

# Kunskapsutveckling om och effektivisering av rehabilitering för personer med psykisk ohälsa

Slutrapport 2015

Landstinget i Värmland och Försäkringskassan i Värmland

# Projekt: Kunskapsutveckling om och effektivisering av rehabilitering för personer med psykisk ohälsa

Utvecklings-  
arbete i  
samverkan för  
att minska  
psykisk ohälsa

Projektägare: Landstinget i Värmland

Samarbetspartner: Försäkringskassan i Värmland

Projektledare: Sofia Axelsson

## Slutrapport 2015

## Innehållsförteckning

1	Bakgrund .....	6
1.1	Definition av psykisk ohälsa .....	6
1.2	Faktorer som påverkar sjukfrånvaro .....	6
1.3	Vård- och behandling .....	8
1.4	Sjukskrivning och arbetsförmåga .....	11
1.5	Utveckling av offentlig verksamhet .....	12
1.6	Statistik och rapporter .....	14
1.6.1	Sambandet mellan arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning .....	15
2	Samverkansparter .....	16
2.1	Landstinget i Värmland .....	16
2.2	Försäkringskassan .....	16
2.3	Arbetsförmedlingen .....	16
2.4	Arbetsgivare .....	17
2.5	Företagshälsovård .....	17
2.6	Samordningsförbund .....	17
2.7	Brukarorganisationer .....	17
2.8	Strukturer för samverkan mellan aktörer .....	18
3	Omvärld .....	18
3.1	Socialstyrelsens riktlinjer .....	18
3.2	Regionala strategier .....	18
3.2.1	Värmlandsstrategin .....	18
3.2.2	Nya perspektiv .....	19
3.2.3	Övriga verksamheter .....	19
4	Slutsatser .....	20
5	Syfte .....	20
6	Mål .....	20
6.1	Övergripande mål .....	20
6.2	Mål och indikatorer .....	20
6.3	Målgrupper .....	21
7	Organisation och tidplan .....	21
7.1	Projektorganisation, rollfördelning och ansvar .....	21

7.1.1	Styrgrupp.....	21
7.1.2	Projektledare och resurspersoner .....	21
7.1.3	Referensnätverk.....	22
7.1.4	Samarbetspartners.....	22
7.2	Tidsplan .....	22
7.3	Omfattning och strategi.....	23
7.4	Geografi.....	23
7.5	Avgränsningar i projektet.....	23
8	Genomförande.....	23
8.1	Tjänstedesign som utvecklingsmetod.....	23
8.1.1	Förbereda.....	24
8.1.2	Fånga .....	25
8.1.3	Förstå .....	27
8.1.4	Förbättra .....	41
8.1.5	Förnya .....	43
8.2	Öka kunskapen om psykisk ohälsa.....	44
8.2.1	Konferens .....	44
9	Resultat .....	45
9.1	Erfarenheter och observationer .....	46
9.2	Förslag till förbättringar / Rekommendationer .....	46
9.2.1	Slutsatser.....	46
9.2.2	Rekommendationer om vidare utveckling.....	47
9.3	Kritiska framgångsfaktorer och förslag till förbättringar .....	48
9.3.1	Faktainsamling .....	48
9.3.2	Tjänstedesignprocessen.....	48
9.4	Användning och resultatspridning .....	51
9.5	Överlämning och leverans av projektet.....	51
9.5.1	Ansvar för drift och implementering .....	51
9.5.2	Ansvar för dokumentation, material, etc.....	51
10	Uppföljning, utvärdering och lärande.....	51
10.1	Metod och strategi.....	51
10.2	Kundupplevelser.....	52

11 Referenser .....	52
12 Bilagor.....	53

## Sammanfattning

Landstinget i Värmland och Försäkringskassan har tillsammans drivit projektet *”Kunskapsutveckling om och effektivisering av rehabilitering för personer med psykisk ohälsa”*. Stressrelaterad ohälsa ökar och är idag den vanligaste orsaken till sjukskrivningar. Över 40% av pågående sjukfall finns inom diagnosgruppen psykisk sjukdom. Flera aktörer (organisationer och myndigheter) har olika uppdrag, ansvar och roller i att stötta personer att återgå i arbete. Det är dock inte ett tydligt ”system” och upplevelser om att hamna mellan stolar finns hos de drabbade. Projektet har fokuserat på personer i arbetsför ålder (16-64) och där vi ser att gruppen kvinnor, mellan 30-39 år, och som har barn i åldern 3-12 år samt jobbar inom välfärdstjänster är en utsatt grupp.

Projektet har arbetat för att öka förståelsen för, och sprida kunskap om psykisk ohälsa samt skapa arbetssätt, där olika aktörer samverkar på ett effektivt sätt, utifrån individens behov av individuella lösningar. I samarbete mellan arbetsgivare, företagshälsovård, hälsa- och sjukvård, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska de nyvunna insikterna förebygga sjukfrånvaro eller förkorta rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen.

Projektet, som pågått under 2015, har utgått från individers behov när nya tjänster har skapats. Genom en tjänstedesignprocess har individer, som har eller har haft psykiska besvär och som har fått stöd från en eller flera aktörer, intervjuats om sina upplevelser. Även medarbetare hos aktörerna har delgett sina kunskaper och erfarenheter genom intervjuer. Detta har hjälpt oss att förstå individers behov, synliggjort och identifierat organisations specifika och organisationsövergripande utmaningar samt varit en utgångspunkt då vi skapat nya lösningar i en tjänstedesignprocess där personal och kunder har engageras. På lång sikt ska dessa nya arbetssätt bidra till att minska (lindrig och medelsvår) psykisk ohälsa.

Under projekttiden har vi tagit fram olika förslag till lösningar, samt skapat prototyper som under år 2016 ska testas i verksamheterna och utvärderas utifrån kundnyttan.

## 1. Bakgrund

Sjukfrånvaron ökar i hög takt. Psykiska ohälsa är idag den vanligaste orsaken till sjukskrivningar och det är den stressrelaterade ohälsan som ökar mest. Sjukförsäkringssystemet utgör en del av den svenska socialförsäkringen. En hög sjukfrånvaro innebär, förutom personligt lidande, också höga sjukförsäkringskostnader och produktionsförluster. Kostnaderna för sjukskrivningar ökar och beräknas uppgå till 51 miljarden kronor år 2019. Det är mer än hela försvarsbudgeten. I Sverige finns det strax under 200 000 personer sjukskrivna och psykiska diagnoser står för cirka 40 procent av alla sjukskrivningar. Ca 2 av 3 sjukskrivna är kvinnor. Ca 84% av de sjukskrivna är anställda och vi ser att de anställdas sjukskrivningar ökar och blir varaktiga.

### 1.1 Definition av psykisk ohälsa

Någon klar definition av begreppet psykisk ohälsa finns inte. Begreppet psykisk ohälsa används som en samlande beteckning för mindre allvarliga psykiska besvär, som till exempel oro och nedstämdhet, och mer allvarliga symtom, som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos. De psykiska besvären, som till exempel oro och nedstämdhet, kan vara normala reaktioner på en påfrestande livssituation och är ofta övergående. Det är viktigt att inte sjukdomsförklara det som är normala reaktioner i livet, samtidigt som tidig identifiering av psykiatriska tillstånd kan påverka prognosen positivt (Forte, 2015)<sup>1</sup>. Var gränsen går mellan vardagens påfrestningar och ett psykiskt sjukdomstillstånd är ofta flytande. Ett begrepp som flitigt används i internationell vetenskaplig litteratur är Common Mental Disorders (CMD). Begreppet omfattar diagnoserna depression, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, specifika fobier, tvångs-syndrom och posttraumatiskt stressyndrom. Cirka 90 procent av alla som sjukskrivs för en psykisk sjukdom i Sverige har CMD. I vissa rapporter och undersökningar som publicerats på svenska har CMD översatts till "lättare psykisk ohälsa". Denna beteckning kan uppfattas som ett förringande av psykiska besvär som kan orsaka betydande nedsättning av hälsa, funktion och arbetsförmåga (Forte, 2015).

Den psykiska hälsan är viktig för vårt välbefinnande, men en av fem drabbas av psykiska problem någon gång i livet. När vi talar om psykisk hälsa menar vi olika saker, som till exempel hur vi mår känslomässigt, hur vi klarar av stressen i vardagen, ekonomiska problem eller sjukdomar (Stockholms Läns Landsting).

Projektet har haft fokus på psykisk ohälsa inom CMD-avgränsningen och det är i denna betydelse som rapporten refererar till när vi skriver om psykisk ohälsa. Olika aktörer använder olika benämning på den individ som verksamheten är till för eller den relation man har till individen såsom *kund/ brukare/ individ/ patient/ medarbetare/ medborgare*. I rapporten använder vi ofta benämningen kund.

### 1.2 Faktorer som påverkar sjukfrånvaro

Sjukfrånvarons storlek har varierat över tid. När sjukfrånvaron var som högst var den tre gånger så hög som idag. Samtidigt har folkhälsan inte förändrats nämnvärt över tid. Försäkringskassan har analyserat vilka faktorer som ligger bakom utvecklingen.

<sup>1</sup> Kunskapssammanställning: Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. Forte 2015.

Resultaten pekar på att det är en mängd samverkande krafter som driver upp- och nedgångar i sjukfrånvaro snarare än en enskild faktor.

De viktigaste faktorerna som påverkat nivån är samspelet mellan förtidspensionssystemet och regelförändringar i sjukförsäkringen, arbetsmarknadsläget och villkoren på arbetsmarknaden, samt olika aktörers medvetna arbete att utveckla sjukförsäkringsprocessen.

