

Datum: 2014-11-30

SLUTRAPPORT

Projektbenämning

Coachning som rehabiliteringsmetod

Rapportförfattare

Ann-Sophie Hansson, Kompetenscentrum för hälsa,
Landstinget Västmanland
ann-sophie.hansson@ltv.se

Rapporteringen avser

2012-09-01 – 2014-11-30

Sammanfattning

Resultat

- Av de 100 deltagare, 74 kvinnor och 26 män, som inkluderades i projektet har 86 avslutat coachprogrammet. Av dem har 69 personer (80 %) vid 12 månaders uppföljningen minskat sin sjukskrivningsgrad och återgått helt eller delvis i arbete. I referensgruppen var det 78 % som minskat sin sjukskrivningsgrad.
- Det var 21 personer (24 %) som var fortsatt sjukskrivna på 100 % vid coachningens avslut, och efter 12 månader var det 16 personer (19 %). I referensgruppen var motsvarande siffror 30 respektive 22 %. Alltså något större andel sjukskrivna i referensgruppen både efter 6 och 12 månader. Samtidigt var det fler helt "friska" i referensgruppen efter 12 månader, 68 % jämfört med coachgruppen där det bara var 63 % .
- Totalt är det ett bortfall på 14 personer av olika skäl.
- Resultatet av självskattade variabler som allmän hälsa, depressionsdjup, utmattningssyndrom, ångest och hälsorelaterad livskvalitet som vid start låg sämre till än riktvärdena förbättrades markant både vid 6 och 12 månaders mätningarna till att ligga bättre än riktvärdena. Det indikerar att deltagarnas psykiska hälsa kontinuerligt förbättrats under projektet gång.
- En majoritet av de 86 deltagarna anger att coachningen inneburit en stor positiv förändring både vad gäller arbetsåtergång och livskvalitet.
- Den hälsoekonomiska rapporten visar att: samhällsbesparingarna är 80 tkr/ person jämfört med referensgruppen ca 74 tkr / person. Den hälsorelaterade livskvaliteten förbättrades signifikant.

Framgångar

- Arbetsprocessen med kartläggningssamtal, matchning till coach, själva coachningen och uppföljning har fungerat på ett strukturerat och tydligt sätt för både deltagare, coacher och ledning.
- En välfungerande samverkansmodell har utvecklats mellan projektledningen och myndigheterna.
- Arbetsättet med att skapa självhjälpsstrategier hos deltagarna samt att coachningen inte genomförts i myndighetslokaler har varit viktigt.
- Deltagarnas odelade uppskattning av att ha fått möjlighet att vara med i projektet.

Reflektioner

- Är coachning kostnadseffektiv som rehabiliteringsmetod för sjukskrivna med psykisk ohälsa?
- För vilka diagnoser lämpar den sig bäst? Och vilken är den optimala sjukskrivningstiden hos deltagare för bästa resultatet?
- En studie där också referensgruppens livskvalitet mäts över tid rekommenderas för mer evidens kring coachning som metod.

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Innehållsförteckning | 2 |
| 1. Inledning | 3 |
| II. Bakgrund..... | 3 |
| Från projekt till forskningsstudie..... | 5 |
| Tidigare forskning om coachning..... | 5 |
| Vad vi menar med coachning..... | 6 |
| Syfte | 8 |
| Mål | 8 |
| III. Rapportens upplägg och indelning | 8 |
| Modell för självvärdering..... | 8 |
| 1. Projektets förutsättningar | 9 |
| 1.1 För deltagarna..... | 9 |
| 1.2 För personalen..... | 10 |
| 1.3 För organisationen..... | 11 |
| 2. Projektets genomförande och process..... | 11 |
| 2.1 För deltagarna..... | 12 |
| 2.2 För personalen..... | 13 |
| 2.3 För organisationerna..... | 15 |
| 3. Projektets resultat och effekter | 16 |
| 3.1 För deltagarna | 16 |
| 3.1.1 Bortfallsanalys | 23 |
| 3.2 För personalen..... | 24 |
| 3.3 För organisationerna..... | 24 |
| IV. Avslutande reflektioner..... | 25 |
| Referenser | 30 |
| Bilaga 1..... | 31 |
| Bilaga 2..... | 32 |
| Bilaga 3..... | 33 |

1. Inledning

Som tidigare framhållits i delrapporterna är projektet *Coachning som rehabiliteringsmetod* en del av en större forskningsstudie, SAFARIstudien (SAMordnad Forskning kring Arbetslivsinriktade RehabiliteringsInsatser), som genomförs i samverkan mellan Stockholms läns landsting och Västra Götalandsregionen. Utgångspunkten för Västmanlands medverkan var framför allt att ohälsotalet i länet för individer med psykiskt nedsatt välbefinnande låg genomsnittligt högre än för landet i stort (och gör än), och särskilt för yngre kvinnor (Hälsa på Lika Villkor 2012). En annan faktor var de goda resultaten från tidigare pilotprojekt under 2010 – 2012 som genomförts i samverkan med Samordningsförbunden i länet och som riktades till långtidssjukskrivna kvinnor med lättare psykisk ohälsa. Av det hundratal individer som deltog, kunde mellan 70 och 75 % återvända till antingen arbetslivet, arbetsträning, studier eller en kombination av dessa. Av resultaten framgick 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. Dessa resultat kan också jämföras med en tidigare studie inom Uppsala län där coachning använts som metod [1].

Intresset för att få mer kunskaper och evidens om vilka metoder som är effektiva för rehabilitering och arbetsåtergång bland både kvinnor och män med psykisk ohälsa har varit den gemensamma nämnaren för de tre delstudierna inom samverkansprojektet SAFARI inom ramen för nätverket Rehabilitering i samverkan (Rehsam). En intention är att kunna jämföra de tre studierna med fokus på arbetsåtergång och upplevd hälsorelaterad livskvalitet. För Västmanlands del påbörjades delstudien 2012 med finansiering från både landstinget Västmanland och Samordningsförbundet Västerås.

Med ökad kunskap och evidens om de långsiktiga effekterna av coachning som rehabiliteringsmetod har förhoppningen med projektet varit att arbetsåtergången ska underlättas för individer med psykisk ohälsa. Inom projektets ram har också de hälsoekonomiska effekterna utvärderats. Projektet har beviljats medel om totalt 2 miljoner kronor från sjukskrivningsmiljarden inom landstinget Västmanland och med 1148 tkr från Samordningsförbundet Västerås under perioden 2012 - 2014.

Forskningsläget visar att det behövs fler studier generellt om interventioner inom området psykisk ohälsa och särskilt vad gäller metoder som coachning/vägledning för att få en säkrare kunskap om dess effekt på arbetsåtergång och hälsorelaterade faktorer.

II. 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, det vill säga, som sjuk respektive frisk och arbetsförmåga. 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 [2].

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 arbetsplatsen 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 [3], har visat att det finns en stor komplexitet vad gäller förklaringar till den psykiska ohälsan hos framför allt kvinnor. Det beror på att deras diagnoser ofta samvarierar med en multiproblematik som har att göra med deras totala livssituation, både den nuvarande och den tidigare i livet. Enligt SKA-rapporten [4], spelar också attityder och kulturella faktorer stor roll för regionala skillnader i sjukskrivningsmönster.

Inom den statliga så kallade rehabiliteringsgarantin, förordade den dåvarande regeringen åtgärder baserade på kognitiv beteendeterapi (KBT) för patienter, sjukskrivna eller som riskerar att bli sjukskrivna på grund av depression, oro, ångslan eller stressrelaterade besvär. Utvärderingen av rehabiliteringsgarantin visade att KBT inte alltid ger önskad effekt på sjukskrivningsgraden. Olika förklaringar till det är till exempel att patienter som sjukskrivs på grund av lättare psykisk ohälsa inte alltid diagnostiserats på ett lika strukturerat sätt som vid forskningsstudier. Det är troligt att det fanns en samsjuklighet med annan psykisk sjukdom som inte var diagnostiserad eller noterad i sjukskrivningsintygen som låg till grund för utvärderingen av rehabiliteringsgarantin. En annan orsak kan vara att de KBT-insatser som getts faktiskt inte har haft någon effekt på arbetsåtergång vid depression, ångest och stressrelaterad psykisk ohälsa. Nyligen gjordes en sammanställning av studier för olika behandlingar vid lättare psykisk ohälsa och arbetsåtergång [5]. Resultatet av denna sammanställning visade att det saknas evidens för att sedvanlig KBT skulle påverka arbetsåtergång.

Enligt Rehabiliteringsrådets slutbetänkande [6], 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 föreslog därför 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.

Rehabiliteringsrådet framhåller därför att det är viktigt och nödvändigt att i kommande interventioner utgå från en helhetssyn och i högre grad ta hänsyn till faktorer som belyser individens behov och hela livssituation som kan ha betydelse för dennes återgång i arbete. De menar att det därför kan handla om interventioner som hittills inte ingått i rehabiliteringsgarantin men som kan visa på väsentliga effekter för arbetsåtergång och därför kan komma att ingå i framtida rekommendationer. Rådet menar också att av de insatser som görs sker en alltför bristfällig dokumentation och utvärdering. Både förebyggande - och rehabinsatser behöver utvärderas med vetenskapliga metoder för att säkerställa dess effekter på arbetsåtergång och sjukskrivning.

Från projekt till forskningsstudie

Mot denna bakgrund framstår det som särskilt angeläget att nya interventionsprojekt som riktar sig till personer med psykisk ohälsa har ett helhetsperspektiv med metoder som har fokus på individens totala livssituation och där behov och möjligheter inför arbetsåtergång kan identifieras, dokumenteras och vetenskapligt följas upp. I landstinget Västmanland har de positiva erfarenheterna från de tidigare coachprojekten lett till att vi velat vetenskapligt utveckla konceptet med coachning som metod för arbetsåtergång. Denna möjlighet fick vi genom att delta i ett fortsatt samverkansprojekt inom Rehsamnätverket. Vårt coachprojekt i Västmanland är baserat på ett motivations- mål och lösningsinriktat förhållningssätt vilket också är helt i linje med de ovan beskrivna rekommendationerna från Rehabiliteringsrådet.

I den övergripande forskningsplanen för SAFARIstudien kan man läsa att: ”

SAFARIstudien är ett forskningsprojekt i samverkan mellan Stockholm läns landsting (SLL), Landstingen i Västmanland och Västra Götaland för att studera faktorer och rehabiliteringsmodeller som kan öka arbetsåtergång bland personer sjukskrivna på grund av depression, ångest och stressrelaterad psykisk ohälsa”.

I Stockholms län genomförs studien i form av olika interventioner, en baserad på Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och en som en arbetsplatsintervention (ADA). I Västra Götalandsregionen där KBT-behandling ofta används inom primärvården som en del av den ordinarie vården jämförs patienter med och utan parallell behandling med antidepressiva läkemedel.

Tidigare forskning om coachning

En åtgärd som har vunnit ökat intresse inom området arbetslivsinriktad rehabilitering är individanpassade program där individen får vägledning av en personlig coach/handledare. Ett sådant program innebär vanligtvis att en professionellt utbildad person ger stöd och handledning till en patient/klient i en psykosocialt och/ eller psykiskt ohälsosam livssituation. Dock finns alltför lite evidens för att bedöma effekterna av sådana program. Bara ett fåtal systematiska kunskapsmanställningar har genomförts där man specifikt har haft syftet att sammanfatta vetenskapliga studier med fokus på återgång i arbete.

En av de tidiga kunskapsmanställningarna publicerades av Krause m.fl., och omfattade studier mellan 1975 och 1997 som undersökt effekter av anpassningar på arbetsplatsen [7]. 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 coachning”. 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, [8] för att koordinerad vård och coachning för att komma tillbaka till arbetet är positivt i ett relativt tidigt skede i sjukskrivningen (mindre än 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 [9].

Sammanfattningsvis visar forskningsläget att det behövs fler studier generellt om interventioner inom området psykisk ohälsa. Önskvärt är också att det görs fler randomiserade och kontrollerade studier vad gäller interventioner med till exempel coaching för att få en säkrare kunskap om dess effekt på arbetsåtergång och hälsorelaterade faktorer.

Att göra en randomiserad kontrollerad studie är dock resurskrävande. Man får därför ibland nöja sig med en observationsstudie. I en sådan studie följs en eller flera grupper under en period och projektledaren registrerar vad som händer med individerna i gruppen. Kontrollerade observationsstudier har högst kvalitet där det finns en grupp som får en intervention och en adekvat kontroll- eller referensgrupp.

Observationsstudier görs med fördel när man vill undersöka faktorer som påverkar ett utfall, exempelvis återgång i arbete. Då handlar det oftast om att man mäter dessa faktorer i början av en sjukskrivning för att analysera i vilken mån faktorerna har någon betydelse för om personen återgår tidigare i arbete eller inte. Till exempel mäter man ofta psykosociala och fysiska arbetsfaktorer tillsammans med individuella faktorer för att undersöka och kontrollera eventuella samvariationer.

En fråga man ställer sig vid såväl randomiserade som vid observationsstudier är: I vilken omfattning är resultaten generaliserbara eller gäller de bara för den nu undersökta gruppen? Har bara kvinnor undersökts är det svårt att dra slutsatser om män. Har bara unga undersökts är det svårt att dra slutsatser om äldre. Har bara personer på en ort med stor arbetslöshet undersökts är det svårt att dra slutsatser till en ort med god arbetsmarknad och så vidare.

Vår studie har karaktär av observationsstudie där vi av resursskäl bara kunnat följa referensgruppen på registernivå, det vill säga, vi har följt deras sjukskrivningsmönster under 12 månader uppdelat på diagnoser, kön och ålder.

Vad vi menar med coaching

Coaching är ett sätt att kommunicera som främjar handling och inläring både på ett personligt och yrkesmässigt plan, genom att medvetandegöra, utmana, motivera samt att sätta upp mål. Man fokuserar på nutid och framtid och undviker så långt som möjligt ett dåtidsperspektiv. Detta skiljer coachingen från traditionell psykoterapi. Coachningens bärande tanke är att stödja förändringsprocesser, att orientera sig mot lösningar och möjligheter, snarare än att gräva ner sig i problem. Tanken är att varje människa själv har svaren men kan behöva stöd för att finna sitt bästa sätt för att nå förändring [10]. Till stor del handlar coaching om att öka individens egenmakt (eng: *empowerment*) för att nå en förändring i livet.

Det finns många olika beskrivningar av vad coaching är därför är det viktigt att vara tydlig med hur vi i vårt projekt har velat definiera begreppet. ” *Coaching är att frigöra en persons potential för att maximera dennes prestation. Det är att hjälpa personen att lära, hellre än att lära personen* ”..... (Whitmore).

Whitmores [11] definition återspeglas i International Coaching Federations (ICF) fyra principer som hävdar att en coach har fyra ansvarsområden vid samtal med klienten:

- Utforska, klargöra och arbeta med det klienten vill uppnå
- Uppmuntra klienten till egen utforskning och egna upptäckter

- Ta fram klientens egna lösningar och strategier
- Hålla klienten ansvarig för sitt eget liv.

En coach använder sig av tekniker som så långt det är möjligt undviker rådgivning. De är ”experter” på att få individen att tänka i nya banor, att stödja individen i utforskandet av sig själv medan individen är expert på sig själv.

