrpartssamtal (FK, coach, deltagare och eventuellt arbetsgivare) att genomföras med utgångspunkt i en behovsbeskrivning som i så fall ingår som en avslutande del av programmet.

Beroende på deltagarnas behov och hälsoläge anpassas arbetsmetoderna. Data som samlas in under själva coachningen är sekretessbelagd och ägs av respektive coach som tillsammans med deltagaren kommer överens om vad som eventuellt ska återföras till projektkoordinatorn. Under projektets gång samlas coacherna till projektgruppsmöten där syftet är att följa processen, dvs. i vilken grad coachningen påverkar deltagarnas möjlighet till arbetsåtergång. Projektkoordinatorn dokumenterar information från arbetsgruppsmöten i en särskild processmall, där antal coachmöten, sjukskrivningsgrad, eventuell pågående behandling samt deltagarnas upplevelse av mötena och dess värde för dem följs upp. Projektledningen avser att samla in kvantitativa data från instrumenten som ovan nämnts vid baslinjemätningen, 6 och 12 månaders mätningarna, deltagarnas skattning av mötena (ORS och SRS), sjukskrivning samt arbetsåtergång. Kvalitativa data är coachernas bedömning av framgångsfaktorer för deltagarnas arbetsåtergång, organisatoriska och individrelaterade. Då syftet med projektet är arbetsåtergång är det av väsentlig betydelse att dokumentera arbetssättet.

Efter 6 månader då coachprogrammet är genomfört är målet att deltagarna ska ha kommit närmare arbetsåtergång och/eller andra arbetslivsinriktade åtgärder. I förekommande fall, då behov av ytterligare rehabiliteringsåtgärder finns för arbetsåtergång görs en *behovsbeskrivning*. Behovsbeskrivningen ska då utgöra underlag och tjäna som stöd i dialogen med myndigheten och/eller arbetsgivaren om eventuellt tillkommande åtgärder som bedömts vara nödvändiga för arbetsåtergången. I de fall deltagaren återgår i arbete före programmets slut blir det inte aktuellt med denna behovsredovisning.

Referensgruppen lottas från FK:s register, utifrån kriterierna: diagnos, ålder, sjukskrivningstid samt att de inte tidigare deltagit i insats från rehabiliteringsgarantin. Informerat samtycke är därför inte aktuellt.

Uppföljning

Både interventions- och referensgrupp följs upp efter sex respektive 12 månader. För interventionsgruppen gäller, förutom att mäta sjukskrivningsgrad och eventuell arbetsåtergång också uppföljning av MADRS-SA, EQ 5D, KEDS, HAD, WAI, GSE och AUDIT vid båda mättillfällena. Vid 6-månaders uppföljningen delar respektive coach ut instrumenten och samlar in dem i samband med sista coachmötet. 12- månaders uppföljningen genomförs i form av en telefonkontakt.

Referensgruppen följs upp med registerdata från FK vad gäller sjukskrivningsgrad och eventuell arbetsåtergång både vid 6 – och 12 månader. Uppföljningen av SRS och ORS görs under processens gång av respektive coach. Uppföljning kommer också göras utifrån Försäkringskassans eget system för uppföljning, SUS (sektorsövergripande system för uppföljning av samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet)

Huvudsakliga utfallskriterier: (1) Grad av *sjukskrivning* i interventions- respektive referensgrupp. (2) Grad av självskattad *psykisk hälsa* i interventionsgrupp, (3) *hälsorelaterad livskvalitet* (4) Andel som kommit åter i *arbete/arbetslivsinriktade åtgärder* bland deltagare i interventions- respektive referensgrupp.

Målgrupp

Baserat på en poweranalys utifrån den totala målgruppen (ca 1200 individer inom försäkringsområdet) rekryteras ca 100 individer i åldern mellan 18-64 år till interventionsgrupp. Fokus är på yngre deltagare. *Kriterierna* för båda grupperna är: sjukskrivna mellan 4 veckor – 12 månader och med psykiska diagnoser som oro/ångest, depression och stress (enl. följande koder F32, F33, F41, F43 och F 40), inskrivna hos Försäkringskassan och med minst 50% anställning. Alla slag av medicinering är accepterat.

Exklusionskriterier interventionsgruppen: pågående missbruk enligt DSM 4, schizofreni, bi-polära syndrom, allvarlig självmordsrisk enligt M.I.N.I, kognitiva handikapp samt de som tidigare har fått behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

Rekrytering

Deltagarna rekryteras från Försäkringskassan i Västerås vars geografiska upptagningsområde, förutom Västerås, är kommunerna Köping, Arboga och Kungsör. De kontaktas först per telefon av FK:s kontaktperson om de är intresserade av att vilja delta i ett coachprogram med målet arbetsåtergång. De som uttrycker sig positiva till detta får ett missivbrev från FK med mer information om projektet. Efter ca en vecka kontaktas de igen per telefon av samma person på FK för att bekräfta om de vill komma till ett informationsmöte.

Samordning mellan studierna och lokal organisation

Projektsamverkan med SLL om ”*Varför hålla ihop de tre studierna*”.

Den lokala organisationen består av Styrgrupp och Projektledning

Styrgrupp

Styrgruppen består av sjukvårdshuvudmannen samt representanter från övriga finansiärer via Samordningsförbundet; Försäkringskassa, Arbetsförmedling och kommun samt adjungerad tjänsteman från Samordningsförbundet.

Projektgrupp

PI –

Ansvarar för studiens genomförande i enlighet med forskningsplanen och för kommunikation mellan övriga PI vad gäller forskningsfrågor.