Det är inte möjligt att peka ut en enskild faktor som ensam förklarar hela sjukfrånvarons variation under de senaste decennierna. Den variation vi sett har troligen uppkommit på grund av en mängd faktorer som samverkar med varandra. Exempel på viktiga komponenter är (förändringar i) *regelverket*, samspelet med förtidspensions-/sjukersättningsystemet, administrationens förutsättningar att möta och hantera förändringar samt attityder och agerande hos de olika aktörerna (de försäkrade, Försäkringskassan, arbetsgivare, hälso- och sjukvården samt Arbetsförmedlingen). Även de uppdrag och mål uppsatta av den rådande politiska ordningen är betydelsefulla<sup>2</sup>.

Det är tydligt att regelverket har en stor betydelse, men sjukfrånvaron har varierat mycket även under perioder när det inte skett några betydande regelförändringar. Den ena drivkraften handlar om hur de generella villkoren för att delta i arbetslivet har utvecklats. Svensk arbetsmarknad och svenskt arbetsliv har genomgått dramatiska förändringar under senare årtionden. Alla indikatorer antyder samma sak: arbetslivet ställer allt större krav bl.a. vad gäller kommunikationsförmåga, stresstålighet, flexibilitet, kompetens och uthållighet. Försäkringskassans bedömning är att ett *allt mer krävande arbetsliv bidrar till att accentuera trender av ökande sjukfrånvaro*, samt motsatt, att *motverka nergångarna i sjukfrånvaro*. Den kraft vi talar om verkar hela tiden i en och samma riktning. Den andra faktorn handlar om normer och beteenden i befolkningen i relation till sjukskrivning.

Vid en historisk återblick blir det tydligt att *arbetsmarknad, arbetskraftsdeltagande och arbetslöshet*, är betydelsefulla komponenter i sjukfrånvarons utveckling. Sverige har ett internationellt sett högt arbetskraftsdeltagande, vilket innebär att även personer med sämre hälsa deltar på arbetsmarknaden. Ett högt arbetskraftsdeltagande medför därför en utmaning att se till att allas arbetsförmåga tas tillvara på bästa sätt.

Både utbuds- och efterfrågesidan måste stärkas för att underlätta för personer med nedsatt hälsa att delta i arbetslivet. Detta kan ske genom förbättrade behandlings- och rehabiliteringsmetoder och drivkrafter för individen att arbeta och för företag och offentlig sektor att få tillbaka sjukskrivna i arbete och inkludera personer med svag ställning på arbetsmarknaden, t.ex. på grund av ohälsa, i arbetslivet.

Orsakerna till *kvinnors höga sjukfrånvaro* jämfört med män är svåra att fastställa, men vad vi känner till är att en kombination av faktorer är viktiga. Bland dessa är deras större ansvar för det informella arbetet i hemmet, det faktum att kvinnodominerade yrken oftare är mer människonära än männens och att de ofta arbetar i sektorer med sämre upplevd psykosocial arbetsmiljö. Kvinnor har en högre risk att drabbas av sjukskrivning med psykiska diagnoser, däribland depression, i synnerhet i åldersgruppen 30–40 år. Att

<sup>2</sup> Analys av sjukfrånvarons variation, Socialförsäkringsrapport 2014:17

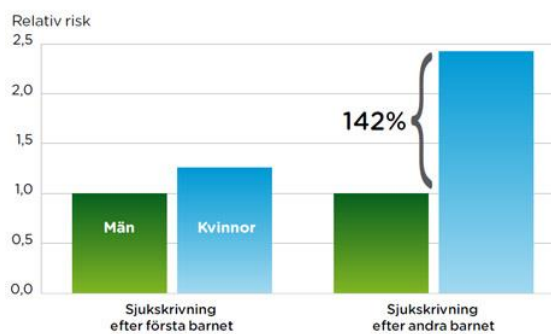


problemen är större för kvinnor kan bero på att kvinnors ansvar för familjen och hushållet, samtidigt som de arbetar i samma utsträckning som män, gör att kvinnor har en högre belastning än män. Det är möjligt (men inte vetenskapligt visat) att denna dubbla belastning över tid blivit mer betydelsefull i och med att kvinnor i allt högre utsträckning deltar i arbetslivet på samma villkor som män.

Enligt en socialförsäkringsrapport visar att mammors risk att bli sjukskrivna minskar när pappan tar ett större ansvar för hemarbetet jämfört med när mamman har huvudansvaret. För papporna är resultatet det omvända: De har en ökad risk att bli sjukskrivna när de tar ett större ansvar för hemarbetet jämfört med när mamman har huvudansvaret. Samtidigt som jämställdheten för hemarbetet ökar så ökar även "jämställdheten" med avseende på risken att bli sjukskriven<sup>3</sup>. En ökad jämställdhet innebär en utjämning av riskerna och därmed också ökad jämställdhet i sjukskrivningsrisker.

Sedan 1980-talet har kvinnor haft högre sjukfrånvaro än män och en studie visar att sannolikheten att bli sjukskriven är 30 procent högre för kvinnor än män redan 2 år före första graviditeten. Två år efter andra barnet är sannolikheten för sjukskrivning mer än dubbelt så hög för kvinnor än för män. När arbetsbördan hemma är som tyngst, kombinerat med ett ansvar även på arbetsmarknaden, då ser vi att sannolikheten för kvinnor att bli sjukskrivna är markant högre. Före första barnet är psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar de vanligaste diagnoserna för både kvinnor och män. Efter första barnet är det graviditetskomplikationer som är den dominerande diagnosgruppen för kvinnor, efter andra barnet är det återigen psykiska sjukdomar som dominerar. För män förändras inte sjukskrivningspanoramats nämnvärt mellan det första och ytterligare barn<sup>4</sup>.

### Risken för sjukskrivning (>14 dagar)



## 1.3 Vård- och behandling

Under 2000-talets första år genomfördes en rad insatser som en reaktion på de kraftigt ökande sjukskrivningstalen. En av de mer långtgående insatserna är överenskommelsen från 2005 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som benämndes *sjukskrivningsmiljarden*. Denna incitamentsmodell var ett sätt att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården men också att utveckla sjukskrivningsprocessen.

<sup>3</sup> Jämställdhet och sjukfrånvaro, Socialförsäkringsrapport 2015:3

<sup>4</sup> Kvinnors sjukfrånvaro, Socialförsäkringsrapport 2014:14

Den innehåller sex villkor, där det fjärde villkoret faller inom ramen för projektet: psykisk ohälsa med fokus på lindriga och medelsvåra besvär. Även villkoren; en jämställd sjukskrivningsprocess, kompetenssatsning i försäkringsmedicin samt tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen tangerar projektets uppdrag och mål.

Sjukskrivningsmiljarden finansierar, bland annat, de rehabkoordinatorer som ska samordna vård och rehabilitering i primärvården. Rehabkoordinatorerna har betydelse för utförandet av rehabiliteringsgarantin eftersom koordinatorena hjälper patienterna som är sjukskrivna och läkarna att samordna myndighetskontakter och kontakter med arbetsgivaren. En nationell utvärdering av rehabkoordinators funktion och Karolinska Institutets processutvärderingar har visat att rehabkoordinatoren har positiva effekterna på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Därutöver finns även överenskommelsen om fördjupade medicinska utredningar, vars syfte är att stärka upp sjukskrivningsprocessen. Dessa båda överenskommelser syftar till att stödja vården i arbetet med att minska sjukskrivningarna.

Socialstyrelsen och Försäkringskassan har på regeringens uppdrag kartlagt och analyserat landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan<sup>5</sup>. Den övergripande slutsatsen är att arbetet med incitamentsmodellen endast har lett till en begränsad integration av sjukskrivningsfrågan på olika nivåer i hälso- och sjukvården.

Det framtida arbetet med sjukskrivningsfrågan kan koncentreras runt tre utvecklingsspår:

- Stöd för systematiskt kvalitetsarbete i syfte att öka ändamålsenligheten i och säkerställandet av långsiktig hållbarhet i arbetet med sjukskrivningsfrågan.
- Kunskapsstyrningen inom det försäkringsmedicinska området bör förstärkas för att ge förutsättningar för utveckling av indikatorer som möjliggör analyser och jämförelser inom och mellan landsting.
- Kvalitetssäkring av försäkringsmedicinska kompetensutvecklingsinsatser för att stärka läkarens roll och kompetens i sjukskrivningskonsultationen.

Staten och Sveriges kommuner och Landsting (SKL) har även haft en överenskommelse om en *rehabiliteringsgaranti*. Målet var att genom evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förebygga sjukskrivning bland kvinnor och män i arbetsför ålder. Rätt patient skulle få rätt insats i rätt tid. De stora diagnosgrupperna icke specifika rygg- och nackbesvär, samt lindrig och medelsvår psykisk ohälsa omfattades av rehabiliteringsgarantin. De medicinska rehabiliterings- och behandlingsmetoder som ingick skulle ha vetenskapligt stöd för att behandlingen leder till bättre hälsa och förbättrad arbetsförmåga.

Sedan 2008 har staten satsat drygt sex miljarder på att få personer som lider av psykisk ohälsa tillbaka i arbete. Riksrevisionens granskning<sup>6</sup> av rehabiliteringsgarantin visar att regeringen inte har utformat och utvecklat överenskommelserna utifrån den kunskap

---

<sup>5</sup> Landstingets arbete med sjukskrivningsfrågan, kartläggning och analys Socialstyrelsen och Försäkringskassan 2015.