Den gemensamma nämnaren för olika former av coachning är dess fokus på att stödja individen till att sätta upp mål och hitta egna lösningar, som i vår studie handlar om en förändring i riktning mot arbetslivet. Det är individens behov och möjligheter som är i fokus – vilket i sin tur innebär att coachningen behöver ha en hög grad av flexibilitet och variera i sin utformning även om där finns en övergripande struktur. Här finns inslag av både Kognitiv Beteendeterapi (KBT) och Motivational Interviewing (MI) med fokus på mål och lösningar.

MI är enligt Miller & Rollnick [12] en samtalsmetod som används för att öka människors inre motivation och önskan till förändring. I deras senaste bok, MI 3, beskrivs fyra grundläggande processer i MI, engagerande –fokuserande –framkallande – planerande. Centralt är dess fokus på förändring som utöver beteendeförändring handlar om förändring av tankesätt, acceptans med mera. I MI forskningen hittills har följande fyra samtalsprinciper framhållits som viktiga komponenter i metoden:

1. Att uttrycka empati och utifrån målet förstå en persons uppfattning om världen (*acceptans och respekt men inte att dela åsikt*)
2. Att utveckla diskrepans (*personen ska öka medvetenheten om ambivalensen och dess konsekvenser*)
3. Att hantera motstånd (*ändra strategi, motstånd kan också vara en drivkraft*)
4. Att inge hopp (tilltro till den egna förmågan, självkompetens).

Prochaska & DiCementes [13] har utvecklat en förändringsmodell för att illustrera processen då en person förändrar sitt beteende. Modellen kan ses som en motivationscirkel och beskriver olika faser som personen går igenom på sin väg mot förändring (omedveten, medveten/överväga, beslut/förberedelse, handling/förändring, hantering/upprätthållande).

Som teoretisk grund för vårt coachningsprogram används en modifierad modell av van der Klink [14] 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 [15], [16], där *arbetsförmågan* på grund av 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.

För att utvärdera coachningen har två validerade instrument använts [17]. Session Rating Scale (SRS), för att mäta klientens uppfattning om relationen i mötet med coachen (respekt och förståelse), relevans kring vad som tagits upp och i vilken grad samtalet i allmänhet upplevdes som värdefullt. Outcome Rating Scale (ORS), har använts för att mäta förändring i individens livssituation. Fortlöpande mätning kring klientåterkoppling (Clinical Outcomes) har i flera studier visat sig bidra med bättre resultat och minskat antal drop-outs jämfört med grupper där sådan mätning inte gjorts.

Syfte

Syftet med coachningsprojektet har varit att vetenskapligt 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). Vidare har syftet också varit att öka kunskapen om vilka hälsorelaterade faktorer som deltagarna angett som hjälpsamma för sin arbetsåtergång.

Huvudsakliga utfallskriterier som angetts är: (1) Grad av sjukskrivning i coach- respektive referensgrupp. (2) Grad av självskattad psykisk hälsa i coachgruppen under projektets gång. (3) Motivation till arbete. (4) Arbetsåtergång/arbetslivsinriktade åtgärder för coach- respektive referensgrupp.

Mål

- Att undersöka om coaching som metod har effekt på tid till arbetsåtergång jämfört med en referensgrupp.
- Att minst 90 % av deltagarna ska ha genomgått interventionsprogrammet och i förekommande fall också med en behovsbeskrivning som underlag för återgång mot arbetslivet.
- Att minst 50 % av deltagarna ska ha påbörjat arbete eller utbildning eller arbetslivsinriktade insatser efter genomfört program.
- 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.

III. Rapportens upplägg och indelning

Modell för självvärdering

Samordningsförbundet Västerås använder en modell för utvärdering och uppföljning av projekt i form av självvärdering. Den är baserad på en nio-fältsmodell som är utvecklad av professor Jan Homer vid institutionen för arbetsvetenskap vid Göteborgs universitet.

De tre syften som självvärderingen ska uppfylla är: kontroll, främjande och att vara underlag för kunskapsspridning.

Kontrollen handlar främst om att uppdragsgivaren ska kunna följa och bedöma hur utföraren genomfört uppdraget, i detta fall projektet.

Främjande handlar om att den personal som är engagerad ska kunna följa sitt arbete på ett systematiskt sätt.

Att sprida kunskap handlar om att det ska finnas dokumentation att sprida vidare och en intention att erfarenheter från projektet blir intressanta för andra aktörer att ta del av.

Självvärderingen görs dels för att Samordningsförbundets styrelse med politiker och huvudmän för de statliga finansierarna ska få en återkoppling på hur uppdraget eller projektet är utfört. Dessutom är det viktigt att berörda huvudmän på central nivå med ansvar för finansiell samordning får tillgång till självvärderingen. Och till sist ska olika intressenter på lokal nivå och en intresserad allmänhet kunna att ta del av resultaten.

Niofältsmodellen beskriver förutsättningar, genomförande och resultat och effekter för kunder och deltagare, personal och behandlare samt samverkande organisationer på ett systematiskt sätt.

För att minimera upprepningar inom respektive fält redovisar vi detta projekt med utgångspunkt i följande avsnitt: 1. Förutsättningar, 2. Process och 3. Resultat. Inom respektive avsnitt beskriver vi projektets deltagare, personal och samverkande organisationer.

1. Projektets förutsättningar

Här beskriver vi vår målgrupp, storlek, urvals- samt exklusionskriterier, hur deltagarna rekryterats och vad som kännetecknar dem och deras upplevda behov. Här beskriver vi också hur vi rekryterat personalen, deras sammansättning och kompetens och hur det förändrats över tid. Förutsättningarna ur ett organisationsperspektiv beskrivs här också.

1.1 För deltagarna

Målgruppen har omfattat 100 deltagare och lika många personer i en referensgrupp. En förutsättning för att kunna delta var att personen uppfyllt inklusionskriterierna men inte några av exklusionskriterierna (se nedan). En annan förutsättning var frivilligheten, det vill säga, att deltagaren lämnat sitt skriftliga samtycke till att delta.

Försäkringskassan (FK) har rekryterat såväl interventions- som referensgrupperna. Matchningen till respektive grupp har skett utifrån FK:s register och baserats på diagnos, ålder, och sjukskrivningstid.

En person på FK har plockat ut varannan person till studie- respektive referensgrupp i grupper om tio utifrån de nedan beskrivna kriterierna. I de fall någon person har avböjt att delta så har nya personer tagits ut på samma sätt ur målgruppen. FK har inte sorterat utifrån diagnoser däremot utifrån ålder så att de yngsta tagits ut först. Det betyder att deltagarna som inkluderats i de senare grupperna tenderat att vara lite äldre.

Kriterier för inklusion: Sjukskrivning mellan en och tolv månader, psykiska diagnoser såsom oro/ångest, depression och stress, inskriven hos FK (enligt koderna F32, F33, F41, F43 eller F40). Alla slag av medicinering har accepterats. Alla diagnoser som relaterat till psykiska och psykiatriska diagnoser accepterades (med undantag av exklusionskriterierna nedan). En förutsättning var också att deltagarna kunde förstå svenska språket så pass mycket att de kunde tillgodogöra sig både coachningen och resultaten av de tester och verktyg som ingått i programmet.

Exklusionskriterier: pågående missbruk, schizofreni, bipolära syndrom, allvarlig självmordsrisk, kognitiva handikapp samt de som tidigare hade fått behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

Kännetecknen hos målgruppen

Majoriteten av deltagarna har diagnoser som relaterar till utmattningsdepressioner och stress. Från det inledande kartläggningssamtalet (se punkt 2.1 och 2.2) fick vi kunskap om deltagarnas förutsättningar och behov inför coachningen.

En generell bild är att målgruppen i hög utsträckning hade en problematik som relaterar till såväl privat- som arbetslivet. Dålig självbild med överkrav eller utsatthet redan från barndomen fanns hos de flesta av deltagarna. Det var inte heller ovanligt med ett så kallat flyktbeteende, det vill säga att man flyr ifrån svårigheter som dyker upp både i privat- och

arbetslivet. Problemen i arbetslivet handlade mycket om bristande förmåga att möta hög arbetsbelastning, otydliga roller och svagt ledarskap. Det visade sig att många av deltagarna kom från skolan och vården där vi vet att många är drabbade av hög arbetsbelastning och höga krav.

Kombinationen av privata svårigheter, krav i arbetslivet och deltagarnas oförmåga att sätta gränser och ofta brist på strategier för återhämtning var huvudsakliga orsaker till utmattningsdiagnoserna och sjukskrivningen. Det var dock uppenbart att deltagarna hade väldigt liten förståelse för komplexiteten i deras totala livssituation. Vanligtvis såg man arbetssituationen som den egentliga orsaken till sin krissituation.

Deltagarna uttryckte vid det inledande samtalet följande behov som generellt nödvändiga för sin rehabilitering med att återfå hälsan och kunna återgå i arbete:

- stärka självkänslan
- kunna sätta gränser
- hantera prestationsångesten
- kunna hantera sin stress både i livssituationen och i arbetslivet.

En del hade också uttryckt behov av friskvård.

1.2 För personalen

Projektledningen har haft ansvaret för informationsmöten, kartläggning, koordination av deltagare, matchning till coach och uppföljning och forskning. Coacherna har haft hela ansvaret för interventionen under de sex månader deltagarna har varit inkluderade i projektet.

Kompetenscentrum för hälsa (KCH) har haft uppdraget att skapa en organisation för projektet. I detta uppdrag har ingått att rekrytera projektledning samt coacher med föreskriven kompetens för att matcha deltagarnas olika behov. Projektledningen, förutom projektledaren, har bestått av en projektkoordinator, en kommunikatör/assistent och en extern konsult med särskilt ansvar för det inledande kartlägningsarbetet.

Projektledningens utbildning, kompetens och erfarenheter är bland annat inom organisationspsykologi, gestaltterapi, psykosyntes, utbildningar i KBT- och ACT (Acceptance and Commitment Therapy) utbildningar. Projektledaren har stått för projektlednings- och forskningskompetens med stöd av personal från Kompetenscentrum för hälsa.

Från start rekryterades fyra coacher, en man och tre kvinnor (mellan 43 – 59 år), alla med utbildning inom och erfarenhet av arbete med målgrupper med bland annat neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Flera av coacherna är högskoleutbildade inom områden som psykoterapi, KBT och sociologi och alla med någon form av coachutbildning, några även ICC-certifierade (International Coach Certificate). Övrig kompetens är till exempel handledning, stresshantering, mental träning, psykosyntes, rehabilitering, ledarskap och mentoring, MI samt belastningsergonomi och friskvård.

Förändringar som varit aktuella i coachgruppen under projekttiden var en ersättningsrekrytering under sensvåren 2013 med anledning av att en av coacherna var tvungen att lämna projektet i augusti 2013. För att få en bättre balans i coachgruppen och för att utöka kompetensen rekryterade vi därför en manlig coach med terapeutisk inriktning. Då vi i projektledningen bedömde att det fanns behov av ytterligare en

breddning av kompetensen i gruppen rekryterades en femte coach med KBT utbildning och inriktning mot ACT i augusti 2013.

Sammanlagt bestod coachgruppen av fem coacher, två män och tre kvinnor från och med hösten 2013 och fram till dess att sista gruppen skrivits ut i maj 2014.

1.3 För organisationen

En styr- och ledningsgrupp tillsattes under hösten 2012. I styrgruppen ingick från början representanter från alla myndigheter inom Samordningsförbundet Västerås. Styrgruppen kom att förändras efter en kort tid då Socialkontor Ekonomi hoppade av då de ansåg att målgruppen i projektet inte i första hand var deras kunder.

Projektledningen bestod av en projektledare, en projektkoordinator och en kommunikatör/assistent samt den externa konsult som skulle ansvara för kartläggningsarbetet som adjungerad.

En tredje grupp var arbetsgruppen, som under ledning av projektkoordinatören haft regelbundna möten för coacherna för att följa coachningsprocessen. Projektkommunikatören har dokumenterat mötena.

Vad gäller den geografiska placeringen av projektet har hela försäkringsområdet omfattats, det vill säga Västerås och Kungsör, Arboga och Köping (KAK-området). Huvudplatsen för coachningen har dock varit i Västerås.

En viktig förutsättning för att få en väl fungerande organisation var det implementeringsarbete som berörda organisationer påbörjade redan under hösten 2012. Arbetet syftade till att i god tid förbereda för hur rutinerna och samverkan mellan projektledning och FK och mellan coacher och myndigheter på bästa sätt skulle fungera under projekttiden.

Efterhand som allt fler deltagare inkluderades i projektet ökade behovet av tillgång på lokaler framför allt i Västerås. Här kunde vi lösa det så att coacherna också fick använda olika konferensrum på Melkerhuset för sina samtal. I Köping fanns tillgång till landstingets lokaler inom sjukhusområdet samt extern lokal vid behov.

Förutsättningarna för det gemensamma arbetet i SAFARIstudien mellan Västmanlands län (VL), Stockholms läns landsting (SLL) och Västra Götalandsregionen (VGR) är reglerat i ett särskilt dokument med gemensamma kriterier för studierna. Förutsättningarna för både SLL och VGR kom dock att ändras en del i och med att deras tidsplaner försköts. Dessutom byttes några projektmedarbetare ut i SLL studien samt att några har tillkommit i VGR. I viss mån har detta påverkat samordningen mellan de olika projekten. I övrigt har inga väsentliga förändringar varit aktuella under perioden.

2. Projektets genomförande och process

I detta avsnitt beskriver vi hur de olika stegen i projektet genomförts som bygger på en flödesmodell som vi designat för genomförandet (bilaga 1). Vi beskriver också vilka aktiviteter och vilka förändringar som skett under processens gång och hur deltagarna upplevt sitt deltagande och hur det påverkat möjligheten till arbetsåtergång. Vi redovisar

även personalens och projektledningens arbetsätt och metoder redovisas, hur samverkan mellan organisationerna fungerat och vilka hinder och framgångsfaktorer som upplevts under projektiden.

Ur forskningssynpunkt är det angeläget att kunna följa förändringar under hela projektet från inkludering till avslut. Med stöd av den processkarta som vi tog fram inför start har vi kunnat följa deltagarna över tid (från kris- till rehabiliteringsfas, se sid. 7) genom både kvantitativa och kvalitativa mått som vi dokumenterat. Det handlar om förändringar i:

- sjukskrivningsgrad
- grad av arbetsåtergång
- självskattad psykisk hälsa
- upplevelser av coachningssamtalen
- förändringar av livssituationen
- upplevelser i själva rehabiliteringsfasen till exempel inför arbetsåtergången eller andra aktiviteter.

Vi har inte dokumenterat några uppgifter som rör enskilda samtal mellan coach och deltagare. Informationen är bara tillgänglig för forskningsledningen som har, och kommer att, hantera den utifrån strikta sekretessregler.

2.1 För deltagarna

Processen för deltagaren startade i samband med *informationsmötet*. Detta möte var en viktig del i projektet för att skapa trygghet och förtroende. Vid detta möte har personerna fått såväl muntlig som skriftlig information om studien, dess omfattning, tidsplan och villkor. De har också fått möjlighet att ställa frågor till projektledningen inför sitt beslut om att delta eller inte. Mötet avslutades med att de som accepterat att delta, skriftligen fick ge sitt samtycke till deltagande och därmed också till att uppgifter om dem fick hämtas från FK:s register samt att enkätresultaten får användas i forskningssyfte. Därefter fick alla som lämnat sitt samtycke fylla i en första enkät.