Projektkoordinator –

Ansvarar för lokal samordning av coachstudien - logistik kring inklusionen av deltagare, kontakter med FK kring urval, ansvar för arbetsgruppsmöten och uppföljning enligt SUS.

Projektkommunikatör/assistent -

Ansvarar för kommunikationsfrågor; info till Samordningsförbund, infomaterial, webbinformation, projektdokumentation vad gäller arbetsprocessen, rapporter, praktiska frågor som rör samordning med övriga studier, kallelser och informationsmöten.

Till projektgruppen adjungeras vid behov

Extern konsult

I uppdraget ingår att medverka vid informationsmöten vid 10 tillfällen, genomföra intervjuer med ca 100 deltagare, matchningsmöten där bakgrundsdata med kontaktuppgifter till deltagare överlämnas till respektive coach samt deltagande i utvärderingsmöten.

Tidsplan

Hösten 2012

avtal klart, sedan planerings- anställnings- och pilot fas (lokalt).

2013

Januari

Lokala förberedelser

Februari

Inklusion av första två grupperna samt start av coachprogrammet

Juni -Aug

Första omgången av coachprogrammet avslutas

Augusti – september

Rekrytering och inklusion av nya grupper

Augusti

Andra omgången av coachprogrammet startar

December

Första 6-månaders uppföljningen genomförs

2014

Januari

Andra omgången av coachprogrammet avslutas

Juni

**Sista 6-månadersuppföljningen genomförs
samt första 12 –månaders uppföljningen**

2015

Januari

Sista 12 månaders uppföljningen genomförs

December

Första forskningsrapport

Januari 2016

Slutrapport

Budget

Total kostnad för projektet 2012 – 2015	3148 tkr varav
Landstinget Västmanland	2000 tkr
Samordningsförbundet Västerås	1148 tkr

Forskningsrelevans

Mer kunskap om olika behandlingsalternativ och aktiviteter för rehabilitering av individer med lättare psykisk ohälsa behövs. Samhällskostnaderna kan sannolikt minska avsevärt om vi hittar framgångsrika modeller där nya arbetssätt och metoder kan bidra till att förbättra möjligheterna till arbetsåtergång för denna grupp. Mot bakgrund av tidigare goda resultat av pilotprojektet inom Västmanland där coachning använts som metod för den aktuella målgruppen, ser vi det som värdefullt att få möjlighet att göra en kontrollerad studie i syfte att få mer evidens för nya metoder och arbetssätt.

Studien leds av en senior forskare (20%) projektkoordinator (30%) som har det dagliga ansvaret för projektarbetet inkl. samordning med myndigheter, coacher mm. Ansvaret för administration, kommunikationsplan, informationsmaterial och dokumentation och rapporter har projektkommunikatören (50%). Därutöver har projektet tillgång till forskningsstöd för datainsamling, frågeformulär, analys samt uppföljning (20%) genom sin hemvist inom Kompetenscentrum för hälsa. Genomförande av intervjuer utförs av extern konsult med beteendevetenskaplig kompetens och mångårig erfarenhet av den aktuella målgruppen.

Referenser

1. Young AE. A developmental conceptualization of return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005;15(4):557-68.
2. Falkdal AH. Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete. Viktiga faktorer för tidig bedömning. (Sick-listed persons resources and obstacles for return to work. Factors of importance for early assessment). In Swedish. Umeå: University of Umeå; 2005.
3. Palmer E, (redaktör). SKA projektet: Sjukförsäkring, Kultur och Attityder – Fyra aktörers perspektiv. Stockholm: Försäkringskassan (http://www.forsakringskassan.se/press/aktuellt/ska_projektet/); 2006.
4. Karolinska I. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa - Delrapport II. . Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
5. Holm L, Torgen M, Hansson A-S, Runeson R, Josephson M, Helgesson M, et al. Return to Work after Sick Leave for Musculoskeletal and Mild Mental Ill-health. A Scientific Systematic Literature Review Valid for Effects of Interventions, Rehabilitation and Exposures in Work Life. In Swedish. *Work and Health*. 2010;44(3).
6. Hansson A-S. Kvinnocoachprojekt vid Hälsocenter Fagersta, Slutrapport Västerås: Kompetenscenter för Hälsa, Landstinget Västmanland; 2011.
7. Hansson A-S, Lytsy P, Anderzén I. Restart - return to work after long-term sickness absence from work. A quasi-experimental study. Uppsala: Department of Public Health and Caring Sciences, Section for Social Medicine, Uppsala University, Uppsala, Sweden.; 2010.
8. Krause, N., et al., 1998. Modified work and return to work: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8 (2), 113-139
9. Franche RL. Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabilitation*. 2005;15(4):607-31.
10. Keyes K. Two-year health and employment outcomes among injured workers enrolled in the Washington state managed care pilot project. *Am J of Ind Med*. 2001;40(6):619-26.
11. Drews Bea. Improving motivation and goal setting for return to work in a population on sick leave: A controlled study. *Scand J Public Health*. 2007;35(1):86-94.
12. Montgomery, S and Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*. 134: 382-389.
13. Van Der Klink, J.J., et al., 2003. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: A cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med*, 60 (6), 429-37.
14. Eriksson K. Hälsans idé (The idea of health). In Swedish. Stockholm: Almquist & Wiksell; 1989.
15. Miller, S.D., and Duncn, B.L. (2004). *The outcome and Session Rating Scales: Administration and scoring manuals*. Ft.Lauderdale, FL: Author

Forskningsdesign - flödesmodell