<sup>6</sup> Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner, RiR 2015:19

som finns om rehabiliteringsgarantin och dess effekter. Målet att få fler med psykisk ohälsa tillbaka i arbete har inte nåtts.

En orsak till att insatserna inte fungerar är att patienterna i många fall inte får någon kvalificerad första psykologisk bedömning. Det gör det svårt att avgöra om patienten har rätt förutsättningar att bli hjälpt av behandlingen som ryms inom rehabiliteringsgarantin. Det är också ofta lång väntetid för att komma igång med behandling eftersom det fortfarande inte finns tillräckligt med kvalificerade behandlare. En del landsting har en väntetid på fyra månader, andra upp till ett år.

Ett annat problem är att det inte går att avgöra om patienterna blir hjälpta av behandlingen eftersom rehabiliteringsgarantin inte har något krav på uppföljning. Granskningen visar också att primärvården har olika möjligheter att nå rehabiliteringsgarantins mål. Ersättning betalas inte utöver den rena behandlingen för att hjälpa patienter att börja arbeta igen. Riksrevisionen rekommenderar regeringen att överväga hur arbetet med att öka fokus på arbetsåtergång för den här patientgruppen bör utformas.

Rehabiliteringsgarantin utformades och infördes snabbt, och regeringen beslutade om flera utvärderingar och utredningar för att utveckla och förbättra överenskommelserna efter hand. I överenskommelserna uttrycktes att behandling skulle ges enligt senaste evidens och att överenskommelserna kontinuerligt skulle ta in ny kunskap och ta hänsyn till det som framkom i utvärderingar och utredningar. Ingen av de beställda utvärderingarna har visat att arbetsåtergången för personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa med säkerhet har ökat.

En av orsakerna till att satsningen misslyckats, anser Riksrevisionen, är att rehabiliteringsgarantin fokuserat för mycket på behandlingsformen – främst kognitiv beteendeterapi – i stället för på riktade åtgärder för att få personer tillbaka i arbetet. Landstingen har inte ersatts för kontakter med arbetsgivare, och samarbetet med företagshälsovården har inte blivit av.

Staten och Sveriges kommuner och landsting har ytterligare en överenskommelse för *riktade insatser inom området psykisk ohälsa*. Syftet är att genom stöd till strategiska utvecklingsinsatser inom vård och omsorg skapa förutsättningar för ett långsiktigt förändringsarbete som kan ge hållbara vinster för framtiden.

Regeringskansliet (Socialdepartementet) och SKL har inrättat var sin nationell samordningsfunktion för insatser inom området psykisk ohälsa. Prioriterade målgrupper har varit barn och unga samt personer med omfattande och komplicerad problematik. Inför 2016 har perspektivet breddats och fem olika fokusområden<sup>7</sup> har pekats ut. Det handlar om både främjande och förebyggande arbete och tidiga insatser till riskgrupper samt specialiserade insatser till dem med komplicerad eller allvarlig problematik. Generellt fokus på enskildas delaktighet och rättigheter samt mobilisering av ledarskap i

<sup>7</sup> Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och Landsting om "Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016"

kombination med en organisering som möjliggör samarbete och skapar förutsättningar för resurseffektivitet och samarbete.

Enligt Socialstyrelsens rapport om *sjukdomsförebyggande metoder* har hälso- och sjukvården en förbättringspotential när det gäller det sjukdomsförebyggande arbetet inom området psykisk ohälsa genom att:

- i större utsträckning uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor och öka samverkan runt patienter med psykisk ohälsa. Det gäller både primärvården och den specialiserade vården.
- säkerställa att verksamheter som arbetar med personer med psykisk ohälsa erbjuder stöd och hjälp för att förändra ohälsosamma levnadsvanor.
- säkerställa att verksamheter som arbetar med personer med psykisk ohälsa dokumenterar det sjukdomsförebyggande arbetet.

## 1.4 Sjukskrivning och arbetsförmåga

*Läkarintyget* är ett centralt underlag för Försäkringskassans beslut om rätten till sjukpenning. Personer som är sjukskrivna för psykiska sjukdomar är klart underrepresenterade både bland dem som avslutar ett sjukfall i förtid och bland dem som återgår partiellt i förtid. Sjukskrivningstiden i det första läkarintyget varierar mellan olika grupper. Den är bland annat längre för män än för kvinnor i samtliga större diagnoskapitel. Skillnaden kvarstår även när hänsyn har tagits till bakomliggande faktorer som inkomst och yrke. Sjukskrivningstiden i det första läkarintyget har ett starkt positivt samband med den sammanlagda sjukfallslängden. Två diagnosgrupper som utmärker sig särskilt är psykiska sjukdomar och skador och förgiftningar. Personer med psykiska sjukdomar har en jämförelsevis kort sjukskrivningstid i det första läkarintyget, men i genomsnitt en lång sjukfallslängd. Personer som är sjukskrivna för skador och förgiftningar har en jämförelsevis lång sjukskrivningstid i det första läkarintyget, men i genomsnitt en kort sjukfallslängd. Dessa resultat kan bland annat indikera att läkare redan i det första läkarintyget har lättare att bedöma hur länge personer med skador och förgiftningar behöver vara sjukskrivna än vad gäller personer med psykiska sjukdomar<sup>8</sup>.

Alla personer har rätt att få ett *korrekt och gott bemötande* av personer inom myndigheter och från hälso- och sjukvården. Med bemötande avses här inte enbart personliga möten, utan även andra former av kontakter till exempel via telefon eller brev. En central fråga för såväl Försäkringskassan som för hälso- och sjukvården är hur man kan uppnå ett högt förtroende och främja återgång i arbete bland långtidssjukskrivna personer. Det finns olika teorier om hur bemötande av sjukskrivna skulle kunna påverka deras vilja och förmåga till återgång i arbete. Några av dessa tar sin utgångspunkt i att upplevelsen av bemötande kan påverka en persons självkänsla och därmed vilja och energi till att agera, till exempel för att återgå i arbete. Ytterligare utgångspunkter är att negativt bemötande skulle kunna leda till stress, ta energi från tillfrisknande, rehabilitering och åtgärder för att återgå i arbete. Andra teorier pekar på betydelsen av

<sup>8</sup> Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron, ISF-rapport 2014:5

att känna sig delaktig och aktiv, av att få och ge relevant information och betydelsen av professionell kommunikation och patientcentrerad vård.

Huvudresultatet är att de flesta som är sjukskrivna har upplevt ett positivt bemötande från Försäkringskassan. Det gäller oavsett ålder, utbildningsnivå, sjukskrivningsorsak, boendelän eller födelseland. Även en majoritet av dem som fått sin sjukpenning indragen har upplevt ett positivt bemötande, men andelen som gjort det är betydligt lägre än bland de sjukskrivna. En stor andel upplevde att det positiva bemötandet hade främjat deras möjligheter till återgång i arbete, särskilt vad gäller hälso- och sjukvården. Bland dem med indragen sjukpenning fanns en större andel som ansåg att negativt bemötande hade hindrat möjligheterna till återgång i arbete. Jämfört med 2004 års undersökning kan situationen sägas vara stabil, med vissa förbättringar exempelvis när det gäller personer med psykiska diagnoser<sup>9</sup>.

Det är ofta svårare att *fastställa arbetsförmågan* för personer med en psykisk sjukdom än för en person med en kroppslig åkomma. Dessutom påverkar psykisk sjukdom funktioner som är väsentliga för de flesta arbeten. Byte av arbetsuppgifter eller andra anpassningar möjliggör inte arbete på samma sätt som vid till exempel ryggbesvär. Lämplig sjukskrivningstid för att främja en hållbar återgång i arbete är inte heller känd för dessa diagnoser. I en striktare sjukförsäkring kan med andra ord andelen personer med en psykiatrisk diagnos förväntas öka som en konsekvens av att det blir relativt svårare att beviljas ersättning av andra orsaker.

I en rapport från ISF<sup>10</sup> pekas några möjliga åtgärder ut för att bidra till att minska sjukfrånvaron bland dem med psykiatriska diagnoser. Det krävs en ökad kunskap om hur arbetsförmågan påverkas av psykiska sjukdomar och vilka insatser som fungerar, samt en ökad kunskapsstyrning så att evidensbaserade metoder tillämpas. Forskning visar att för en bättre effekt ska dessutom rehabiliteringen inriktas på insatser före en sjukskrivning, vilket talar för att arbetsplatsen och arbetsgivaren är viktiga i rehabiliteringsarbetet. Ett mål bör därför vara att arbetsgivare arbetar mer preventivt och blir mer aktiva tidigt i sjukdomsförloppet.

## 1.5 Utveckling av offentlig verksamhet

Det Innovationsråd, som utsågs av den förra Regeringen, hade målet att skapa innovationer och ökad kunskap inom det området i offentlig verksamhet. Enligt deras slutbetänkande beskrev de att Sverige har en offentlig sektor som i stora delar tillhör de mest välfungerande i världen. Det beror på, enligt dem, en lyckosam kombination av bl.a. välutbildad personal, flexibel organisering, hög grad av decentralisering, hög grad av tillit samt nyfikenhet på och intresse för att pröva ny teknik, nya metoder och nya tjänster. I Sverige kan vi deklarerera med en knapptryckning, hämta paket samtidigt som vi handlar maten, checka in på patienthotell efter förlossningen och göra enklare medicinska provtagningar i hemmet och få resultaten i läsplattan.