Deltagaren registrerades samtidigt i Försäkringskassans system för uppföljning och samverkan (SUS). Innan mötet avslutades fick deltagaren tid till ett så kallat *kartläggningssamtal* veckan efter mötet. Samtalet syftade till att få ett avstamp inför coachningen. Deltagarens behov av coachning och vilka parametrar som kunde vara hjälpsamma för dennes ökade arbetsförmåga identifierades genom att deltagaren fick berätta om sin bakgrund, uppväxt, skolgång, vägen fram till dagsläget, arbetsliv och privatliv. Samtalet avsåg också att skapa insikt, förståelse och motivation hos deltagaren för en förändring till bättre hälsa och livssituation. I samband med kartläggningssamtalet tillfrågades deltagarna om vi fick informera deras arbetsgivare om projektet. Endast ett fåtal deltagare var negativa till att vi skickade information till deras arbetsgivare.

I det tredje steget påbörjade deltagarna *coachprogrammet* i och med att coachen kontaktat dem för ett första samtal. Det skedde vanligtvis inom max två veckor efter kartläggningssamtalet. Vid detta tillfälle planerades den individuella arbetsprocessen för upp till max 6 månader. Projektets idé har varit att det är deltagaren själv som skapar sin egen process men i samverkan med coachen. Deltagaren fick kontinuerligt utvärdera samtalskontakterna med coachen genom en skriftlig skattning av samtalen. Därigenom har kvalitén på coachsamtalen också kunnat följas och bedömas.

Eftersom deltagarna hade kommit olika långt i sin rehabilitering vid inklusionstillfället varierade tiden till arbetsåtergång. En del kunde återgå till arbete före 6 månader och kunde då få fortsätta kontakterna med sin coach i upp till 6 månader om de var i behov av fortsatt stöd. För dem som eventuellt fortfarande var sjukskrivna och i behov av fortsatta rehabiliteringsåtgärder efter 6 månader, genomfördes ett tre eller fyrpartssamtal där FK, coach, deltagare och eventuellt arbetsgivare deltog. Samtalet, ett så kallat överlämningssamtal utgick från den behovsbeskrivning som coach och deltagare formulerat tillsammans i den avslutande delen av programmet.

Helt i linje med vår metod har en stor del av processen haft fokus på den så kallade insiktsfasen. Deltagaren har fått träna på att reflektera – att bli medveten om sig själv och sin situation. Vi har också kunnat följa förändringar i livssituationen hos deltagarna med stöd av självskattningar under hela processen.

Inför *avslutet efter 6 månader* har deltagaren fått fylla i en uppföljande enkät för att följa upp förändringar av hälsa och livskvalitet som eventuellt skett under själva coachprogrammet. De fick också möjlighet att ge skriftliga kommentarer om hur de upplevt coachningen.

Uppföljningen vid 12 månader har varit den sista delen i projektet och omfattat en kortare telefonintervju och en avslutande tredje enkät. Inför denna uppföljning fick deltagarna ett brev där vi påmint om projektet och beskrivit hur viktigt det är att vi får följa upp nuläget med både enkät och intervju. Till brevet bifogades även enkät samt svarskuvert. Konsulten som genomförde kartläggningssamtalet utförde också telefonintervjun. Den föregicks av ett SMS till respektive deltagare om när (dag och tid) intervjun skulle ske.

När det gäller förändringar av målgruppen kan vi se att det är flera av deltagarna i de sista tre - fyra grupperna under hösten 2013 som tycks ha haft både färre och sämre kontakter med vården, myndigheter och andra stödpersoner jämfört med dem i tidigare grupper. Antalet sjukskrivningsdagar var också fler i dessa grupper, och coacherna upplevde att det var många som behövde mer stöttning. Coacherna hade också fler kontakter med olika myndigheter under denna tid. Stödet från arbetsgivarna upplevdes också ha sviktat mer än i tidigare grupper. En del deltagare visade sig också ha behov av insatser för sina fysiska besvär, något som dock inte hade framgått initialt utifrån deras diagnoser.

2.2 För personalen

Projektledningen

I arbetet har ingått att leda och koordinera projektet, ansvara för insamlande av data och att följts upp tidsplaner och ekonomi. Dessutom har projektledningen ansvarat för att matcha deltagare till coach, att vara ett stöd till coacherna och att samverka med kontaktpersonen på FK.

Efter det att varje 10-grupp inkluderats har projektledaren och koordinatören genomfört matchningsmöten. Dessa har utformats på två olika sätt för att testa effekterna av att matcha deltagare och coach på bästa sätt. I den ena formen hade den kartläggningsansvariga konsulten gjort matchningen baserat på dels kunskaperna om coacherna, dels på behovsbeskrivningen som framkommit vid djupintervjuerna med

deltagarna. I den andra formen var det coacherna själva som bedömde vilken deltagare de var bäst lämpade att coacha utifrån sin kompetens. De fick inledningsvis en kortfattad information av konsulten om respektive deltagares uttalade behov.

Projektkoordinatorn och kommunikátören har haft månatliga arbetsgruppsmöten med coacherna. Mötena har dels syftat till att följa coachningsprocessen, att följa förändringar hos deltagarna över tid, dels har de fungerat som en form av kollegial handledning. Coacherna fått möjlighet att ta upp både framgångar och svårigheter som dykt upp under coachningen. Tankar om eventuella behov av förändringar i arbetssätt utväxlades likaså vid mötena.

En viktig del av projektledningens arbete har, förutom forskningsdelen, handlat om att utveckla en modell för samverkan med framför allt FK och den person där som valt ut deltagare till både coach- och referensgrupp. Det är en samverkan som successivt funnit sina former och där strukturen kring hur deltagarna rekryterats och inkluderats i projektet utvecklats under processens gång. Logistiken från den första informationen som deltagarna fått tills dess att de kunde påbörja programmet har varit väl koordinerad och tidsplanen för inklusionen av de tio grupperna har kunnat följas helt och hållet.

För att kunna följa upp förändringar hos deltagarna under deras tid i programmet samt för att få en långtidsuppföljning vid 12 månader har de alltså fått enkäter vid tre tillfällen.

Enkäterna har omfattat ett 80-tal validerade frågor som förutom bakgrundfrågor och självskattad arbetsförmåga (WAI, som fanns enbart i första enkäten) handlat om självskattningar av:

- hälsa (Self Rated Health; SRH)
- hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D)
- utmattningssyndrom (Karolinska Exhaustion Disorder Scale 9; KEDS)
- depressionsdjup (Madsr –S) [18]
- ångest/depression (Hospital, Anxiety and Depression Scale; HAD)
- självtillit (General Self-Efficacy Scale; GSE)
- alkoholkonsumtion (AUDIT) mätt också bara i första enkäten.

Se bilaga 2 för en mer detaljerad information om respektive instrument.

Konsultens arbete

Det så kallade kartläggningssamtalet eller screeningen, genomfördes av den konsult som var knuten till projektet. Samtalet genomfördes i form av en djupintervju med deltagaren under ca 2-2,5 timmar för att identifiera nuläget och behovet av coachning. Med stöd av kartläggningen kunde deltagaren matchas till den coach som bedömdes ha bästa möjliga kompetens för att möta deltagarens unika situation och behov.

Ett av verktygen i kartläggningen är det så kallade ”hälsokorset”. Det är en utvecklad modell av K. Eriksson [19], där individens egen syn på att vara sjuk eller frisk respektive att må bra eller må dåligt diskuteras liksom individens egen tilltro till att återfå arbetsförmågan i framtiden. Samtalet kunde också till exempel handla om hur stressrelaterade symptom uppkommer, om krav – kontroll kopplat till privat- och arbetsliv, om kropp och själ, ledarskap och medarbetarskap med mera. Vardagsperspektivet på

stressrelaterad ohälsa lyftes fram för att ge deltagaren kunskaper och insikter som en nödvändig bas för förändringstänkandet respektive förändringsbeteendet inför coachningen (starten på insiktsfasen).

Coacherna har arbetat i enlighet med de riktlinjer kring coachning som vi ovan redovisat där det centrala har varit att skapa självhjälpsstrategier hos deltagarna och för att identifiera behov och upprätta individuella mål för deltagarna. För det tredje har uppgiften varit att samordna de riktade individuella insatserna för att stödja individens möjlighet att återgå i arbete. Vi tog fram en gemensam struktur för coachningen – en manual som stöd för coachernas arbete, samtidigt som deras arbetssätt kunnat se olika ut. Detta var en viktig del i konceptet med individanpassningen.

De verktyg som dock varit tvingande för samtliga coacher är ORS och SRS (se ovan). Med ORS har vi följt upp deltagarnas upplevda välbefinnande och livssituation regelbundet under projektiden. Med SRS har deltagaren kunnat utvärdera varje samtal under processens gång, till nytta inte bara för deltagarna utan också för coacherna och hela projektet.

Coacherna startade sin process i och med sitt deltagande i de matchningsmöten som vi genomförde i samband med att grupperna inkluderats i projektet. Deras första kontakt med deltagaren har i regel varit en eller ett par veckor efter matchningsmötet. Kontakterna mellan coach och deltagare utformades individuellt utifrån deltagarnas behov. Antalet kontakter har varierat men en tumregel har varit omkring sex kontakter under behandlingstiden om sex månader. Förutom samtal har det också handlat om stöd vid möten med myndigheter och arbetsgivare. Sådana möten tenderade att bli fler mot slutet av projektet.

Som stöd i sitt arbete har coacherna också deltagit i de regelbundna arbetsgruppsmöten som projektledningen inbjudit till (se sid.13).

Förändringar i arbetsprocessen har i viss mån skett över tid genom att några av coacherna haft fler kontakter med FK mot slutet. De upplevde också ett ökat behov av stöd till några deltagare framför allt i samband med att de skulle avslutas i programmet.

Upplevelsen från coacherna är att flera av deltagarna i de senare grupperna under hösten 2013 (grupp 7-10) hade en mer komplex problematik jämfört med dem i tidigare grupper. Det blev till exempel aktuellt att mer diskutera fortsatta rehabiliteringsinsatser för dem som inte kommit åter i arbete efter sex månader i dessa grupper, jämfört med dem i de tidigare grupperna där det var färre som var fortsatt sjukskrivna vid avslut. Inför mötena med FK hade coacherna medverkat till att ta fram en behovsbeskrivning med deltagarens behov av fortsatt stöd.

2.3 För organisationerna

Genomgående under hela projektiden har det varit ett gott samarbete mellan FK och projektledningen. Rutinerna som utvecklats mellan organisationerna ser vi som en förutsättning i den samverkan som utgör en viktig del av konceptet. Det handlar om att det finns en gemensam syn på både syfte och mål.

Frågor som har kommit upp på arbetsgruppsmöten är till exempel hur en liknande arbetsmodell kan utvecklas och införas hos myndigheterna och framför allt då hos FK. Att kunna bygga vidare på de kunskaper som handläggarna redan har men där fokus läggs mer på förståelsen av individen och individens behov. Vi har också diskuterat frågor om vad som ska gälla för att bedöma behovet av coachning och vid vilken tid i sjukskrivningen det är lämpligt och för vilka diagnoser.

En annan fråga som diskuterats är behovet av överlämningsmöten. Sådana har fungerat bra i de få fall de förekommit. Alla coacher har dock inte upplevt behovet av sådana möten på samma sätt. Här har det inte funnits någon klar rutin för vid vilka tillfällen som sådana möten borde genomföras. Under processens gång har FK framfört att man gärna önskat ha fler överlämningsmöten då de ger information om att coachningen är avslutad och det finns en plan för fortsatta behov. En fördel som FK angett är att planen för fortsatta åtgärder kan stämmas av i god tid för att avgöra om den är realistisk och vilka resurser som eventuellt kan behövas för den fortsatta rehabiliteringen. FK framhåller också att det stärker personen ifråga att kunna vara med vid ett sådant samtal. Att allt kanske inte kan uppfyllas är en annan sak. FK menar att det kan finnas en skillnad i vad en person *vill* ha och vad den *behöver*.

Samverkan mellan SLL och VGR som är våra samarbetspartner i den övergripande SAFARISTUDIE, har skett via de projektledningsmöten som anordnats av SLL några gånger per termin i Stockholm. Här har vi haft tillgång till forskningsstöd inom området stress- och utmattningsrelaterade diagnoser. Mötena har också haft karaktär av kollegiala möten för oss i projektledningen där vi fått möjlighet att diskutera de olika projekten ur såväl ett process- som metodperspektiv.

3. Projektets resultat och effekter

Under detta avsnitt redovisar vi hur väl projektet har nått sitt syfte och uppsatta mål. Förändringar i sjukskrivningsgrad och andel som återgått i arbete redovisas vid 6 respektive 12 månader samt jämförelser mellan studie- och referensgrupp. Från data, baserat på de självskattade enkäterna redovisas till exempel deltagarnas upplevda förändringar avseende hälsorelaterad livskvalitet, allmän och psykisk hälsa och egen prognos för arbetsåtergång. Vi redovisar också resultat och effekter för personalen, både coacher och projektledning. Hit hör också den kunskap och de erfarenheter som har vunnits inom projektet men också inom de samverkande organisationerna. Hur arbetssätt och synsätt har påverkats hör också till resultatet.

3.1 För deltagarna

Av de 100 deltagare som inkluderades i projektet är det 14 personer som är så kallade drop-outs, varav tio kvinnor och fyra män. Fyra av dessa som varit med på informationsmötena men var inte längre sjukskrivna när programmet väl startade och föll därför bort på ett tidigt stadium. De andra tio droppade av under programmets gång av olika anledningar som finns beskrivet under rubriken bortfallsanalys nedan. Det betyder att vi haft 86 personer som deltagit i hela programmet. Målet var satt till 90 %, dvs. 90

deltagare, så något färre än målet blev resultatet för detta mål. Samtliga 86 personer har fyllt i såväl bas- som uppföljningsenkäter. Vid 12 månaders uppföljningen, som omfattat både enkät och telefonintervjuer, har 84 personer intervjuats och 72 har besvarat enkäten. Det betyder att vi kan följa totalt 72 personer helt från start till och med 12 månader, dvs. 72 %. Vid start kunde vi notera följande om deltagarna:

- Medelåldern var 42,3 år, med en spridning på mellan 25-61 år.
- Fördelningen mellan kvinnor och män var 74 respektive 26.
- Majoriteten av deltagarna hade diagnoser som relaterar till olika former av depression och stress (F32 och F43).
- Den genomsnittliga sjukskrivningstiden för de 100 deltagarna var 105 dagar vid start.
- En stor andel av individerna skattade sin arbetsförmåga (WAI) som mycket låg (25.5), där riktvärdet för en god upplevd arbetsförmåga ligger över 37.
- Självskattat djup av depression, mätt genom Madrs-S hade vid start för samtliga 100 deltagare ett genomsnittligt värde på nära 22 av 54 poäng (tabell 3), ett riktvärde som indikerar ”egentlig” depression. Bland de första sex grupperna var detta värde genomsnittligt något bättre (17,5). För de fyra sista grupperna var den genomsnittliga sjukskrivningstiden 117 dagar, vilket tillsammans med ett högre Madrs-S värde stödjer vår reflektion att de senare grupperna hade en sämre psykisk hälsa, med en djupare depression och även med en tyngre livssituation jämfört med tidigare grupper. Några av deltagarna hade också mycket höga värden på Madrs-s skalan (> 30), vilket indikerar en djupare grad av depression. Samtliga deltagare upplevde dock en god motivation för sin arbetsåtergång antingen till befintlig arbetsgivare eller till någon annan.
- För upplevd livskvalitet låg värdet vid start på 0,5, det vill säga under riktvärdet, vilket antyder att livskvaliteten vid start upplevdes som dålig.
- Som framgår av tabell 3 var även värdena för självtillit, självskattad ångest och utmattningssyndrom genomsnittligt sämre än riktvärdena vid start.

Med andra ord så bekräftade resultaten från mätningen vid start att deltagarna hade en generellt sett dålig psykisk hälsa på grund av bland annat depression och utmattningssyndrom.

Deltagarna i detta projekt har haft en högre utbildningsnivå jämfört med dem i våra tidigare projekt. Så många som 54 personer hade högskoleutbildning. Det kan säkert ha att göra med att medelåldern är relativt låg, och yngre personer har högskoleutbildning i högre utsträckning.

Samtliga deltagare hade en arbetsgivare och vi har noterat att många av deltagarna haft en anställning inom kommun eller landsting och många är lärare eller vårdutbildade. Många beskriver såväl höga krav och en hög arbetsbelastning och stress i arbetslivet som en privat påfrestande livssituation.

När det gäller *referensgruppen* har vi, som ovan nämnts, enbart följt dem på registernivå för sjukskrivning och arbetsåtergång (se tabell 2). De 100 personer som rekryterats till referensgrupp har identifierats enligt följande:

- Medelålder 40,8
- 69 kvinnor och 31 män

- Något fler med diagnosgrupp F32 (43 %) jämfört med coachgruppen där det var 34 % med den diagnosen.

Det var alltså fler med depressioner av olika slag i referensgruppen medan det i coachgruppen var fler med utmattningssyndrom. Det kan möjligen förklara att fler tackade ja i denna grupp till att delta då de hade behov av extra stöd för att kunna återgå till arbete.

Utmattningsdepression som diagnos (F43) innebär ofta en längre tids sjukskrivning, jämfört med depression (F32), vilket eventuellt också kan förklara att många i referensgruppen oftare hade en kortare sjukskrivning och därför skrevs ut fortare från FK.

Eftersom referensgruppen inte följts upp med data från enkäter kan vi bara redovisa deras förändringar vad gäller sjukskrivningsgrad, vilket vi tyvärr får tillstå är en brist i denna studie.

Tabell 1. Sjukskrivningsdata för coachgruppen vid inklusion samt vid 6 och 12 månaders uppföljning.

| | Vid inklusion | Vid 6-månader | Vid 12 månader |
|--|---------------|----------------------------|----------------------------|
| <i>Antal deltagare</i> | N=100 | N=86* (% inom parentes) | N=86* (% inom parentes) |
| <i>Sjukskrivningsgrad</i> | | | |
| 1/1 | 59 | 21 | 16 |
| ¾ | 12 | 1 | 0 |
| ½ | 22 | 10 | 8 |
| ¼ | 3 | 9 | 8 |
| <i>Totalt antal sjukskrivna</i> | 100 | 39 (45) | 32 (37) |
| Kvinnor | 74 | 27 (69) | 24 (75) |
| Män | 26 | 12 (31) | 8 (25) |
| <i>Varav antal sjukskrivna med minskad sjukskrivningsgrad</i> | | 16 (19) | 15 (17) |
| Kvinnor | | 9 (56) | 11 (73) |
| Män | | 7 (44) | 4 (27) |
| <i>Antal ej sjukskrivna</i> | | 45 (52) | 54 (63) |
| Kvinnor | | 35 (78) | 40 (74) |
| Män | | 10 (22) | 14 (26) |
| <i>Totalt antal individer med minskad sjukskrivningsgrad **</i> | | 61 (71) | 69 (80) |

* 14 individer avbröt sitt deltagande före 6-månadersuppföljningen.

** inkluderar utbildning eller andra arbetslivsriktade åtgärder som t. ex. arbetsprövning.

Resultaten som helhet visade vid uppföljningen *efter 6 månaders coachning* att:

- Sjukskrivningarna har totalt sett minskat i både coach (71 %) och i referensgrupp (63 %). Siffrorna inkluderar både de som fortfarande är sjukskrivna och de som är utskrivna från FK.
- Något fler är dock helt ”friska” efter 6 månader i referensgruppen samtidigt som sjukskrivningsgraden minskat hos fler i coachgruppen (tabell 1 och 2).
- Det finns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan män och kvinnor varken vad gäller minskad sjukskrivning eller andel som blivit helt ”friska”. Detsamma gäller för referensgruppen. Dock framgår att andelen kvinnor som blivit friska eller

minskat sin sjukskrivningsgrad var något fler procentuellt sett i referensgruppen. Inte heller i denna grupp fanns några signifikanta skillnader mellan män och kvinnor när det gäller förändringar i sjukskrivningsgrad.

- Inte heller ser vi några signifikanta skillnader i minskad sjukskrivning mellan utlandsfödda och svenskfödda deltagare i coachgruppen.
- Andelen fortsatt sjukskrivna är i båda grupperna 45 %.
- Graden av självsattad psykisk hälsa är mätt genom en samlad bedömning av olika instrument (bilaga 2). Resultaten visar att deltagarnas värden väsentligt har förbättrats på samtliga variabler (tabell 3).
- För motivation till arbete visade resultatet efter 6 månader inte på någon större förändring jämfört med vid inklusionen. De flesta är fortsatt motiverade till arbetet antingen hos sin nuvarande eller hos en annan arbetsgivare.
- För arbetsåtergång eller andra arbetslivsinriktade åtgärder visade resultatet att det var 71% i coachgruppen som helt återfått eller ökat sin arbetsförmåga genom att sjukskrivningarna minskat. Jämfört med referensgruppen var det något fler i coachgruppen som återfått arbetsförmågan helt eller delvis efter 6 månader. Skillnaderna är dock inte statistiskt säkerställda.
- Målet med att minst 50 % skulle återgå i arbete eller andra åtgärder efter 6 månader kunde vi alltså nå (71 %) med mycket god marginal.

Tabell 2. Sjukskrivningsdata för referensgruppen vid inklusion samt vid 6 och 12 månaders uppföljning.

| | Vid inklusion N = 100 | Vid 6 månader N= 99 (% inom parentes) | Vid 12 månader N=99 (% inom parentes) |
|---|----------------------------------|--|--|
| <i>Sjukskrivningsgrad</i> | | | |
| 1/1 | 59 | 30 | 22 |
| ¾ | 5 | 4 | 1 |
| ½ | 26 | 11 | 3 |
| ¼ | 9 | - | 5 |
| <i>Antal sjukskrivna</i> | 99 | 45 (45) | 31 (31) |
| Kvinnor | 69 | 28 (62) | 18 (58) |
| Män | 30 | 17 (38) | 13 (42) |
| <i>Antal sjukskrivna med minskad sjukskrivningsgrad</i> | | 9 (9) | 10 (10) |
| Kvinnor | | 5 (56) | 6 (60) |
| Män | | 4 (44) | 4 (40) |
| <i>Antal ej sjukskrivna</i> | | 54 (54) | 68 (68) |
| Kvinnor | | 40 (74) | 50 (74) |
| Män | | 14 (26) | 18 (26) |
| <i>Totalt antal individer med minskad sjukskrivningsgrad</i> | | 63 (63) | 78 (78) |

En stor andel av de 86 deltagarna som fullföljt programmet anger vid avslut efter 6 månader att coachningen inneburit en stor förändring både vad gäller arbetsåtergång och livskvalitet. Deltagarna anger att de har fått arbetslust, de vill återgå i arbete, de har fått bättre relationer och bättre stöd privat. De har fått redskap och metoder för att sätta gränser och att arbeta vidare. När det gäller deras upplevda förändringar under processen (ORS) skattar 75 % av deltagarna positiva förändringar i sin livssituation. Det kan belysas med följande citat: ” jag har fått kunskaper och verktyg för att förändra min situation och för

att långsiktigt må bra” och ” coachningen har hjälpt mig ta beslut och fokusera på rätt saker för att komma framåt och må bättre”.

Överlag har deltagarna gett uttryck för mycket positiva upplevelser av både mottagandet i samband med informationsmötet, av kartläggningssamtalet och inte minst av coachningen. Vi ser också en tydlig förbättring hos gruppen som helhet vad gäller deras skattningar av SRS. Mot slutet av coachningen skattar nästan 85 % av deltagarna samtalen med sina coacher som mycket positiva, några har till exempel uttryckt följande: ”Bra att ha någon helt utomstående att bolla frågor med”, eller ”Jag har blivit hjälpt, uppmuntrad och styrkt av att träffa en coach”. Många deltagare har framfört stor tacksamhet för att myndigheterna gör en sådan här satsning, deltagarna känner att de blir satsade på och att ”samhället bryr sig”.

Trots att några, drygt 20 %, inte återfått hälsan i en sådan omfattning att de kunnat återgå i arbete överhuvudtaget efter programmet har de sagt att de gärna vill och är motiverade att komma tillbaka i arbete

Tabell 3. Självskattad hälsa, arbetsförmåga, livskvalitet, utmattning, depression, självtillit samt ångest. Medelvärden.

| Variabel | Vid inklusion | Vid 6-månader | Vid 12 månader |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <i>Antal deltagare</i> | N=100 (% inom parentes) | N=86* (% inom parentes) | N=86* (% inom parentes) |
| <i>Allmän hälsa (SRH) Mycket god hälsa = 5</i> | 2,5 | 3.4 | 3.8 |
| <i>Arbetsförmåga (WAI) riktvärde >37</i> | 25.5 | ** | ** |
| <i>Livskvalitet (EQ5-D) riktvärde >0.7</i> | 0.5 | 0.7 | 0.8 |
| <i>Utmattningssyndrom (KEDS) riktvärde <20</i> | 29 | 19 | 16 |
| <i>Depression (Madr) riktvärde < 20</i> | 22 | 12 | 9 |
| <i>Självtillit (GSE) riktvärde >27</i> | 26 | 29 | 30 |
| <i>Ångest/depression indikator HAD Å riktvärde <10 HAD D riktvärde <8</i> | 11 8 | 7 5 | 6 4 |

* 14 dropouts

** arbetsförmåga ej mätt

Resultaten vid 12 månaders uppföljning visar att:

- Sjukskrivningarna har fortsatt minskat i båda grupperna (tabell 1 och 2). Det framgår att antalet sjukskrivna i coachgruppen minskat till 37 % från start, varav 17 % som också minskat sin sjukskrivningsgrad i någon omfattning.
- Det var 63 % som var helt utskrivna hos FK, och bara hos 20 % som det inte skett några förändringar alls under året. Jämfört med referensgruppen var det dock något fler som var fortsatt sjukskrivna i coachgruppen efter 12 månader. Å andra sidan var det fler som minskat sin sjukskrivningsgrad i coachgruppen jämfört med referensgruppen och där det hos 24 % inte skett några förändringar hos alls. Detta trots en övervikt av utmattningsdepressioner i coachgruppen där behovet av en längre tid för återhämtning inför arbetsåtergången sannolikt är större.

- Vid 12 månader bedömer vi att den självskattade psykiska hälsan förbättrats ytterligare jämfört med mätningen vid 6 månader. Samtliga värden för utmattningssyndrom, depressionsdjup, självtillit och ångest hade förbättrats väsentligt jämfört med värdena vid inklusionen. Dessa förändringar bekräftas också genom de kommentarer som deltagarna gett i samband med telefonintervjuerna vid denna uppföljning (se citaten nedan).
- Motivation till arbetsåtergång, antingen till nuvarande eller till annat arbete, har inte heller vid denna mätning markant förändrats. Deltagarna anger en generell positiv inställning till arbetsåtergång.
- Av de 86 personer som fullföljt coachprogrammet har totalt 80 % (n=69) återgått helt eller delvis i arbete eller andra arbetsinriktade åtgärder efter 12 månader (tabell 1). För referensgruppen är motsvarande siffra 78 % (tabell 2). Det är alltså en marginell och icke signifikant skillnad.

De i hög grad förbättrade värdena på depressionsdjup (MadrS-S), livskvalitet (EQ5D), ångest och depression (HAD), utmattningssyndrom (KEDS) och självtillit (GSE) och som gäller för i stort sett alla deltagare vid 12 månaders uppföljningen, indikerar att den psykiska hälsan väsentligen förbättrats över tid (tabell 3). När det gäller Madrs-S fanns det till och med några deltagare som gått från en självskattad mycket djup depression (>40 poäng) till så pass låga värden som under 10 poäng.

Eftersom vi vid denna uppföljning bara kunnat följa 72 av de 86 deltagarna har vi gjort en genomgång av de 14 personer som inte fyllt i sista enkäten för att se om det var skillnader i deras Madrs värden vid 6 månaders uppföljningen jämfört med övriga och som eventuellt kunnat påverka resultaten i en annan riktning. Det framgår då att deras Madrs vid 6 månader endast var något högre (16), jämfört med de övrigas (12) genomsnittliga värde. Därför drar vi slutsatsen att det sannolikt inte är fråga om några större skillnader som skulle kunnat påverka resultatet till det sämre vid den sista mätningen.

För utmattningssyndrom, KEDS, framgår det av tabell 3 att detta värde tydligt förbättrats över tid. Från ett värde (29), som låg väsentligt över riktvärdet (<20), till ett värde (16) som indikerar att det sannolikt inte förekommer någon utmattning längre.

För ångest och depression enligt mätning med HAD, ser vi att värdena för den genomsnittliga skattningen vid de två uppföljningarna följer samma mönster hos deltagarna.

När det gäller förändringar av självtillit, GSE, så visar även det instrumentet att det skett en viss förbättring över tid, från ett värde som låg något under riktvärdet (27) till ett värde som ligger över detta (30). Denna förbättring är värd att notera då den också kan ses i samband med de positiva förändringar vi också ser i mätningen av ORS, som handlar om förändringar i individens totala livssituation, där självtillit utgör en viktig förutsättning.

Över 80 % av deltagarna skattade initialt den hälsorelaterade livskvaliteten, EQ5D, som mycket låg på skalan (0.5). Riktvärdet för en god upplevd livskvalitet är angivet till >0,7. Värdet på indexet ökade vid uppföljningarna både för män och kvinnor. Vid 6 månader var det genomsnittligt 0.7 och vid 12 månader 0.8. Förändringarna är statistiskt signifikanta.

Vi har även mätt och följt upp den upplevda allmänna hälsan, SRH, över tid. I likhet med övriga variabler visade den på en positiv förändring hos våra deltagare. Från ett värde på 2.6 vid start (på en skala från 1-5, där 5 är bäst) till 3.4 vid 6 månaders- respektive 3.7 vid 12 månaders uppföljningen. Vi tolkar det så att deltagare mår bättre och bättre under projektets gång. Enkätresultaten samt deltagarnas egna kommentarer i samband med uppföljningarna stärker oss i uppfattningen att coachningen haft god effekt på såväl psykisk som allmän hälsa och självtillit.