<sup>9</sup> Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande, ISF-rapport 2014:9

<sup>10</sup> Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser (ISF-rapport 2014:22)

Innovationsrådet identifierade att det inte desto mindre i Sverige även finns betydande utmaningar vad avser exempelvis vikande förtroende för offentliga institutioner, långsiktig finansiering och hantering av vård och omsorg, åldrande befolkning, integration, miljöförstöring, energisystem, utbildningsväsendet, våld, ungdomsarbetslöshet, grov brottslighet och andra svårlösta samhällsfrågor där det offentliga har en betydande roll<sup>11</sup>.

De värden offentlig verksamhet skapar är föränderliga över tid varför en kontinuerligt pågående dialog måste finnas mellan väljare, folkvalda, uppdragsgivare, utförare och "kunder" om vilka värden som ska åstadkommas och hur. Förvaltningen har här en mycket viktig roll att lyssna till de synpunkter och behov som människor, företag och andra uttrycker, inte minst eftersom dessa i hög grad är delaktiga i att skapa och upprätthålla värden (t.ex. genom att följa regelverk, leva hälsosamt, hjälpa anhöriga m.m.). Innovationsrådet menade att öppenhet, inkluderandet av medborgare, företag och civilsamhället i utformningen av offentlig verksamhet samt förbättrad helhetsyn och långsiktighet i det politiska beslutsfattandet är viktiga steg i den fortsatta utvecklingen.

Det offentliga är i dag inte i första hand organiserat för att möta behov i människors liv och i företags verksamheter, utan snarare utifrån historiskt betingade regelverk anpassade efter det offentligas behov. Omställningsarbetet att göra offentlig verksamhet mer inriktad på att möta dem verksamheten är till för, har pågått under flera decennier men fortfarande upplever alltför många att det är komplicerat att vara i kontakt med det offentliga. Det kan vara en bidragande orsak till det vikande förtroendet för vissa samhällsinstitutioner.

Innovationsrådet föreslog därför i sitt slutbetänkande att "offentliga tjänster skulle utvecklas utifrån en ny modell som bygger på kunskap om vilka behov människor har i olika livshändelser och företag har i olika verksamhetshändelser. De resultat i form av faktisk påverkan på samhället som offentlig verksamhet bidrar med som regel uppstår genom en svåröverskådlig interaktion mellan människor i och utanför myndigheter i komplexa system. Därför måste dessa system, snarare än enskilda myndigheter eller enheter, ägnas fördjupad uppmärksamhet, t.ex. vad avser hur de olika delarna interagerar med varandra. Genom bättre förståelse av dessa system, nytänkande och omprövning av dem tror vi att förutsättningarna för en fortsatt välståndsutveckling avsevärt förbättras".

Dagens hälso- och sjukvård handlar mycket om det demografiska åldrandet, kroniska sjukdomar, ökande förväntningar och krav från medborgarna och det samhällsekonomiska läget, och dessa faktorer är starka incitament för att finna nya innovativa lösningar för vård och omsorg. Det pågår utvecklingsarbeten på flera håll i landet runt värdebaserad vård. Grundtanken är att komma bort från en styrning som ensidigt fokuserar på produktion och prislistor och i stället mäta och utgå från sådant som

---

<sup>11</sup> Innovationsrådets slutbetänkande *Att tänka nytt för att göra nytta – om perspektivskiften i offentlig verksamhet* (SOU 2013:40)



skapar värde för patienten. Alla inblandade i en vårdprocess behöver ta ansvar för det samlade resultatet för patienten snarare än att fokusera på enskilda aktiviteter. Här ligger Landstinget i Värmland i framkant när det gäller utveckling inom patientnära innovationer genom det nationella centret Experio Lab. Experio Lab involverar personal, patienter och närstående för att tillsammans utforma vårdtjänster som skapar värde för människors vardag.

De flesta *klagomålen till patientnämnden* 2013 rör vård och behandling<sup>12</sup>. Patientnämnderna menar att de problem som rapporteras till exempel handlar om samordning och vårdansvar där patienter bollas fram och tillbaka och ingen tar ett helhetsansvar. Andra ärenden rör brister i läkarkontinuitet inom primärvård och psykiatri samt brister i läkemedelshantering. I en internationell jämförelse går det att se att svensk hälso- och sjukvård har vissa brister när det gäller att möta individuella behov och att hålla patienterna välinformerade. Detta påverkar patienternas upplevelse av kvaliteten.

I ett forskningsprojekt<sup>13</sup> har effektiviseringsmöjligheterna av Försäkringskassan och Skatteverkets verksamhet studerats av Centrum för tjänsteforskning, CTF, vid Karlstads universitet. Studien visar att myndigheterna inte lyckats skapa rätt värde för medborgaren i kontakten med dem vilket medfört att det skapats en *"onödig efterfrågan"*. Största delen av den onödiga efterfrågan verkar uppstå på grund av bristfällig information om ärendets aktuella status. Vidare verkar förhållandevis stora andelar dels kunna kopplas till detaljer som blivit fel, dels uppstå på grund av okunskap om vem som gör vad och hur de offentliga resurserna hänger samman. Det är myndigheterna själva som ligger bakom de flesta felen, men också medborgarna och tredje part, såsom arbetsgivare och läkare, gör ibland fel. En viktig ambition är att försöka nå fram till några av de systemfaktorer som skapar, driver fram och är själva orsaken till att onödig efterfrågan uppstår.

## 1.6 Statistik och rapporter

### Antal pågående sjukfall per det sista datumet i kvartalet med fördelning efter diagnos; 2014 kvartal 4 samt 2012 kvartal 4

Riket 2014			
	Samtliga	Kvinnor	Män
Antal totalt	179 558	117 292	62 266
Antal PS	70 942	51 064	19 878
<b>Andel 2014</b>	<b>40</b>	<b>44</b>	<b>32</b>

Värmland 2014			
	Samtliga	Kvinnor	Män
Antal totalt	5 024	3 267	1 757
Antal PS	2 035	1 463	572
<b>Andel 2014</b>	<b>40</b>	<b>45</b>	<b>33</b>

Riket 2012			
	Samtliga	Kvinnor	Män
Antal totalt	138 093	88 397	49 736
Antal PS	47 952	34 066	13 886
<b>Andel 2012</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>28</b>

Värmland 2012			
	Samtliga	Kvinnor	Män
Antal totalt	3 793	2 407	1 386
Antal PS	1 318	969	349
<b>Andel 2012</b>	<b>35</b>	<b>40</b>	<b>25</b>

<sup>12</sup> Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – lägesrapport 2015 Socialstyrelsen

<sup>13</sup> Onödig efterfrågan, ISF-rapport 2014:10

Andelen personer med psykisk diagnos har ökat för varje år och bestod fram till och med 2014 för 40% (45% kvinnor och 33% män) av pågående sjukfall. Värmland ligger i paritet med riket. Om man tittar på hur fördelningen ser ut i olika åldersgrupper ligger andelen i vissa grupper på över 50%. Enligt en socialförsäkringsrapport<sup>14</sup> är risken att påbörja sjukfall med psykisk diagnos är:

- Avsevärt högre för kvinnor än för män.
- Högst i åldern 30-39 för både kvinnor och män.
- Något förhöjd med barn i åldern 3-12 år i familjen.
- Högre för män och kvinnor i välfärdstjänster eller andra personliga tjänster (kontakt med brukare).

#### 1.6.1 Sambandet mellan arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning

Enligt en kunskapsöversikt<sup>15</sup> som Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, tagit fram visas att det finns ett vetenskapligt samband mellan arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning. Riskfaktorer i arbetslivet är psykiskt ansträngande arbete, höga krav, låg kontroll, obalans mellan ansträngning och belöning, samt rollkonflikter. Om kvinnor och män utsätts för samma påfrestningar i arbetslivet är reaktionerna i form av psykisk ohälsa lika.

Enligt en rapport<sup>16</sup> från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, finns en tydlig koppling mellan psykosocial arbetsmiljö och sjukfall med psykisk diagnos. Personer som upplever en arbetssituation med små möjligheter att påverka, i kombination med alltför höga krav, utvecklar mer depressionssymtom över tid. Detsamma gäller för de som upplever mobbning eller konflikter i sitt arbete. De som upplever brist på stöd från chefer och kollegor på jobbet utvecklar också mer symtom på depression och utmattningssyndrom. Symtomen utvecklas även i högre grad hos personer som upplever att belöningen är liten i förhållande till arbetsinsatsen och hos dem som känner osäkerhet i anställningen, till exempel oro för att arbetsplatsen ska läggas ner.

Anställda inom offentlig sektor uppger bristande psykosocial arbetsmiljö och utgör stora grupper på arbetsmarknaden. För både kvinnor och män innebär yrken med nära kontakt med brukare av olika typer av välfärdstjänster eller andra personliga tjänster en särskilt hög risk att påbörja sjukfall med psykisk diagnos.

En slutsats är att om psykisk ohälsa och sjukfall i arbetslivet med särskilt fokus på kontaktyrken kan förebyggas, kan det ha stor positiv betydelse för såväl individ och arbetsplats som för samhället som helhet. Särskilt bör lyftas fram den betydelse en god arbetsmiljö kan ha när det gäller kvaliteten på de välfärdstjänster som många av dessa yrkesgrupper levererar. Det gäller främst tjänster inom vård, skola och omsorg. Det är i

<sup>14</sup> Sjukfrånvaron i psykiska diagnoser, socialförsäkringsrapport 2014:4

<sup>15</sup> Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro – kunskapsöversikt Forte 2015.