I samband med att coachningen avslutades vid 6 månader fick deltagarna ge skriftliga kommentarer om hur de upplevt sitt deltagande och vid telefonintervjuerna efter 12 månader tillfrågades de om hur de upplevt att coachningen påverkat dem. Följande citat är hämtade både från de skriftliga och muntliga kommentarerna:

- *Har fått hjälp med att se alternativ, ta tag i saker, se lösningar och tips till olika tänk i livet.*
- *Jag är övertygad om att jag inte hade orkat/vågat börja jobba så tidigt som jag gjorde utan min coach. Jag hoppas att erat projekt får fortsätta! Erat stöd har varit fantastiskt!*
- *Tack för att jag fick vara med!*
- *Fått stöd i att se alternativen och välja det jag mår bäst av.*
- *Coachningen har hjälpt mig att hitta sätt att reflektera över situationer och mina egna reaktioner.*
- *Kanon bra!*
- *Coachningen har fått mig att se i vidare perspektiv på min situation.*
- *Hade önskat lite mer tid – tycker 6 månader är för lite. Annars helt nöjd!*
- *Coachningen har gjort skillnad!*
- *Fått bättre livskvalitet nu.*
- *Jag har blivit en gladare person.*
- *Har fått frågor som hjälpt mig börja tänka på vad jag tycker och hur jag gör.*
- *Hade kunnat tänka mig fler och tätare träffar.*
- *Bra stöttning kring framtiden och vad jag vill göra.*
- *Jag har fått input som startat många tankar hos mig som jag aldrig fått under samtalsterapin tidigare.*
- *Att få ihop livspusslet och ha en mer Jag-orienterad inställning till relationer och mitt eget välmående.*
- *Coachning ger en annan infallsvinkel på livssituationen vilket inte den traditionella terapin ger. Den är mer styrande gentemot en tillbakagång på befintlig arbetsplats medan coachningen är mer oberoende.*

Citaten visar genomgående att deltagarna upplevt sitt deltagande som mycket värdefullt och positivt. Det handlar om det personliga stödet och uppmuntran, om att se nya möjligheter i sin livssituation, om att reflektera över hur man fungerar och hur man ska komma vidare. Viktigt som många säger är att de genom coachningen fått verktyg för framtiden. Tydligt är också att matchningen till coacher med olika kompetens har fungerat bra, till exempel skrev någon: ”*Coachen passade mig perfekt!*”. Många skriver också att de varit mycket nöjda med sin coach och att de upplevt att deras behov varit i fokus: ...” *flexibelt att anpassa coachningen efter mina behov. Har även fått verktyg för ett långsiktigt positivt tänk*”.

Som vi nämnt i tidigare delrapporter har vi velat uppmärksamma om det föreligger skillnader i arbetsåtergång eller upplevd livskvalitet mellan de som har haft parallella samtalsstöd (dock inte behandling) under coachningen jämfört med deltagare som inte haft sådant stöd. Av tabell 4 nedan framgår att skillnaderna i arbetsåtergång för de som haft, och de som inte haft parallellt stöd är marginella och inte signifikanta. Inte heller har vi funnit några avgörande skillnader i livskvalitet. Vi finner alltså inget stöd för de funderingar som funnits om att ett parallellt stöd eventuellt skulle kunna påverka arbetsåtergången åt ena eller andra hållet. Coacherna har vid något enstaka tillfälle tagit upp att någon deltagare upplevt olika budskap från coach och annan stödperson. Uppenbarligen är det i varje fall inte så att de som haft andra samtalskontakter varken har återgått i arbete snabbare eller senare just på grund av att de haft parallella insatser.

Tabell 4. Arbetsåtergång hos deltagare utan annat parallellt stöd respektive med sådant stöd.

| Kategori deltagare N= 86 | Andel med arbetsåtergång vid 6 månaders uppföljning % | Andel med arbetsåtergång vid 12 månaders uppföljning % |
|---|---|--|
| Deltagare utan annat stöd N= 52 | 79% | 81% |
| Deltagare med andra samtalskontakter N= 34 | 68% | 76% |

3.1.1 Bortfallsanalys

Det var 14 personer som av olika skäl hoppade av eller exkluderades från projektet efter inklusionen, det vill säga efter det att de samtyckt till att delta i samband med informationsmötet. Vid en analys av skälen till bortfallet framgår att vi hade sju personer som antingen redan hade andra kontakter med psykolog, terapeut eller var på gång att få annan behandling. Några sa återbud direkt efter informationsmötet och några valde att inte fortsätta efter kartläggningssamtalet. Vi hade också en person som fått tid för psykiatrisk utredning och därför försvann efter kartläggningen.

Det var sex som försvann efter hand under pågående coachning på grund av att det blev för mycket för dem, de orkade inte. Några kom inte till mötena och avregistrerades men har vid telefonuppföljningen efter 12 månader angett att de var glada över att ha fått erbjudandet men att det var fel i tiden för dem och att de annars hade uppskattat att kunna vara med. Någon uttryckte det så här: *”jag hade enorma förväntningar på coachningen men krisen i mitt liv gjorde att det blev fel timing i livet, ni tänkte ett hopp hos mig men livet stoppade det tillfälligt.”* Några av dessa drop-outs arbetar fullt ut idag kunde vi konstatera vid telefonintervjun.

Vid uppföljningen efter 6 månader kunde vi alltså följa upp 86 deltagare och vid 12 månader kunde vi följa upp 84 av dem för telefonintervjuer (två gick inte att nå varken med brev eller telefon). Den avslutande enkäten besvarades av 72 personer, vilket betyder att vi hade ytterligare 14 personer som inte besvarade den sista enkäten trots påminnelser.

Det totala bortfallet är mellan start och ett år 28 % och det interna bortfallet mellan 6 och 12 månader är därmed 16 %. Med tanke på att bortfallet är jämt fördelat mellan män och kvinnor och inte relaterar till några mer avvikande resultat i 6 månaders uppföljningen, bedömer vi att resultaten från enkäten vid 12 månaders uppföljning är representativ för hela gruppen.

3.2 För personalen

Projektledningen

Vi tror att en av framgångsfaktorerna har varit den mycket välfungerande samverkan mellan projektledning och FK som präglat hela arbetsprocessen. Det har funnits både en förståelse för projektets syfte och mål och en värdefull support från den person som varit avdelad från FK. Ett processtänkande har präglat arbetet hos samtliga i personalen under hela projektiden. Fokus har varit på deltagarna och inte på organisationen vilket vi upplevt vara en annan av framgångsfaktorerna. Vi har kunnat följa deltagarna under deras process från start till avslut efter 6 månader. Nödvändiga förändringar har kunnat göras ganska enkelt för att underlätta coachningen både för deltagarna och för coacherna.

Coacherna

Coacherna har haft mellan 10 - 25 deltagare lite olika beroende på deras tid i projektet och deltagarnas olika behov av kompetens.

De fördelar i arbetssättet som coacherna redovisat är bland andra att coachningen inte genomförts i myndighetslokaler. Det är en vinst i att träffas i andra lokaler, som förutom lokalen på Melkerhuset också kunnat vara exempelvis på bibliotek, i gymmet eller på ett café. Som coach är man inte knuten till en myndighet vilket har både deltagare och coacher har upplevt som en framgångsfaktor.

Coachernas arbete med att stödja självhjälpsstrategier hos deltagarna har varit centralt – deltagarna har fått nya insikter och ny energi att ta tag i de problem som kanske inte tidigare varit synliga. De har blivit motiverade till att söka nya lösningar för att förändra sin situation vilket i sin tur har medfört att de kommit närmare arbetslivet och kunnat minska eller helt avsluta sin sjukskrivning.

Coacherna upplever att de blivit mer säkra i sin roll, och någon upplever att de blivit bättre på att identifiera behoven och förstå mer av sjukskrivningens orsaker. Arbetsprocessen har fungerat bra, tidsplanen har hållits och samverkan med myndigheterna, framför allt FK, har likaså fungerat utmärkt. Strukturen har satt sig, vilket i sin tur har gjort att coacherna känt sig mer effektiva. Dock finns ett behov av en förbättrad samverkan med psykiatri för ett optimalt stöd till denna målgrupp.

När det gäller resultat och effekter är det på sin plats att även här nämna arbetsgruppsmötena. Flera av coacherna har vittnat om hur värdefulla dessa möten varit, hur de har bidragit till deras egen utveckling och förståelse av vad som är hjälpsamt för deltagarna. En vinst har varit att coacherna haft olika bakgrund och kompetens att bidra med i lärandet, vilket i sin tur har medfört en utveckling av både metod och arbetssätt i coachningen.

3.3 För organisationerna

Vi har genomfört projektet i enlighet med både tidsplan och budget. Såväl inom landstinget som inom FK har en välfungerande organisation tagits fram som stöd för projektets genomförande.

Per den 30 november 2014 har projektet haft 8 styrgruppsmöten, 8 matchningsmöten, 16 arbetsgruppsmöten samt 3 processdagar.

För organisationerna är det av största vikt att vi kan göra en riktig bedömning av resultatet ur både ett hälsoekonomiskt (se bilaga 3) och ett individperspektiv. Vi kan konstatera att:

- projektet nått rätt målgrupper
- coachningmetoden har upplevts vara framgångsrik
- de samhällsekonomiska vinsterna är 80 tkr per person jämfört med referensgruppen med ca 74 tkr per person
- deltagarna skattat positiva förändringar hos dem själva efter interventionen samt att
- den hälsorelaterade livskvaliteten ökat hos deltagarna, och både bland män och kvinnor.
- samverkan med FK har fungerat över förväntan

Vi är övertygade om att det behövs en samsyn på rehabiliteringsarbetet inom organisationerna och att man kan hitta effektiva flöden som stöder arbetsåtergången. Vi har uppfattat att handläggarna på FK överlag varit positiva till projektet och fått positiv återkoppling från deltagarna.

En annan erfarenhet är att det skulle ha underlättat om coacherna haft mer kännedom om rehabiliteringskedjan så att de vetat vilka förutsättningar och vilket stöd som deltagarna har tillgång till. Det hade varit till nytta när de skulle upprätta behovsplaner för dem som inte har kunnat återgå i arbete efter coachningen slut.

För eventuellt förändrade rutiner inför framtida projekt så önskar FK att de så kallade överlämningsmötena genomförs inom ett par veckor efter avslut för alla som är fortsatt sjukskrivna efter coachningen. Det ger värdefull information till organisationen om vilka insatser som behövs inför den fortsatta rehabiliteringen.

IV. Avslutande reflektioner

De mål som angavs i projektplanen var att:

- Undersöka om coachning som metod har effekt på tid till arbetsåtergång jämfört med en referensgrupp.
- Minst 90 % av deltagarna ska ha genomgått interventionsprogrammet och i förekommande fall också med en behovsbeskrivning som underlag för återgång mot arbetslivet.
- Minst 50 % av deltagarna ska ha påbörjat arbete eller utbildning eller arbetslivsinriktade insatser efter genomfört program.
- 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.

I vilken omfattning vi nått målen framgår av redovisningen och sammanfattningsvis är svaren att:

- coachning som metod haft begränsad effekt på tid till arbetsåtergång jämfört med referensgruppen
- 86 % av deltagarna har genomgått interventionsprogrammet
- 71 % hade påbörjat arbete eller andra insatser efter genomfört program samt att
- projektet har genererat kunskap till myndigheterna om vad som är viktiga framgångsfaktorer för arbetsåtergången hos personer med psykisk ohälsa.

Vi har sett att det bara är marginella skillnader mellan referensgruppen och våra deltagare när det gäller arbetsåtergång och minskad sjukskrivning. Det kan också förklara att samhällsbesparingarna är relativt små, 6000 mer per person jämfört med referensgruppen (se bilaga 3). Samtidigt är det en stor andel som återfått hälsan helt eller delvis (80 %) och en ännu större andel som har förbättrat sin hälsorelaterade livskvalitet under projektets gång. Vi ser också att det är något fler i coachgruppen som minskat sin sjukskrivningsgrad över tid jämfört med referensgruppen.

Vi har haft en signifikant övervikt av utmattningssyndrom (F43) i coachgruppen. Vi bedömer att dessa deltagare troligen behövt mer tid för sin arbetsåtergång jämfört med många i referensgruppen där fler var sjukskrivna med depressionsdiagnoser (F32). Sett till att utgångsvärdena som alltså tycks ha varit sämre i coachgruppen jämfört med referensgruppen samt de positiva kommentarerna från deltagarna som vi redovisat ovan, är vi övertygade om att coachning är en framgångsrik metod för rehabilitering av denna målgrupp. Följande citat får ytterligare belysa deltagarnas positiva upplevelser av projektet.

..”det var fantastiskt att ha en coach som brydde sig, att få verktyg, att några myndigheter ville jobba med att förbättra situationen för oss sjukskrivna är helt otroligt, att se det som fungerar. Skulle behövas en coach för att myndighetskontakter när man är deprimerad och stressjuk”.

..”projektet är personalvård på sin yttersta spets, det är ett framgångskoncept så att det skriker om det, hoppas myndigheter och politiker inser vidden av effekterna och att det finns en chans till implementering exvis i LTV!!! Jag vill gärna ställa upp och berätta för alla om detta och kräver som samhällsmedborgare att ni får gå vidare”.

Ett mervärde som framträder mycket tydligt är den samverkansmodell som utvecklats mellan myndigheterna. Den är, som vi ser det, en förutsättning för att effektivt kunna stödja rehabilitering av psykisk ohälsa. Det går inte att varje myndighet arbetar i sin egen ränna, det handlar om att samordna regelverken för bästa och snabbaste vägarna till arbete. Genomgående har det varit en samverkande stöttning kring individen från olika parter under hela projektet, vilket vi ser som en betydelsefull framgångsfaktor. Ett annat mervärde är den dialog som vi fått möjlighet att skapa med olika aktörer, såväl inom landstinget som med arbetsgivare och företagshälsovård kring vårt arbete och syftet med projektet.

Ett av kriterierna i SAFARISTUDIEN har varit att personerna som inkluderas i projektet inte ska ha annan parallell behandling, i första hand syftande på psykolog- eller psykoterapeutisk behandling. I vårt projekt har vi godkänt att deltagaren haft kontakt med kurator eller beteendevetare inom primärvård eller företagshälsovård. Vi har också uppmärksammat om resultatet eventuellt skilt sig åt för de som haft parallellt stöd (se tabell 4 ovan). Oavsett resultatet är det en fråga att fundera vidare på inför ett eventuellt kommande projekt. Ska andra insatser parallellt med coachningen godkännas som kriterium?

Frågor och tankar som har dykt upp under projektets gång är till exempel:

- Finns någon rekommenderad sjukskrivningstid där coachningen får bäst effekt ur olika aspekter? Om detta råder en viss osäkerhet. Från de tidigare projekten där deltagarna haft upp till 6-7 års sjukskrivningshistorik var resultatet både vad gäller arbetsåtergång och upplevd livskvalitet i paritet med detta projekt. En skillnad är att för dem som inkluderas på ett tidigt stadium i sin sjukskrivning finns en högre grad av motivation för arbetsåtergång. Det innebär sannolikt en kortare rehabiliteringstid. Det har vi fått bekräftat i projektet genom att jämföra coach- och referensgrupp. Möjligen är det så att det är mer effektivt med coaching för dem som har en utmattningsdiagnos eftersom dessa diagnoser tenderar att bli mer långvariga. Vi är överens om att det är viktigt att komma in tidigt i sjukfallen för dem som är sjukskrivna för psykisk ohälsa.
- En naturlig fråga är förstås hur vet vi att det är just coachningen som har haft effekt? Det kanske är kartläggningsintervjun eller informationsmötet eller bara det faktum att man är utvald. Å andra sidan finns inga sådana effekter vad gäller referensgruppen. Och skillnaderna var som vi kunnat konstatera marginella.

Man kan fundera om det ändå kan finnas en Hawthorne effekt i och med att den hälsorelaterade livskvaliteten ökat markant? Det vill säga om deltagare har påverkas positivt bara av att ha blivit utvalda till projektet. Hawthorneeffekten upptäcktes genom ett antal olika experiment 1924-1932, då forskare undersökte hur bland annat ljusstyrka påverkade arbetares produktivitet. Omgivningen förändrades och arbetarnas produktivitet undersöktes. Slutsatsen var, att bara det faktum att arbetarna var med i undersökningen ökade produktiviteten, medan själva förändringen inte var lika viktig. Så visst är frågan befogad. Vad är det som egentligen påverkar förändringar i beteenden och upplevelser som bidrar till att människor återfår hälsan?

- Så vad är vinsterna? Vi har valt att göra en observationsstudie med en metod som innehåller tre moment: kartläggningssamtal, matchning och coaching för att underlätta arbetsåtergång för sjukskrivna med psykisk ohälsa. Det vi kunnat utvärdera är just om den metoden har haft effekt på arbetsåtergång och hälsorelaterad livskvalitet hos våra deltagare med diagnoser relaterade till psykisk ohälsa. Vi vet från tidigare studier att resultaten varit mycket positiva och resultatet från denna studie visar att 80 % av deltagarna minskat helt eller delvis sin sjukskrivning och kunnat återgå i arbete eller andra aktiviteter. Vi vet också med säkerhet att värdena på olika självskattade instrument förbättrats väsentligt, vilket tillsammans med deltagarnas egna kommentarer indikerar att deras psykisk hälsa och livskvalitet förändrats på ett positivt sätt – och kanske är det den största vinsten! Och i så måtto vill vi nog ändå påstå att projektet varit lyckosamt både ur ett individ- organisations- och samhällsperspektiv.

I den hälsoekonomiska rapport som ligger som bilaga till vår rapport redovisas samhällsbesparingarna. Vi jämför med en referensgrupp som vi vet i stort sett är lik vår studiegrupp vad gäller sjukskrivningsbakgrund, ålder och kön och vi kan anta att personerna i denna grupp också fått olika sorts stödinsatser via kuratorer, psykologer m.fl. inom primär- eller företagshälsovård. När det gäller besparingar på grund av förändringar i sjukskrivningsgrad ser vi en något större (6000 kr /person) besparing hos coachgruppen.

Eftersom data angående förändringar i hälsorelaterad livskvalitet saknas för referensgruppen är den hälsoekonomiska analysen inte fullständig (se bilaga 3).

Livskvaliteten har ökat bland deltagarna i coachgruppen – men vi vet alltså inte om den eventuellt också ökat i referensgruppen. Det är dock rimligt att anta en viss ökning även i den gruppen då vi vet genom olika studier att en återgång i arbete påverkar människors livskvalitet positivt. Vi vill tillstå att det är en brist i vår studie att vi inte kan följa referensgruppen vad gäller upplevd livskvalitet, EQ5D, som är en förutsättning för att göra en fullständig analys av de hälsoekonomiska effekterna. Men som vi inledningsvis nämnt så har resurserna för en sådan studie inte funnits.

För att ytterligare evidens ska kunna genereras är en ny studie där vi också får möjlighet att mäta effekter av hälsorelaterad livskvalitet i såväl en studie- som kontrollgrupp.

Den teoretiska modell vi haft som utgångspunkt för coachningen nämligen att starta i deltagarnas nuläge (krisfasen), att coacha mot nya insikter för att förändra (insiktfasen) för att slutligen komma till en ny fas med arbetsåtergång (rehabiliteringsfasen) har skapat en välfungerande process som vi bedömer vara framgångsrik som rehabiliteringsmetod hos denna målgrupp.

Slutligen, om ett arbetssätt eller en metod ska breddinföras som en ny eller utvecklad arbetsmodell är det viktigt att fundera på hur implementeringen ska se ut. Det behövs information till, och diskussioner med ledning och berörda handläggare. Innan beslut om nya arbetssätt fattas är det givetvis en fördel om man får möjlighet att genomföra en pilotomgång under en begränsad tid för att testa modellens hållbarhet. Styrgruppen har under hösten 2014 vid några tillfällen diskuterat hur ett breddinförande inom FK skulle kunna se ut. Ett förslag till ett pilotprojekt inom FK är i skrivande stund framtaget och överlämnat till utvecklingsgruppen och styrelsen för Samordningsförbundet i Västerås för vidare diskussion. Förslaget bygger på tanken att delar av arbetsmodellen eller arbetssättet (informationsmötet och kartläggningssamtalet) integreras inom myndigheten, genom att handläggare får ta del av och få utbildning i samverkansmodellen så att de i sin tur kan bli rustade för att identifiera behov av coachinsatser hos kunder med psykisk ohälsa. I denna samverkan ingår också att landstinget genom till exempel Hälsocenter kan tillhandahålla samtalsstöd och coachning till dessa personer. En diskussion är påbörjad!

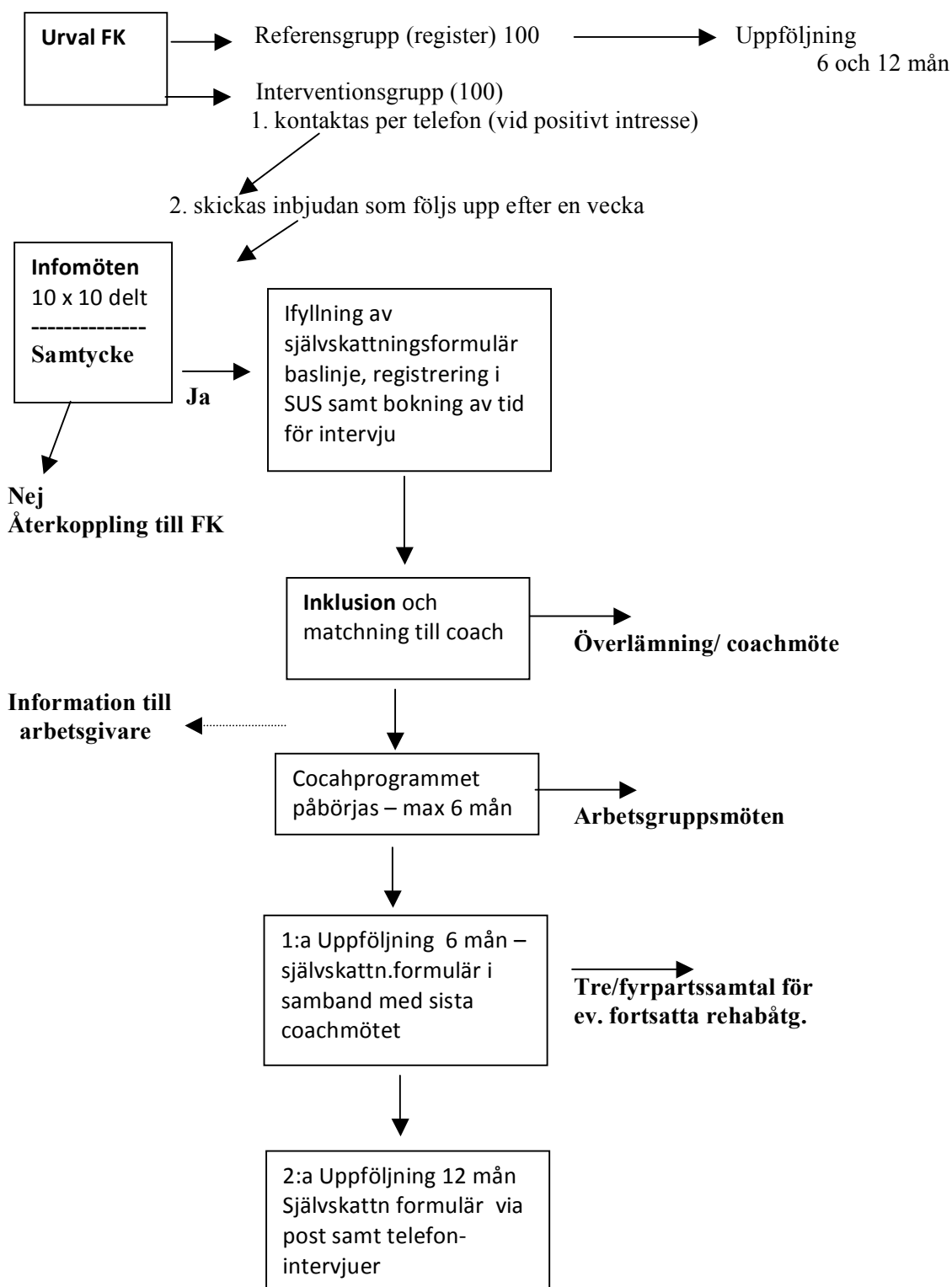
Slutligen ett tack till berörda myndigheter, Landstinget Västmanland och Samordningsförbundet Västerås för finansieringen av projektet och för det stöd som vi fått på olika sätt under projektets gång.

Ann-Sophie Hansson
Projektledare

Referenser

1. Anderzén, I. and A.-S. Hansson, *NySatsa - Projekt med syfte att främja individens möjligheter till återgång i arbete genom individuell utveckling och vägledning. Slutrapport*. 2008, Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap: Uppsala. p. 36.
2. Young, A.E., *A developmental conceptualization of return to work*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2005. **15**(4): p. 557-68.
3. Falkdal, A.H., *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, in *Department of Community Medicine and Rehabilitation, Occupational Therapy*. 2005, University of Umeå: Umeå.
4. Palmer, E. and (redaktör), *SKA projektet: Sjukförsäkring, Kultur och Attityder – Fyra aktörers perspektiv*. 2006, Försäkringskassan (http://www.forsakringskassan.se/press/aktuellt/ska_projektet/): Stockholm.
5. Holm, L., 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. SOU, *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*, Socialdepartementet, Editor. 2011:15: Stockholm.
7. Krause, N.e.a., *Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: A disability phase-specific analysis*. Journal of Occupational Rehabilitation, 1998. **8**(2): p. 113-139.
8. 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): p. 619-26.
9. Hansson, A.-S., P. Lytsy, and I. Anderzén, *Restart - return to work after long-term sickness absence from work. A quasi-experimental study*. 2010, Department of Public Health and Caring Sciences, Section for Social Medicine, Uppsala University, Uppsala, Sweden.: Uppsala.
10. Gjerde, S., *Coaching - vad - varför - hur*. 2003, Lund: Studentlitteratur.
11. Whitmore, J., *Coaching för bättre resultat*. 2002, Jönköping: Brain Books.
12. Miller, W.R., *The Essence of MI*. 2014.
13. Prochaska, J., O and C. DiClementes, *Towards a Comprehensive Model of change*. applied Clinical Psychology, 1986. **13**.
14. van der Klink, J.J. and e. al., *Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: A cluster randomised controlled design*. Occupational Environmental Medicine, 2003. **60**(6): p. 429-37.
15. Hansson, A.-S., *Kvinnocoachprojekt vid Hälsocenter Fagersta, Slutrapport 2011*, Kompetenscenter för Hälsa, Landstinget Västmanland: Västerås.
16. Hansson, A.-S., *Kvinnocoacher för arbetsåtergång i KAK - projekt i samverkan*. 2012, Kompetenscentrum för hälsa: Landstinget Västmanland.
17. Miller, S.D. and B.L. Duncan, *The outcome and Session Rating Scales: Administration and scoring manuals*. 2004, Ft. Lauderdale: FL Author.
18. Montgomery, S. and M. Åsberg, *A new depression scale designed to be sensitive to change*. British Journal of Psychiatry, 1979. **134**: p. 382-389.
19. Eriksson, K., *Hälsans idé (The idea of health)*. In Swedish. 1989, Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Forskningsdesign - flödesmodell



Sammanfattning av de instrument som ingår i enkäterna i SAFARISTUDIEN

| Fråga, (sidnummer) | Instrument |
|--------------------|--|
| 1-33 (s.1-6) | <i>Bakgrundsfrågor.</i> |
| 34-58 (s.7-9) | <i>WAI – Work Ability Index (arbetsförmågeindex).</i> Frågorna handlar om egen fysisk och mental hälsa, krav i arbetet i relation till den egna förmågan, sjukfrånvaro under sista året och bedömning av om hälsan medger fortsatt arbete i nuvarande yrke två år framåt. Svaren på frågorna i enkäten ger numeriska värden och viktas samman enligt given formel till ett indexvärde som kan indelas i fyra klasser: utmärkt, god, medelmåttig och dålig arbetsförmåga. |
| 59-64 (s.10) | <i>EQ5D – Hälsorelaterad livskvalitet.</i> Självrapporterad hälsa och hälsorelaterad livskvalitet består av två övergripande index: dels den självrapporterade hälsan mätt med en så kallad VAS-skala, dels hälsorelaterad livskvalitet, som beräknas utifrån individernas svar på fem övergripande frågor om rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. |
| 65-73 (s.11-13) | <i>KEDS – Karolinska Exhaustion Disorder Scale 9.</i> Skattningsskala konstruerad av Karolinska som mäter graden av utmattning och utmattningssyndromets svårighetsgrad. |
| 74-82 (s.14-16) | <i>MADRS-S – självskattningsversionen av MADRS.</i> Används med fördel för bedömning av depression eller depressiva symtom samt för att följa förloppet vid depression. MADRS-S är bara ett hjälpmedel i bedömningen av depression och måste värderas tillsammans med andra kliniska variabler. Det är också viktigt att titta på vilka frågor som ger höga poäng. Speciellt viktigt är höga poäng på "livsleda och självmordstankar". En bedömning av suicidalitet bör alltid göras. |
| 104-113 (s.18) | <i>GSE – General Self-Efficacy Scale.</i> Mäter individens grad av personlig agens – alltså en persons tillit till att de egna handlingarna kan leda till lyckade resultat. Är prospektivt och framåtsyftande och indikerar en persons uppfattning om sin förmåga att klara problem och svårigheter när de uppstår i livet. |
| 114-123 (s. 19) | <i>AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test.</i> Ett bedömningsinstrument som identifierar om en person har alkoholproblem, och även vilken sorts problem. |

Coachningsprojektet

Hälsoekonomisk utvärdering

Inna Feldman
Hälsoekonom, PhD

Innehåll

| | |
|---|----|
| Inledning | 34 |
| Syfte | 35 |
| Material och metod | 35 |
| Studiepopulation | 35 |
| Hälsoutfall i kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) | 36 |
| Mätning av hälsorelaterad livskvalitet | 36 |
| Livskvalitetsvikt EQ-5D | 37 |
| Kostnader och potentiella besparingar | 38 |
| Resultat | 39 |
| Kostnader och potentiella besparingar | 39 |
| Hälsorelaterad livskvalitet | 39 |
| Förändringar i olika dimensioner | 40 |
| Kvalitetsjusterade levnadsår - QALY | 41 |
| Kostnadseffektivitet | 42 |
| Slutsatser | 43 |
| Referenser | 43 |

Inledning

Det är inte lätt att förutsäga vad som ska hända i framtiden, men en sak är säker, vi kommer att ha begränsade resurser. Hälsoekonomiska analyser kan ge ett värdefullt bidrag till hur samhällsresurser kan prioriteras. Syftet med hälsoekonomiska utvärderingar är att identifiera, kvantifiera, värdera och väga samman kostnader och hälsoeffekter av en insats. Därefter jämförs två eller flera insatser med gemensamt syfte med avseende på kostnadseffektivitet. Ofta jämförs en ny insats med ”ingen insats”, det vill säga vanlig förfarande. Resultatet presenteras i regel som en kvot där kostnaderna divideras med den hälsoeffekten.

Hälsoekonomiska analyser har betydelse när prioriteringsbeslut ska fattas, så som när behandlings/rehabiliteringsmetod ska väljas eller när resurser ska fördelas mellan konkurrerande verksamheter. Prioriteringsbeslut fattas på flera grunder och kostnadseffektivitet är en av dem.