<sup>16</sup> Arbetsmiljön betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom, SBU 2014



mötet mellan individens egenskaper, inklusive hälsa och funktionsförmågor, och kraven och villkoren på arbetet som sjukskrivningarna uppstår.

## 2 Samverkansparter

### 2.1 Landstinget i Värmland

Landstingets verksamhet lyder under Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, som anger vilka skyldigheter sjukvårdshuvudmannen har gentemot befolkningen<sup>17</sup>. HSL reglerar främst åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Landstinget ska även erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för funktionshindrade till dem som är bosatta inom landstinget eller stadigvarande vistas där. Patienter med psykisk ohälsa får i första hand sin vård inom primärvården och möter professioner såsom, allmänläkare, psykiatriker, kuratorer, psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster, sköterskor och rehabiliteringskoordinatorer, mfl<sup>18</sup>. Vid svårare problematik och psykisk sjukdom ges vård från specialiserad psykiatrisk vård.

### 2.2 Försäkringskassan

Försäkringskassan ansvarar för en stor del av socialförsäkringen som omfattar de flesta som bor eller arbetar i Sverige. Försäkringskassans uppdrag är att utreda, besluta om och betala ut bidrag och ersättningar i socialförsäkringen. Försäkringskassans roll är att samordna alla resurser för att hjälpa den som är sjukskriven att så snabbt som möjligt komma tillbaka till arbetslivet. Det sker i kontakter med den sjukskrivne, med arbetsgivare, med läkare och vid behov med Arbetsförmedlingen.

Försäkringskassan ansvarar för att:

- besluta om rätten till sjukpenning
- klarlägga patientens behov av rehabilitering
- planera, samordna åtgärderna och se till att de genomförs
- kalla till avstämningsmöte

Den anställdas arbetsförmåga och rätt till sjukpenning bedöms olika beroende på hur länge sjukperioden varar. Detta kallas rehabiliteringskedjan.

### 2.3 Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen har i uppdrag att bedriva arbetslivsinriktad rehabilitering i form av vägledande, utredande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser.

<sup>17</sup> Samordna rehabiliteringen, Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, SKL 2011

<sup>18</sup> [www.1177.se/tema/psykisk-halsa](http://www.1177.se/tema/psykisk-halsa)

## 2.4 Arbetsgivare

Arbetsgivarna har ett omfattande arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar. Det regleras huvudsakligen genom arbetsmiljölagen (1977:1160), socialförsäkringsbalken samt Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse med föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering. Där beskrivs arbetsgivarnas ansvar för att vidta olika åtgärder för att anpassa arbetet till arbetstagaren.

## 2.5 Företagshälsovård

Kompetenscentret för Företagshälsa har tagit fram riktlinjer för utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen. Syftet med riktlinjerna är att ge företagshälsan ett forskningsbaserat underlag för att utreda och åtgärda psykisk ohälsa på arbetsplatsen. De ska vara lätta att använda samt ta tillvara företagshälsornas flerprofessionella kompetens inom arbetshälsa och nära koppling till arbetsplatsen. Riktlinjerna är baserade på nationella och internationella kunskapsöversikter, originalartiklar och publicerade internationella riktlinjer om psykisk ohälsa på arbetsplatsen. Inom företagshälsovården ska det finnas tillgång till rehabiliteringskoordinatorer. Koordineringen gäller i första hand åtgärder från sjukvård, arbetsplats och Försäkringskassa. Individerna får därmed tillgång till en personlig koordinator som tidigt i sjukdomsförloppet kommer i kontakt med personen och dennes arbetsförhållanden och därigenom har bättre förutsättningar att bedöma individens arbetsförmåga och möjligheter att arbeta.

## 2.6 Samordningsförbund

Ett samordningsförbund är ett fristående organ för möjliggörande av samordnade rehabiliteringsinsatser både operativt och strukturellt. Samordningsförbundet leds av en styrelse. Styrelsen förvaltar en budget med medel från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, landsting och kommun. Det kallas finansiell samordning (Finsam).

När myndigheterna samverkar har de kapacitet att göra mer för människor som behöver insatser från flera myndigheter samtidigt. De sociala, medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser som medborgarna får del av, ägs av de ingående myndigheterna och stöds med medel från samordningsförbundet. Samordningsförbunden erbjuder både insatser på både strukturell- och individnivå och fokuserar mest på långtidssjukskrivna och unga som står långt ifrån arbetsmarknaden.

I Värmland finns det sex samordningsförbund; Samspelet (Grums, Hammarö, Karlstad, Kristinehamn), Fryksdalen (Kil, Sunne, Torsby), Klarälvdalen (Forshaga, Munkfors, Hagfors), Östra Värmland (Filipstad och Storfors), Bådeså (*Bengtfors, Åmål, Dals-Ed, Säffle, Årjäng*) samt Arvika/Eda. Samtliga har varit medfinansiärer till projektet.

## 2.7 Brukarorganisationer

I socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt hälso- och sjukvårdslagen anges att till socialtjänstens och landstingens uppgifter hör att samverka med organisationer som företräder personer eller deras närstående.

På nationell nivå samarbetar Socialstyrelsen med NSPH, och Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har samrådsmöten med handikapporganisationer och brukarråd.

På lokal/regional nivå finns ett antal nätverk för brukar- och närståendeorganisationer som är viktiga samarbetspartner i arbetet med att utveckla en samordnad och arbetsinriktad rehabilitering. I Värmland finns exempelvis Handikappförbunden Värmland med ca 35 medlemsorganisationer, Suicide Zero och (H)järnkoll.

Få av personer med psykisk ohälsa (CMD) finns anslutna till brukarorganisationerna. Flera nationella nätverk börjar dyka upp såsom Tilia och MIND samt podcast-sändningar såsom Sinnessjukt, Jag är sjuk i huvudet, mfl som sprider kunskaper inom området.

## 2.8 Strukturer för samverkan mellan aktörer

Landstinget i Värmland har varit projektägare och initiativtagare till projektet i samarbete med Försäkringskassan. Landstinget och Försäkringskassan har strukturer och samverkansforum för samverkan på strukturell- och individnivå.

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har också samverkansarenor för samarbete på strategisk- och individnivå. Uppdraget kring samverkan utgår från regleringsbrevet från regeringen med syfte att minska antalet individer i socialförsäkringen och att fler återgår i arbete.

## 3 Omvärld

### 3.1 Socialstyrelsens riktlinjer

För att förbättra situationen för personer med psykisk ohälsa ska Socialstyrelsen bidra med kunskap, statistik och utvärdering.

Personer med psykisk ohälsa ska ha tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad och säker vård och omsorg av god kvalitet. Så är det inte riktigt i dag. Därför har regeringen tagit fram en plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa för perioden 2012–2016.

I planen ger regeringen Socialstyrelsen i uppgift att

- samordna den statliga kunskapsstyrningen inom området psykisk ohälsa
- utveckla data och indikatorer för den vård som erbjuds personer med psykisk ohälsa

Under 2015-2016 uppdaterar Socialstyrelsen gruppen psykisk sjukdom i det försäkringsmedicinska beslutsstödet samt uppdaterar nationella riktlinjer för depression och ångest.

### 3.2 Regionala strategier

#### 3.2.1 Värmlandsstrategin

Alla regioner i Sverige har i uppdrag från regeringen att ta fram en regional utvecklingsstrategi i Värmland kallad; Värmlandsstrategin. Strategin utgår från EU:s

utvecklingsstrategi ”Europa 2020” som ska bidra till hög sysselsättning, god produktivitet och stor social sammanhållning.

Värmlandsstrategin utgår från åtta av Värmlands styrkor som behöver utvecklas och lyftas fram. Strategins vision är *Värmland – ett skönare liv*.

Värmlandsstrategin innehåller fyra prioriterade områden för att skapa tillväxt och hållbarhet i Värmland. Ett av dessa är ”Livskvalitet för alla” som innebär att arbeta för att skapa trygghet, tillhörighet och en god hälsa för alla.

Strategin har format 33 mätbara mål som länet skall ha uppnått år 2020. Bland annat att ohälsotalet i Värmland ska minska och nå riksgenomsnittet samt att sjukpenningtalet i Värmland ska minska och fortsätta ligga under riksgenomsnittet. För att nå målen med bättre hälsa har en gemensam arena för kommuner och landsting skapats som kallas Nya Perspektiv (se 2.2.2).

### 3.2.2 Nya perspektiv

Nya Perspektiv är gemensam arena för kommunerna i Värmland och Landstinget i Värmland för dialog utifrån medborgarnas perspektiv. Syftet med Nya Perspektiv är att främja samverkan, öka kunskapen om varandras förutsättningar och om den gemensamma befolkningens hälsa, behov och påverkansfaktorer. I fokus för Nya perspektiv är social hållbarhet, ett långsiktigt, stabilt och dynamiskt samhälle där grundläggande mänskliga behov uppfylls och där de sociala skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i befolkningen utjämnas. Sedan 2007 har politiker och tjänstemän i Landstinget och Värmlands kommuner träffats med en viss regelbundenhet och fördjupat sig inom fyra gemensamma utvecklingsområden/utmaningar. Ett av fokusområdena är psykisk ohälsa med fokus på personer med komplex problematik samt barn- och ungas psykiska ohälsa (inom ramen för den nationella överenskommelsen mellan staten och SKL för riktade insatser inom psykisk ohälsa).

### 3.2.3 Övriga verksamheter

Övriga verksamheter och initiativ kopplat till helhetsbegreppet inom psykisk ohälsa inklusive suicidprevention och komplex problematik:

- Regeringsuppdraget: regionalt självmordspreventivt arbete 2104
- Händelsearena-analyser gällande suicid, Landstinget i Värmland.
- Suicidförebyggande projekt, handlingsplaner gällande suicidprevention samt anhörigkonsulent i bl a Karlstad kommun.
- Tryggt och säkert län (TSL) – plattform för länsövergripande självmordsprevention – ett samarbete mellan MSB, Karlstads universitet, Räddningstjänsten, Polis, kommuner, Konsumentverket, Länsstyrelsen, Landstinget i Värmland och frivilliga organisationer.
- Svenska kyrkans suicidförebyggande arbete i Värmland.
- Samhällsråd Värmland: landshövding, regionråd, länspolismästare, landstingsdirektör.
- Hälsöfrämjande sjukvårdsorganisationer, temagrupp psykisk hälsa, HFS.

- Utveckling av behandlingsmetoder; Brief Intervention, e-KBT, "första hjälpen (psykisk ohälsa)"-utbildning (MHFA)
- Ungdomsmottagningar och Första linjen-verksamhet (Karlstad-regionen, Arvika och Hagfors) för barn-, unga och unga vuxna.
- NSPHs ambassadörsnätverk (H)järnkoll
- BUP – Livbojen, psykiatri barn- och unga

## 4 Slutsatser

Det finns ett stort behov av att:

- kartlägga och analysera bakomliggande faktorer till varför den psykiska ohälsan ökar mest och numera är den största diagnosgruppen vid sjukskrivning. Försäkringskassans statistik visar att en särskilt utsatt grupp är anställda inom offentlig sektor som arbetar inom vård, skola och omsorg.
- sammanställa de fakta och den tillgängliga kunskapen som finns inom området. Det pågår många olika projekt och insatser i Värmland som riktar sig till gruppen med psykisk ohälsa, men ofta sker arbetet i parallella spår och är inte i alla delar känt av alla. Det finns risk för att behandling och rehabilitering av personer med psykisk ohälsa kan bli ineffektivt och inte upplevas som det mest relevanta för individen.
- skapa en samsyn, gemensamma uppdrag och helhetslösningar samt gemensam plattform. Parterna arbetar idag på olika sätt och med olika uppdrag kring personer med psykisk ohälsa.

## 5 Syfte

Syftet med projektet var att förbättra arbetssätt i samverkan mellan olika aktörer för att på sikt bidra till att minska psykisk ohälsa i Värmland.

## 6 Mål

### 6.1 Övergripande mål

Det övergripande målet var att öka och sprida kunskap om psykisk ohälsa vilket skulle leda till förbättrad rehabilitering för personer med lindriga och medelsvåra psykiska besvär, såsom ångest, depression och stress.

### 6.2 Mål och indikatorer

De parter som arbetar med eller kring personer med psykisk ohälsa:

- har fått ökad förståelse och kunskap om bakomliggande faktorer och hur psykisk ohälsa kan ta sig uttryck.
- har fått kunskap om hälsofrämjande, förebyggande och evidensbaserade arbetsmetoder inom området psykisk ohälsa.

- har skapat arbetssätt där de samarbetar med varandra på ett effektivt sätt, utifrån individens behov av individuella lösningar.

Projektet ska ha tagit tillvara brukares erfarenheter, upplevelser och synpunkter när nya arbetssätt och samverkansmodeller skapats.

### 6.3 Målgrupper

Projektets primära målgrupp är medarbetare hos alla de samverkande parter<sup>19</sup> som finns runt personer med psykisk ohälsa.

Projektets sekundära målgrupp är politiker, beslutsfattare, ideella organisationer, allmänhet och andra intressenter. Till denna målgrupp ska kunskap inom området spridas.

## 7 Organisation och tidplan

### 7.1 Projektorganisation, rollfördelning och ansvar

#### 7.1.1 Styrgrupp

Styrgruppens uppgift har varit att:

- säkerställa att projektet ligger i linje med verksamhetens övergripande mål och övriga pågående projekt
- avgränsa projektet och fastställa projektdirektiv och projektplan
- samla in underlag och fatta beslut om eventuell revidering av projektets mål och aktiviteter och andra viktiga vägval för genomförande samt prioritering av resurser
- förankra projektet i den egna organisationen och hos andra intressenter
- undanröja eventuella hinder
- ansvara för projektets resultat

Styrgruppsmöten har träffats en gång per månad. I styrgruppen har företrädare för samverkansparterna i sjukskrivningsprocessen suttit och där företrädare för Försäkringskassan och Landstinget i Värmland utgjort basen samt kompletterats med en representant för samordningsförbunden i Värmland.

#### 7.1.2 Projektledare och resurspersoner

Projektledaren har planerat och organiserat aktiviteter, samverkat med involverade parter, dokumenterat verksamheten kontinuerligt och redovisat resultat inklusive lärande. Projektledaren har informerat styrgruppen om nuläge och avvikelser genom statusrapporter och sammanställt underlag för beslut.

<sup>19</sup> Samverkande parter: arbetsgivare, företagshälsovård, hälsa- och sjukvård, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen.

Ytterligare resurser och medarbetare har stärkt projektets verksamhet med representanter från respektive samverkanspart. Medlemmarna i styrgruppen har bidragit med kompetens och arbetstid och har aktivt deltagit i planering och genomförande, gett förslag till förbättringar, och fungerar som dörröppnare för projektledaren i respektive organisationer samt bjudit in till arenor där målgruppen arbetar.

Ett unikt samarbete startades mellan Landstinget i Värmlands interna tjänstedesignenhet, Experio Lab, samt Försäkringskassans nationella enhet "Kundinsikt och tjänstedesign". Projektet förstärktes med tjänstedesigners från de båda organisationerna. De har tillsammans genomfört tjänstedesignprocessen, där insikter, från personer med lindrig och medelsvåra psykiska besvär, legat till grund för utvecklingen av organisations specifika och organisationsövergripande arbetssätt med ökad nytta för individen.

Organisationerna har sett vinster med samarbetet som ett sätt att:

- Få insikter om vilka behov personer med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa har
- Utveckla de egna verksamheterna med nya insikter från tjänstedesignprocessen
- Utvecklas och utbyta kunskaper och erfarenheter inom tjänstedesignmetodik

Både dessa expertenheter är nationellt ledande på patient- och brukarinflytande genom tjänstedesign som metod och var båda nominerade till Guldlänken 2015 för innovativa förbättringar inom offentliga tjänster.

Ett designteam skapades bestående av projektledare och två tjänstedesigner.

### 7.1.3 Referensnätverk

Projektet har använt sig av ett referensnätverk som bidragit med expertkompetens, gett synpunkter ur ett användar- eller intressentperspektiv och har löpande tagit del av och spridit information om projektets verksamhet och resultat. Nätverket har inte varit en grupp som kallats in till gemensamma möten utan har enskilt använts vid olika tillfällen för avstämning och kvalitetssäkring. I nätverket har verkställande tjänstemän i Värmlands samordningsförbund ingått, liksom företrädare från de samverkande parterna. Dessutom har nationella och regionala intresseorganisationer funnits i nätverket, såsom Suicide Zero, (H)järnkoll i Värmland, SYLF, och psykiatrisamordnaren med kollegor på SKL.

### 7.1.4 Samarbetspartners

I projektet har aktörer som arbetar kring personer med psykisk ohälsa, såsom arbetsgivare, företagshälsovård, hälsa- och sjukvård (allmänmedicin och psykiatri), Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, medverkat.

## 7.2 Tidsplan

Projektet har pågått från 2014-09-01 till 2015-12-31<sup>20</sup>. Under hösten 2014 samlades kunskaper inom psykisk ohälsa in genom statistik och rapporter. En rekryteringsprocess av projektledare startades och projektledaren började i januari 2015. Under det första

<sup>20</sup> Tidsplan



halvåret fortsattes insamlingen och sammanställningen av kunskap inom området. Förankringsprocessen startades för att få med viktiga aktörer i utvecklingsarbetet och för att föreslå och skapa förutsättningar för att använda metod och verktyg, som förväntades ge bra resultat. Under det sista halvåret har aktiviteter genomförts och resultat har sammanställts.

### 7.3 Omfattning och strategi

Projektet omfattar kunskapsinhämtning och kunskapsspridning inom området psykisk ohälsa (CMD) för samarbetspartners angivna i 4.1.4 med målet att skapa nya arbetsätt som förbättrar stödet till personer med psykisk ohälsa och som leder till minskad ohälsa och färre sjukskrivningar.

Strategin var att utgå från en kunddriven utvecklingsmetod för kunskapsinhämtning och kreativ utveckling där både kunder och personal deltog i utvecklingsarbetet.

### 7.4 Geografi

Totalt har 16 organisationer i Värmlands län deltagit i projektet.

### 7.5 Avgränsningar i projektet

Projektets har fokuserat på begreppet psykisk ohälsa (CMD) och den grupp som varit mest utsatt (kvinnor, 30-39 år och som arbetat inom kontaktyrken).

## 8 Genomförande

### 8.1 Tjänstedesign som utvecklingsmetod

Tjänstedesign – användarinvolvering – personal och kunder.

Projektet har använt sig av en kunddriven verksamhetsutvecklingsmetod, som kallas för *tjänstedesign*, som tar tillvara på kundens behov, erfarenheter och synpunkter. Tjänstesynsättet innebär att kundens behov, och hur dessa behov skall tillgodoses, hamnar i centrum för utvecklingsarbetet. Enligt tjänstedesign skapas inte värdet i *utformningen* av en tjänst, utan den uppstår i *användningen* av den och skapas tillsammans med kunden. I arbetet identifieras de handlingar som ger mervärde för kunden.