Syfte

Hälsoekonomisk analys i coachningsprojektet syftar till att besvara frågan om coaching som metod för att möjliggöra arbetsåtergång för personer med psykisk ohälsa är kostnadseffektiv i jämförelse med ”vanlig praxis”. Det vill säga vilket alternativ som ger mest effekt i förhållande till satsade resurser. Tidsperspektivet är från projektets start till två månader efter avslutat uppföljning.

Material och metod

Kostnadseffektivitet är ett relativt mått där olika konkurrerande insatser jämförs. Den insats som ger mest hälsovinst för satsade pengar anses vara den kostnadseffektivaste. En insats brukar anses vara kostnadseffektiv när den ger större hälsovinst för satsade pengar än en redan accepterad insats, antingen inom den analyserade samhällssektor eller hela samhället. Skulle den minst kostnadseffektiva metoden ersättas med den aktuella blir samhällsekonomi som helhet mer kostnadseffektiv. Det är inte alltid nödvändigt att beskriva den kompletta kostnadseffektiviteten, vilket kan vara mycket komplicerat. Att visa att metoden är tillräckligt kostnadseffektiv för att accepteras som standardmetod räcker.

Det dominerande sättet att beskriva kostnadseffektivitet är ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, dvs. hälsovinster, kostnader och besparingar inkluderas oberoende av vem de berör. Kostnader och besparingar jämförs med effekten på hälsa (hälsoeffekter). Hälsoeffekter kan uttryckas på olika sätt och detta har en betydelse för vilken analysmetod som bör tillämpas. En kostnadsminimeringsanalys görs i de fall man vet att effekterna/konsekvenserna av två (eller fler) alternativa strategier är desamma. I dessa fall behöver man bara koncentrera sig på kostnadssidan och analysen går ut på att finna ut vilket alternativ som är förknippat med lägst kostnader.[1]. I en kostnadseffektanalys ställs kostnaderna för de strategier som jämförs mot någon relevant effekt som strategierna ger. Effekten kan t.ex. vara räddade liv, antal i arbete, återhämtade patienter, etc. Begränsningen med denna typ av analys är att endast strategier som syftar till att uppnå en viss specifik effekt kan jämföras [1][1]. Kostnadsnyttoanalysen är en variant av kostnadseffektanalysen och som vanligen tillämpas i hälsoekonomiska analyser. I en kostnadsnyttoanalys uttrycks effekterna som kvalitetsjusterade levnadsår (Quality Adjusted Life Years, QALYs), ett effektmått som gör att olika typer av insatser inom hälso- och sjukvården kan jämföras med varandra [1].

En inkrementell analys görs av en behandlings kostnader respektive effekter jämfört med alternativets, vilket innebär att de ytterligare (inkrementella) kostnader av en åtgärd/ behandling jämfört med en annan sätts i relation till de ytterligare (inkrementella) effekterna av en åtgärd/ behandling jämfört med en annan. Den inkrementella kostnadseffektkvoten (ICER) beräknas enligt följande:

$$ICER = (Kostnad_A - Kostnad_B) / (Effekt_A - Effekt_B) [2]$$

Studiepopulation

Studiepopulation består av två grupper: projektdeltagare och kontrollgrupp som har plockats ur försäkringskassans register med matchningskriterier ang. åldrar, kön, och diagnos.

Data ang. sjukskrivningsgrad var insamlat för intervention grupp och kontroll grupp vid baslinjemätning, 6 månader uppföljning samt 12 månader uppföljning. Samhällskostnader för sjukskrivning och produktionsbortfall kan räknas och jämföras mellan intervention – och kontroll grupperna.

Förändringar i hälsorelaterad livskvalitet (hälsoutfall) har studerats bara hos projektdeltagare, vid baslinje, 6 månader uppföljning samt 12 månader uppföljning. Hälsoeffekter tas fram bara för interventionsgrupp och inte kan jämföras med kontrollgrupp.

Hälsoutfall i kvalitetsjusterade levnadsår (QALY)

I studien används kvalitetsjusterade levnadsår, QALYs, som hälsoeffektmått. I QALYs vävs en människas livslängd och hälsorelaterad livskvalitet samman i ett och samma mått[1]. Med hälsorelaterad livskvalitet menas vanligen hur hälsan påverkar en individs välmående och förmåga att fungera med hänsyn till fysiska, mentala och sociala aspekter av livet [3]. I QALY beräkningar viktas varje levnadsår med ett livskvalitetsvärde [1]. Värdet ligger mellan 0 och 1, där 1 innebär full hälsa och 0 är död. Ett levnadsår med full hälsa räknas som 1 QALY, medan ett levnadsår med sämre hälsa räknas som till exempel 0,7 QALYs. Mätning av hälsorelaterad livskvalitet kan tillfredsställa behov av att följa upp samhällsinsatser som syftar bl a till att främja hälsan och arbetsförmåga. En stor fördel med kvalitetsjusterade levnadsår är att det kan användas oavsett typ av insats[4]. Detta gör det möjligt att jämföra såväl hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och rehabiliterade insatser.

En insats är kostnadseffektiv när den har lägre kostnad och större effekt än alternativet eller den har högre kostnad och större effekt än alternativet, men kostnaden för den extra effekten inte är högre än vad som i övrigt accepteras i samhället. Socialstyrelsen [5] har angivit vissa riktmärken på vad som kan anses kostnadseffektivt, se tabell 1, men det finns sannolikt inget fast gränsvärde i Sverige. Under en halv miljon kronor extra för ett vunnet QALY accepteras vanligen.

Tabell 1. Kategorisering av kostnader (kr) per vunnet QALY

| | Kostnad/QALY |
|--------------------|---------------------|
| Låg kostnad | Under 100 000 |
| Måttlig kostnad | 100 000 – 500 000 |
| Hög kostnad | 500 000 – 1 000 000 |
| Mycket hög kostnad | Över 1 miljon |

Mätning av hälsorelaterad livskvalitet

Begreppet livskvalitet kan ha många olika innebörder och någon allmängiltig definition finns inte. Begreppet hälsorelaterad livskvalitet används ofta för att visa hur hälsostatus, till exempel, sjukdom eller funktionsnedsättning påverkar livskvaliteten. Gemensamt för behandling, befolkningsstudier och samhällsinsatser är att hälsorelaterad livskvalitet kan vara ett relevant mått. Direkta mätmetoder för att undersöka hälsorelaterad livskvalitet är ofta komplexa och svåra att använda. Därför har flera relativt enkla instrument i form av frågeformulär blivit allt vanligare. Ett av de vanligaste är EuroQol eller EQ-5D [6]. EQ-5D utvecklades med syfte att ta fram ett mycket enkelt frågeformulär som skulle ge underlag

för att beskriva individens hälsa i en siffra (indexvärde). EQ-5D beskriver hälsa i fem dimensioner och i tre allvarlighetsgrader. Värdering av allvarlighetsgraden i de fem dimensionerna uttrycks som ett samlat indexvärde eller livskvalitetsvikt.

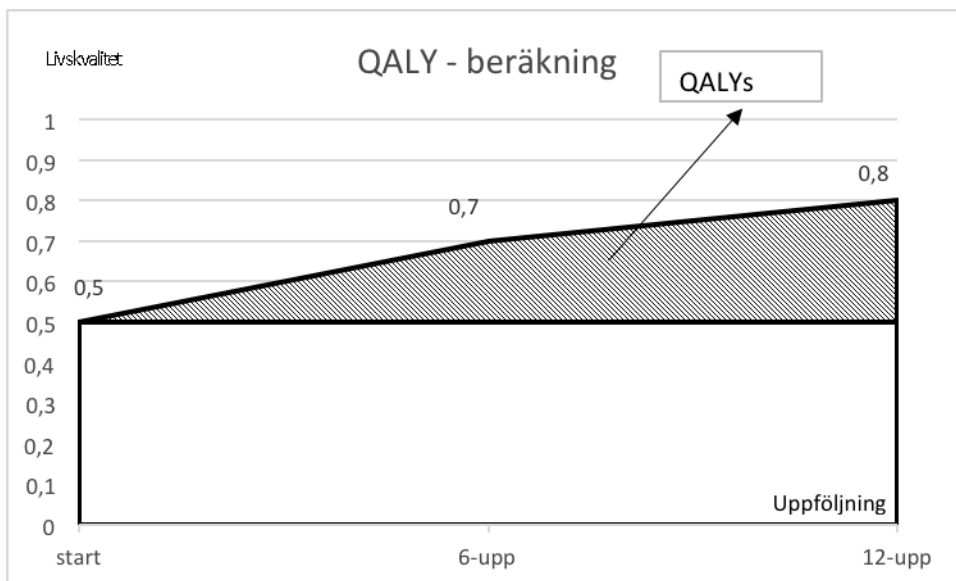
Livskvalitetsvikt EQ-5D

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Markera genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp (så här <input checked="" type="checkbox"/>) , vilket påstående som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd idag: | | |
| Rörlighet | | |
| Jag går utan svårigheter | <input type="checkbox"/> | |
| Jag kan gå men med viss svårighet | <input type="checkbox"/> | |
| Jag är sängliggande | <input type="checkbox"/> | |
| Hygien | | |
| Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning | | <input type="checkbox"/> |
| Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv | <input type="checkbox"/> | |
| Jag kan inte tvätta eller klä mig själv | <input type="checkbox"/> | |
| Huvudsakliga aktiviteter | | |
| Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter | <input type="checkbox"/> | |
| Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter | | <input type="checkbox"/> |
| Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter | | <input type="checkbox"/> |
| Smärtor/besvär | | |
| Jag har varken smärtor eller besvär | <input type="checkbox"/> | |
| Jag har måttliga smärtor eller besvär | | <input type="checkbox"/> |
| Jag har svåra smärtor eller besvär | <input type="checkbox"/> | |
| Oro/nedstämdhet | | |
| Jag är inte orolig eller nedstämd | <input type="checkbox"/> | |
| Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning | | <input type="checkbox"/> |
| Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd | <input type="checkbox"/> | |

Figur 1. Det beskrivande frågeformuläret för livskvalitetsinstrumentet EQ-5D.

Mätinstrumentet EQ-5D är ett övergripande verktyg för att bedöma hälsorelaterad livskvalitet. Med hjälp av det icke-sjukdomsspecifika *livskvalitetsinstrumentet* kan en person klassificera sin hälsa i fem *dimensioner*, rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter (t.ex. arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter), smärtor/besvär och oro/nedstämdhet, på en tregradig skala (inga, måttliga respektive svåra besvär). De tre svarsalternativen för varje dimension ger totalt 243 (3^5) kombinationer av ett specifikt hälsotillstånd. Dessa vägs samman till en *livskvalitetsvikt* ($EQ-5D_{index}$) motsvarande personens hälsotillstånd. I figur 1 presenteras samtliga dimensioner och svarsalternativ: Har en individ inga problem och är fullt frisk så är livskvalitetsvikten 1,000 d.v.s. har svarat på det första svarsalternativet för varje dimension (11111). Vid något eller några problem sjunker vikten med motsvarande värde på koefficienten beroende på dimension och grad. Exempelvis, en individ med hälsotillståndet 11122 har en livskvalitetsvikt ($EQ-5D_{index}$) på 0,725

Projektdeltagare genomsnittliga förändring av livskvalitet har därefter använts för att beräkna vunna QALYs. Den förändring som skett mellan start och 12 månader uppföljning antas bero på insatserna. QALYs – beräkningen illustreras i figur 2.

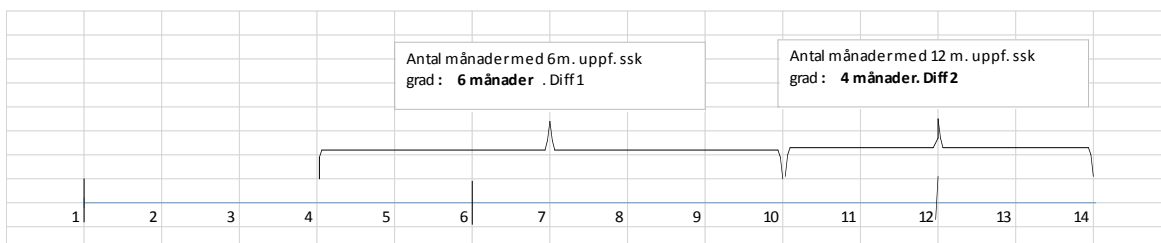


Figur 2. QALY - beräkningsprinciper

Kostnader och potentiella besparingar

Kostnaderna består av de samhällsekonomiska kostnaderna som kan knytas till patienter i studien. Kostnaderna uppdelas på direkta kostnader som uppstår i samband med interventioner och indirekta kostnader så som sjukskrivningskostnader. *Direkta* kostnaderna för coaching uppskattades utifrån projektdokumentation och även en del av projektledningskostnader uppskattas. *Indirekta* kostnader för sjukskrivning baseras på uppgifter om projektdeltagare/kontrollgrupp sjukskrivningstid samt sjukskrivningsgrad. Sjukersättningsnivå antas som genomsnittlig för Sverige och baseras på Försäkringskassans uppgifter[7].

Sjukpenning beräknas som 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten och enligt [7] är sjukersättning i genomsnitt lik för män och kvinnor och utgör 21 240 kr/månader. Beräkningar av förändringar i sjukskrivningsgrad baseras på följande antaganden: Förändringar i sjukskrivningsgrad har uppstått två månader innan uppföljningsmoment och fortsätter upp till två månader innan nästa uppföljningsmoment. Sjukskrivningsgrad vid 6 månader uppföljning har påbörjats från månad fyra efter projektets start och fortsätter upp till månad 10 samt sjukskrivningsgrad vid 12 månader uppföljning har påbörjats från månad elva efter projektets start och fortsätter upp till månad fjorton. Dessa illustreras i fig. 3



Figur 3. Antaganden för beräkningar av besparingar på grund av förändringar i sjukskrivningsgrad. Kostnader för sjukskrivning beräknas genom multiplicering av sjukersättning med sjukskrivningsgrad.

Resultat

Hälsoekonomisk analys baseras på 86 (19 män och 67 kvinnor) deltagare i interventionsgrupp och 91 personer (29 män och 62 kvinnor) i kontrollgruppen. Deltagarna i interventionsgruppen hade fullständiga data vid all uppföljningstillfälle

Kostnader och potentiella besparingar

På grund av förändringar i sjukskrivningsgrad har 79 personer i interventionsgrupp (92 %) minskat samhällskostnader i form av sjukersättning medan 7 personer (8 %) har ökat sjukersättningen.

Motsvarande siffror i kontrollgruppen är 89 personer (98 %) respektive 2 personer (2 %)

I interventionsgruppen har samhällsbesparingar resulterats i 6 880 000 kr medan samhällsbesparingar för kontrollgruppen uppskattas till 6 751 000 tkr. Räknar man besparingar per person är resultaten 80 000 per person i interventionsgruppen respektive 74 200 kr per person i kontrollgruppen.

Sammanställning presenteras i tabell 2.

Tabell 2 Samhällsbesparingar på grund av förändringar i sjukskrivningsgrad

| Grupp | Antal pers. | Totala besparingar | Besparingar/pers. |
|--------------|-------------|--------------------|-------------------|
| Intervention | 86 | 6 880 000 kr | 80 001 kr |
| Kontroll | 91 | 6 751 700 kr | 74 194 kr |

Analysen tyder att besparingar per person är något högre (+ 6 000 kr) i interventionsgruppen i jämförelse med kontrollgruppen.