Internationellt, nationellt och regionalt utvecklas idag offentliga verksamheter och deras tjänster utifrån individens perspektiv och i allt större omfattning med hjälp av tjänstedesignmetoden. I projektet medför metoden att fokusera på kundens upplevelser av mötet med olika aktörer i rehabiliteringsprocessen. I designprocessen är målet att öka kundnyttan och kundtillfredsställelsen. Utifrån kunders behov identifieras förbättringsområden och förslag om lösningar presenteras, testas och utvärderas. Nya kunskaper och insikter bidrar till att värderingar, arbetsätt och verktyg utvecklas och förbättras.

Tjänstedesign säkerställer ett tydligt användarperspektiv (användare är både kund/patient/brukare/medborgare och personal, dvs de som tillsammans använder och



utför de värdeskapande aktiviteter som tillsammans bildar en tjänsteleverans) och gör det möjligt för dessa att vara involverade i utvecklingsarbetet. Till skillnad mot vanlig verksamhetsutveckling, där verksamheten effektiviseras utifrån vad som är minst resurskrävande och mest ekonomiskt fördelaktigt för organisationen, så utvecklas verksamheten med tjänstesynsätt utifrån kundens behov, ett utifrån- och in-perspektiv.

Designprocess<sup>21</sup> består av fem steg:

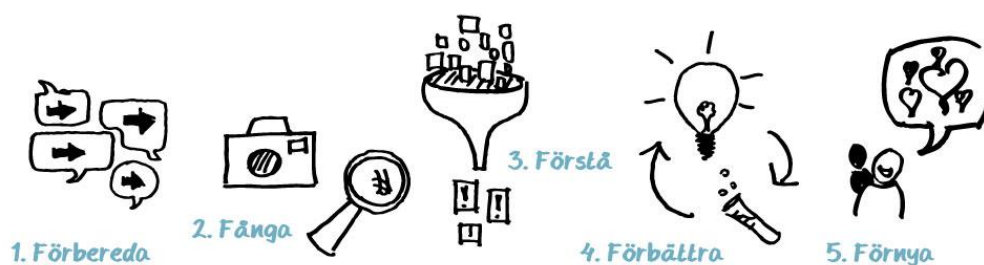
Steg 1: *Förbereda* och identifiera kunden, utmaningar och problem

Steg 2: *Fånga* kundens och personalens erfarenheter

Steg 3: *Förstå* vad erfarenheterna innebär

Steg 4: *Förbättra* med utgångspunkt från de erfarenheter som fångats in

Steg 5: *Förnya* genom att genomföra prioriterade förbättringar.



### 8.1.1 Förbereda

I den första fasen identifierade vi kunden, utmaningar och problem. Detta gjordes både genom att sammanställa och analysera statistik och kartlägga resultat och lärande från tidigare insatser inom området. Dessutom förankrades projektets mål och verksamhet med samverkande parter. En dialog fördes med kunder och personal för att tillsammans definiera utmaningar. Syftet i denna fas var att identifiera rätt problem, inte felaktiga antagande.

#### 8.1.1.1 Faktainsamling och analys

Projektet har kartlagt och analyserat sjukskrivningsmönster vid psykisk ohälsa för kvinnor och män i arbetsför ålder (16-64 år). Uppgifter har hämtats från olika källor, såsom Försäkringskassan, Landstinget i Värmland, Arbetsförmedlingen, SCB, Forte, med flera vilket utgör de underlag som vi baserat våra beslut och avgränsningar inom projektet på. Vi identifierade skillnader på läns- och kommunnivå.

<sup>21</sup> Experio Labs designprocess, som används i kunddriven verksamhetsutveckling. SKL kallar en liknande process för erfarenhetsbaserad verksamhetsutveckling där medarbetare och kunder involveras i förbättringsarbete, se broschyr "Erfarenhetsbaserad verksamhetsutveckling". Inspiration för genomförande har även hämtats från en liknande utvecklingsprocess som utförts i Södertälje om att "Utveckla lokalsamhällets arbete mot våld i nära relationer" – bilaga till betänkandet av Nationella samordnaren mot våld i nära relationer; SOU 2014:49.

Faktainsamlingen gav oss svar på frågor om vilka kunder, som enligt statistiken är särskilt utsatta målgrupper, liksom att delvis definiera nuläge och potentiella förbättringsområden.

#### **8.1.1.2 Dialog och förankring**

För att få en bra uppslutning utvecklingsarbetet var det av största vikt att förankra projektets mål och ambitioner och skapa en känsla av delaktighet och engagemang. Personal/deltagare, som har medverkat i utvecklingsarbetet, har varit dem som i sitt dagliga arbete möter och arbetar med målgruppen i kommunen eller länet. Deltagarna har bidragit till utveckling genom sin organisations erfarenhet och perspektiv samt återkopplat och förankrat arbetet i den egna organisationen.

En plan för utvecklingsarbetet presenterades i starten för de deltagare som skulle delta, såsom datum och tid för workshops där det även gavs tid för förankring mellan träffarna. Kontinuitet och deltagande i gruppen har varit en styrka, men med öppenhet för kompletterande kompetenser, funktioner och aktörer. Flexibiliteten när det gäller innehåll, form och kompetens är en nödvändighet för att få till en bra process.

#### **8.1.2 Fånga**

I den andra fasen ville vi fånga människors behov, såväl kända som dolda. För att identifiera behoven kan man använda sig av olika etnografiska verktyg som till exempel skuggning, dagböcker och djupintervjuer. Olika verktyg kan kombineras för att få en djupare förståelse, eftersom vad vi människor säger är inte alltid samma sak som vi faktiskt gör.

Projektet valde att använda djupintervjuer som verktyg. Kundens och personals erfarenheter fångades upp genom att deras egna berättelser dokumenteras. Det hjälpte oss också att definiera och spetsa problemställningen och designutmaningen. Syftet var att få en helhetssyn på hur verksamheter upplevs och fungerar. En och samma situation upplevs ofta på olika sätt ur olika perspektiv.

##### **8.1.2.1 Djupintervjuer med personal**

Personal som i sitt arbete möter personer med psykisk ohälsa identifierades. Det handlade om olika yrkesroller hos olika aktörer såsom; arbetsgivare (HR-chefer/konsulter, enhetschefer), företagshälsovård (företagssköterskor), hälsa- och sjukvård (allmänläkare, psykiatriker, psykologer, kuratorer), Försäkringskassan (handläggare, samverkansansvarig), Arbetsförmedlingen (handläggare, samverkanssamordnare, arbetsterapeuter). 32 personal intervjuades för att få deras beskrivning av hur de idag arbetar med personer med psykisk ohälsa, hur de samverkar med andra aktörer, osv.



### 8.1.3 Förstå

För att förstå människors upplevelser kartlade vi dem genom att *visualisera användarens berättelse* med en så kallad customer journey / kundresa. Detta för att göra bakgrundsmaterialet förståeligt för kunder och personal. Denna fas resulterar i insikter om vilka behov användaren har och vilka nya lösningar som behövs för att möta behoven.

Syftet var att få en bredare förståelse för hur verksamheterna och individens rehabiliteringsprocess fungerar. Det blir då enklare att upptäcka vad som fungerar, vad som inte gör det och vad som behöver förbättras. Utmaningar som uppstår inom och mellan organisationer i olika skeden synliggörs genom kundresan liksom hur åtgärder påverkar andra aktörer. Det ger ett underlag för att värdera aktörers gemensamma, liksom respektive organisations egna, förmåga att bidra till det övergripande syftet att tillgodose målgruppens behov.

”Kartan”/Flödet synliggör förbättringsområden och ger ett underlag för dialog om vilka områden som är intressanta att utveckla för att förebygga ohälsan samt förkorta sjukskrivningsprocesser. Utvecklingsområden kan handla om förstärkning av tidigare verksamhet, prova/utveckla ny verksamhet, utveckling av nya metoder eller rutiner i samverkan mellan organisationer samt förebyggande arbete eller främja återgång till arbete. Flödet i rehabiliteringsprocesser förtydligas utifrån kundens behov, beteenden och förväntningar för att lära om vilken förbättringspotential processen har. (Tillgänglighet, bemötande, bedömning, sammansättning av kompetenser, samverkan mellan parter i processen). Nyttan för individen var i fokus!

Kundresan blev en beskrivning av vägen från det att symptomen blir kända hos någon av aktörerna (ett behov finns hos den enskilde) tills att händelserna hos aktörer har avslutats, alternativt tills det att behov hos den enskilde har tillgodosetts. Personens resa och interaktion med berörda myndigheter sammanställdes och visualiserades genom ett antal processkartläggningar där personens händelser blir synliga utifrån vem som gjort vad i en tidslinje. Till exempel synliggörs bedömningar, utredningar, insatser och uppföljningar.

#### 8.1.3.1 Persona Anna och kundresa

Intervjuerna i form av transskript analyserades gemensamt i en workshop av intervjuare och designteamet. Det var viktigt att säkerställa att vi hade en gemensam förståelse om personernas upplevelser och behov. Beröringspunkter (händelser/situationer) som skapat en stark positiv eller negativ känsla hos individen identifierades. Sammanställningen resulterade i en rapport<sup>22</sup> som beskriver persona ”Anna” och hennes resa under sin sjukperiod. Frågor som ”Hur beskriver Anna sig själv?”, ”Vad är hennes styrkor?”, ”Vilka positiva och negativa konsekvenser får hennes beteende och handlingar?”, ”Hur ser hennes resa ut?”, ”Kan man dela in det i olika faser, i så fall hur?”, ”Vad gör, tänker och

<sup>22</sup> Försäkringskassan Person Anna – Psykisk ohälsa Värmland av Augur Insiktsbyrå.

känner Anna i de olika faserna?”, ”Vilka aktörer möter hon?”, ”Hur tillgodoser aktörerna Annas behov”. Alla dessa frågor diskuterades utifrån den kunskapen designteamet och Augur hade fått med sig från intervjuerna.