Hälsorelaterad livskvalitet

I Diagram 1-2 presenteras EQ-5D index beräknat utifrån de fem livskvalitetsdimensionerna för projektdeltagare och separat för män och kvinnor vid basmätning och uppföljningstillfälle. EQ-5D indexet har ökat från 0,5 till 0,8 i genomsnitt, för män och från 0,5 till 0,75 och från 0,6 till 0,78 för kvinnor. Förändringar är statistiskt signifikanta ($p < 0,001$).

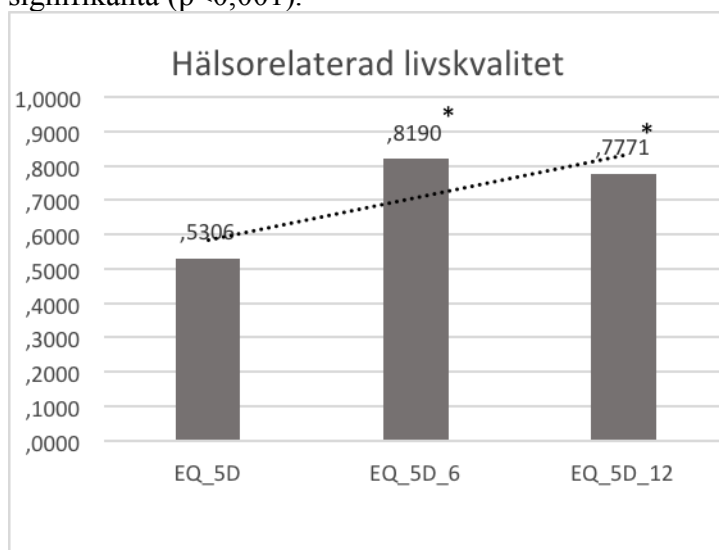


Diagram 1. Förändringar i hälsorelaterad livskvalitet, från baslinje till 12 månaders uppföljning.

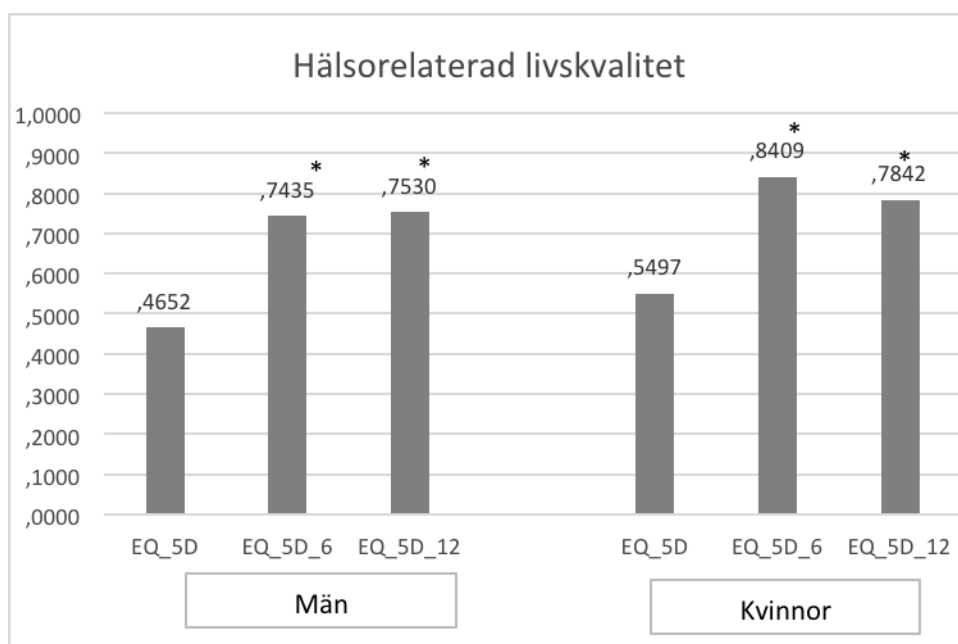


Diagram 2. Förändringar i hälsorelaterad livskvalitet, från baslinje tom 12 månaders uppföljning. Män och kvinnor

Precis som med alla samhällsinsatser går det inte att säga att det är huvudsakligen projektet som bidrar till hälsovinsterna hos deltagare. Men faktum är att projektdeltagare blev definitivt i mindre utsträckning oroliga/nedstämda. Förekomst av smärtproblematiken har också minskat, förmodligen på grund av minskade stress. Eftersom projektdeltagarna hade relativt lågt hälsorelaterad livskvalitet och förbättringar är påtagliga tyder det att projektets bidrag utgör en signifikant del i förbättringarna.

Förändringar i olika dimensioner

Generellt sätt observeras förbättringar i dimensioner smärtor/besvär och oro/nedstämdhet hos både männen och kvinnorna. Förekomst av *svåra* problem med *oro/nedstämdhet* har minskat hos både männen och kvinnorna, från 38 % till 6 % respektive från 29 % till 4 %. Andel män respektive kvinnor som upplever *svåra* problem med smärtor/besvär har minskat från 19 % till 9 % respektive från 4 procent till noll. Hos kvinnorna är förbättringar i dimensioner ”Huvudsakliga aktiviteter”, ”Smärtor/besvär” och ”Oro/nedstämdhet” statistiskt signifikanta.

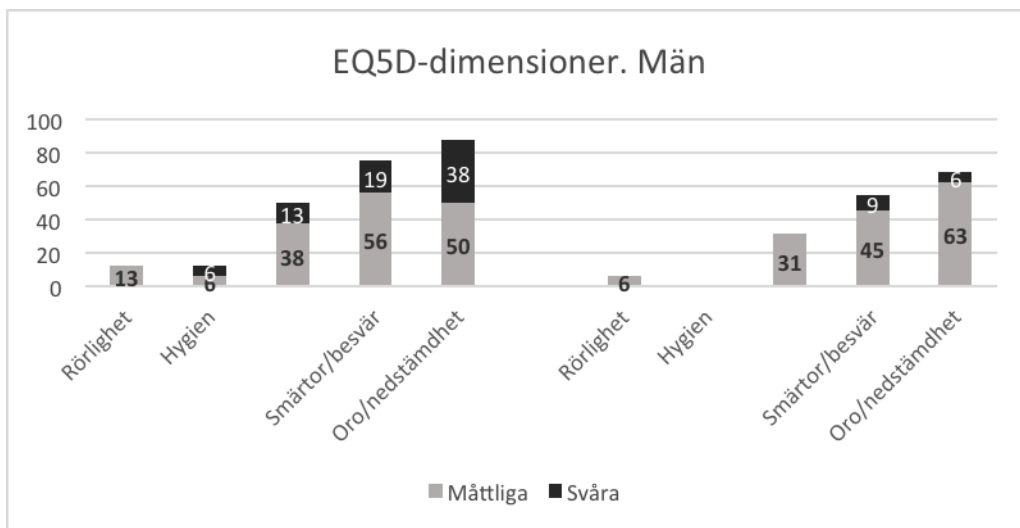


Diagram 3. Andel (%) av män med måttliga respektive svåra problem per EQ-5D dimension bland projektdeltagare vid basmätning (start) och uppföljning (upp)

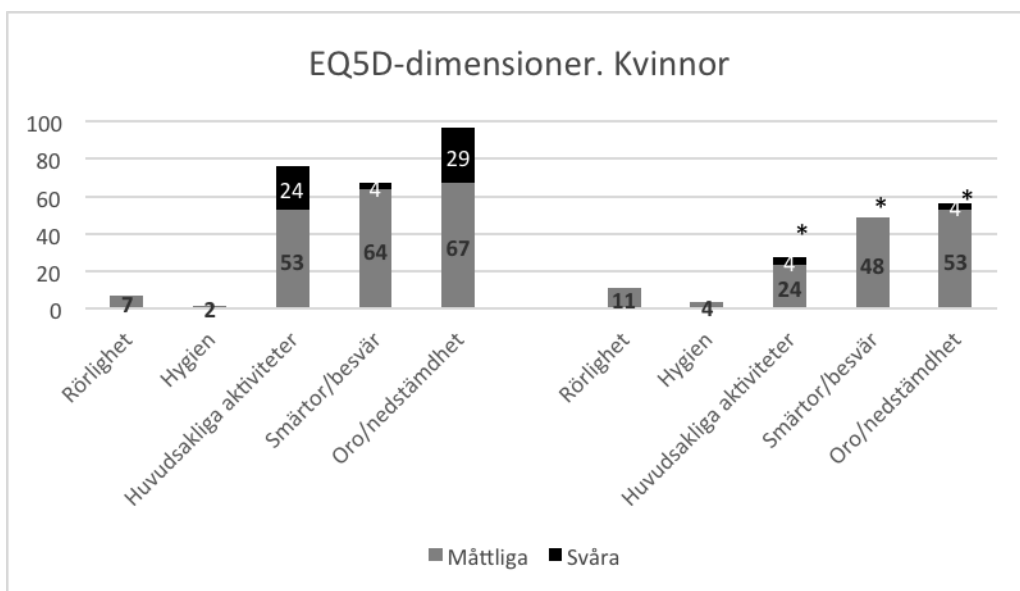


Diagram 4. . Andel (%) av kvinnor med måttliga respektive svåra problem per EQ-5D dimension bland projektdeltagare vid basmätning (start) och uppföljning (upp)

Alla dimensioner bidrar till hälsorelaterad livskvalitet men bidragen är olika. De största bidragen kommer från dimensionen ”smärtor/besvär” följt av ”rörlighet” och ”oro/nedstämdhet”. Eftersom vi observerar påtagliga förbättringar i dimensionen ”smärtor/besvär” och även i dimensionen ”oro/nedstämdhet” kan förbättringar i hälsorelaterad livskvalitet förväntas hos både männen och kvinnorna.

Kvalitetsjusterade levnadsår - QALY

Förändringar i hälsorelaterad livskvalitet kan översättas till antal vunna kvalitetsjusterade levnadsår (QALY). Differens i hälsorelaterad livskvalitet multipliceras med projektets längd

För en projektdeltagare skattas hälsovinst som ca 0,18 QALY, se diagram 5 varav 0,18 QALY för männen samt 0,17 QALY för kvinnorna.

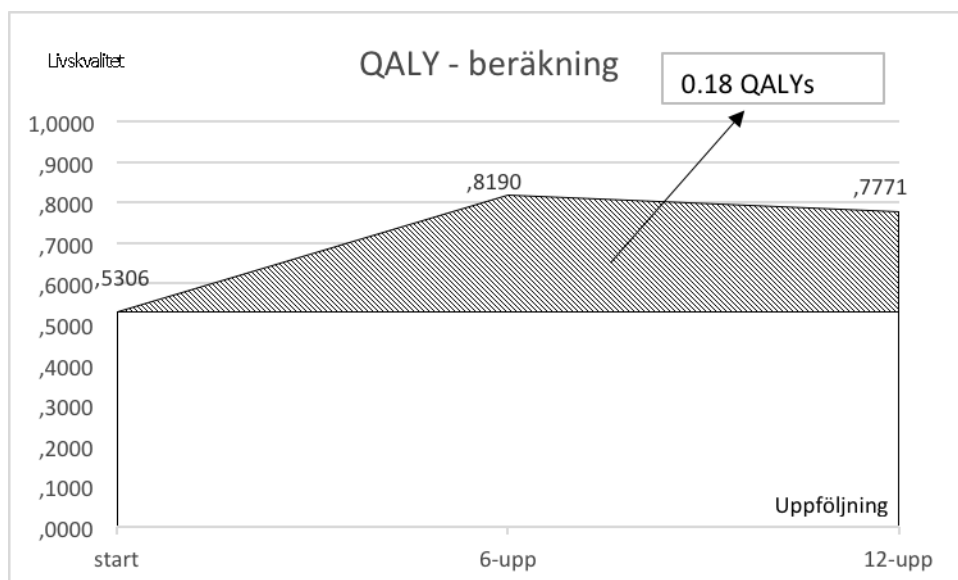


Diagram 5. Beräkning av QALY

Det är intressant att jämföra projektets hälsoeffekt med vissa hälsofrämjande eller behandlade insatser. Exempelvis, ett standard rökavvänjningsprogram genererar hälsoeffekt i 0,17 QALY, behandling av metabolt syndrom med livsstilspåverkan ger 0,1 QALY medan höftprotosoperation ger 0,34 QALY i hälsovinsten, se tabell 3.

Tabell 3. Hälsovinster för olika hälsofrämjande insatser.

| | QALY |
|-----------------------------|------|
| Coaching projekt | 0,18 |
| Rökavvänjning | 0,17 |
| Behandling metabolt syndrom | 0,10 |
| Höftprotos operation | 0,35 |

Resultaten är relativt god eftersom rehabiliterings insats riktades mot en grupp med mycket dåligt självskattat hälsotillstånd och jämförelseexempel riktades mot grupper med mycket bättre hälsa.

Kostnadseffektivitet

Vi kan inte göra en fullständig hälsoekonomisk analys eftersom vi saknar data angående förändringar i hälsorelaterad livskvalitet hos kontrollgruppen.

Data som vi har:

Kostnader för insats - 36 600 kr/deltagare

Inkrementella (diff. Mellan intervention och kontroll) besparingar per deltagare – 6 000 kr/deltagare

Inkrementella kostnader per deltagare: 36 000 kr-6 000 kr= 30 000 kr.

Hälsovinster för interventionsgrupp: 0,18 QALY/deltagare

För att komma till måttlig kostnadseffektivitet ska skillnader vunna QALY mellan intervention och kontrollgrupperna vara lika eller större än 0,06.

Men andra ord, om hälsovinster för kontrollgruppen är mindre än 0,12 betraktas interventionen som kostnadseffektiv.

Slutsatser

- Samhällsbesparingar på grund av förändringar i sjukskrivningsgrad var större hos projektdeltagare i jämförelse med kontrollgruppen, 6 000 kr mer per person
- Projekt kan inte betraktas som kostnadsbesparande eftersom kostnader per deltagare är 36 000 kr med inkrementella samhällsbesparingar är bara 6 000 kr/deltagare
- Hälsorelaterad livskvalitet har förbättrats signifikant hos projektdeltagare. Det saknas dock jämförelse med kontrollgruppen
- De största förbättringar observeras i dimensioner ”Smärtor/besvär”; ”Oro/nedstämdhet”.
-

Referenser

1. Drummond, M., Sculpher, MJ., Torrance, GW., O'Brien, BJ. & Stoddart, GL, *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*,. 2005, New York: Oxford University Press.
2. Drummond, M., Weatherly, H., Claxton, K., Cookson, R., Ferguson, B., Godfrey, C., Rice, N., Sculpher, M., Sowden, A., *Assesing the Chaleenges of Applying Standard Methods of Economic Evaluation to Public Health Interventions*. 2008, Public Health Research Consortium: York. p. 225.
3. Folkhälsoinstitut, S., *Folkhälsoekonomi i praktiken*. 2011: Östersund: Elanders Sverige AB.
4. Sveriges Kommuner och Landsting, *Hälsoekonomi i folkhälsoarbete*. 2011: Stockholm: Åtta45 Tryckeri AB.
5. Socialstyrelsen.; Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004. (2004) [online]]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/9E12CEDB-9459-4167-A3FC-57046AE68511/2562/20041023.pdf>
6. Henriksson, M., Carlsson, P. , *Att mäta hälsorelaterad livskvalitet – en beskrivning av instrumentet EQ-5D*. 2002: Center for Medical Technology Assessment, CMT Rapport 2002:145.
7. Försäkringskassan, e. 2014-11-07]; Available from: <http://www.ersattningskollen.se/>.