Personporträttet ANNA formades och ANNAs resa delades in i olika faser, som namngavs.



### Annas före: hinner inte prioritera sig själv.

Anna är prestationsdriven dvs. hennes värde och självbild hänger ihop med hennes prestationer. Hon har få uttalade egna behov vilket innebär att fokus främst är på andras välbefinnande. Hennes olika egenskaper uppmuntras av omgivningen, och uppfattas av både henne själv och andra som positiva. Anna sätter andras behov framför sina egna vilket i längden blir på bekostad av hennes eget välmående.

*”En vanlig vardag går Anna upp tidigt och försöker få iväg morgontrötta och envisa barn till dagis. Hon hinner inte själv äta frukost och kommer till jobbet med andan i halsen. Hon hinner precis klocka in i tid på avdelningen där hon jobbar. Hon tröstar en ledsen kollega och tar en diskussion med chefen om att avdelningen är kraftigt underbemannad. Det är ofta hon som får säga till. Anna är dessutom ansvarig för ett nytt projekt på avdelningen så lunchen går åt till att rodda med det. Efter jobbet stressar hon iväg till dagis för att hämta barnen. Hon lagar barnens favoritmat som hon vet att de uppskattar. Efter att Anna har nattat barnen bestämmer hon sig för att tvätta och förbereda inför middagen hon ska ha i helgen. När hon går och lägger sig inser hon att hon snart måste gå upp igen”.*



**Annas kamp: klarar inte av att ha många bollar i luften.**

När Anna inte klarar av att leva upp till de krav hon har på sig själv men också de krav hon uppfattar att omgivningen har på henne, påbörjas hennes kamp. Livspusslet blir svårare att hantera, hon börjar tappa kontrollen och livet rullar inte längre på som tidigare.

Kampen trappas upp och leder till *kraschen* dvs. triggern till sjukskrivningen.

*”Vardagen har blivit alltmer stressig för Anna. Flera kollegor har sagt upp sig och de är alldeles för få för att hantera det ökade trycket på avdelningen. Anna känner att hon får för stort ansvar för patienterna. Anna har jobbat över flera gånger den här veckan. Hennes ena sons inskolning har varit svårare än för det äldre barnet, vilket gör Anna väldigt ledsen. Hon lider när hennes omgivning inte mår bra och när det inte blir som hon tänkt sig. Projektet på jobbet känns alltmer krävande och hon glömmet bort viktiga deadlines. Hon har börjat känna sig väldigt trött men när hon går och lägger sig på kvällarna har hon ändå svårt att somna”.*

**Annas krasch: bågaren rinner över.**

En dag säger det stopp. Anna berättar hur hennes kropp en dag säger ifrån. Hon minns tydligt den här dagen och till och med klockslaget, och kan redogöra för kraschen i detalj.

*”En dag när Anna är på väg till jobbet kommer hon på sig själv med att ha glömt bort vart hon ska. Hon stannar till vid väggkanten och tar några djupa andetag och börjar gråta. Hon gråter tills hon svänger in på parkeringen på jobbet. Hon torkar tårarna och väl på jobbet kastas hon direkt in i ett nytt allvarligt patientfall. Hon känner sig yr och mår illa. Hon går till köket och bryter ihop, hon gråter igen. En kollega säger att hon kommer prata med chefen och att Anna ska åka hem. En annan kollega skjutsar hem Anna som inte säger något, hon bara gråter. Anna tänker att hon behöver vila några dagar och blir sjukskriven en vecka”.*

**Anna sjuk: känner inte igen sig själv.**

Efter kampen och kraschen mår Anna mycket dåligt. Hon känner sig orkeslös och har svårt att hitta mening i tillvaron. Kampen och kraschen har fått Anna att ifrågasätta sig själv och vem hon är. Hon känner inte igen den person hon har förvandlats till, vilket skrämmer henne.

*”Annas vardag kan se olika ut, de flesta dagarna orkar hon inte ta sig ur sängen. Hon har dåligt samvete för att hon inte är på jobbet och för att hennes man får sköta hemmet. I övrigt orkar hon inte tänka så mycket. Alla uppgifter är överväldigande, hon orkar inte ens duscha och ta på sig kläder. Det kan gå dagar utan att hon gör någonting alls. Anna väntar på att det ska gå över och tror att om hon bara sover så kommer hon snart tillbaka. Hon känner sig ledsen över att hon inte orkar något, hon känner sig misslyckad. Hon lider av att bara vara hemma utan att åstadkomma något. Anna orkar inte träffa någon men försöker hålla kontakt via digitala kanaler”.*

**Anna har genomgått en förändring.**

Under kampen och i och med kraschen växer de negativa konsekvenserna av Annas självbild sig allt starkare. Anna förändras till en person som hon får allt svårare att identifiera sig med. Hon beskriver att: *”normalt är jag en glad och positiv person men nu är jag bara arg och irriterad hela tiden”.* En annan stor skillnad är att Anna inte längre får

saker gjorda och inte känner något driv, vilket tär på hennes självförtroende som är beroende av hennes prestationer.

Förändringen är av betydelse för hur Anna behöver bli bemött under sjukskrivningen. Det är svårt både för Anna och omgivningen att förstå hur sjuk hon verkligen är och att det tar tid att bli frisk. När Anna inser att hon är sjuk är hon mer mottaglig för hjälp, stöd och vägledning framåt.

### **Anna idag: försöker prioritera sig själv med fortsätter kämpa med att hitta sitt nya jag.**

För Anna pågår än idag en kamp. Hon kämpar för att hitta sitt nya jag och att bli bättre på att tänka på sig själv för att må bra. Hon måste bygga upp en ny vardag som fungerar för henne och som hon kan må bra i.

Under processen upplever Anna att hon har lärt sig mycket om sig själv; både sina styrkor och sina begränsningar. Det är smärtsamt för Anna att överge den hon var och den stora frågan som hon tampas med idag är; Vem är jag nu? Anna orkar inte se så långt fram utan måste fokusera på nuet och ta en dag i taget.

#### **8.1.3.2 Viktiga hållpunkter i Annas resa**

Under Annas resa finns viktiga hållpunkter för att resan ska bli bra. Aktörerna enskilt eller i samverkan behöver se till att dessa hållpunkter förbättras.

**Fas 1 – Kampen:** Om omgivningen kan fånga upp Annas signaler och hjälpa henne kan kraschen kanske undvikas.

- *Vård:* Om läkaren på vårdcentralen förstår Anna och har kunskap och förståelse om hennes tillstånd och behov kan kraschen undvikas. Rätt attityd kan göra att hen når fram till Anna och kan stoppa kampen. Anna har behov av att få ”verktyg för att hantera sin situation i sin helhet”, inte endast symptomlindring. Anna ser sig inte själv som sjuk och ifrågasätter medicinering och sjukskrivning. Hon behöver hjälp att inse allvaret i situationen. Möten med olika läkare försvårar helhetssynen.
- *Arbetsgivare:* Kollegor uppmärksammar ofta Annas mående och beteende, vilket Anna uppskattar. Det är avgörande att Annas arbetsgivare/chef uppmärksammar Annas signaler eftersom Anna inte alltid själv är lyhörd för sitt eget mående. En kompetent chef kan hjälpa Anna att stoppa sitt destruktiva mönster och förebygga en kommande krasch. Chefen behöver förstå Annas behov och kan behöva ökad kunskap och förståelse för Annas situation för att kunna agera. Chefer behöver förutsättningar att se Anna. Vid sjukfrånvaro har Anna behov av kontinuerlig kontakt. Rutiner, ansvarsfördelning och verktyg underlättar för chefer och HR-funktioner förbättrar förutsättningarna för dialog med Anna.
- *Företagshälsovård:* Vid en tidig kontakt och kartläggning av behov kan rätt förebyggande insatser sättas in. Företagshälsovården kan se det Anna inte ser och fånga signalerna i tid – dra i handbromsen.

- *Arbetsförmedlingen:* Frågeställning: I samverkan mellan *arbetsgivare och AF/FK kan Anna hitta andra arbeten eller arbetsanpassningar som bättre matchar hennes behov??*

**Fas 2 – Kraschen:** När Anna har kraschat behöver hon igenom ”resan” för att komma tillbaka, men det kan gå olika fort och vara olika smärtsamt beroende på vilken hjälp hon får.

- *Vård:* Anna behöver hjälp med att snabbt få en läkarkontakt och en samtalskontakt. För Anna är det oklart om vart hon ska vända sig för att få hjälp. Om Anna träffar en läkare som snabbt förstår hennes krisläge kan hon få bryta sitt kamp-läge och med en längre sjukskrivning (än 14 dagarsperioder) snabbare komma tillrätta med sitt mående.
- *Arbetsgivare:* Det är först efter påtryckning av kollegor samt ökad sjukfrånvaro som arbetsgivare/chef förstår att Anna inte kan jobba. Anna behöver hjälp att ta tag i sin situation. Rutinerna (att systemet triggas igång som det är tänkt) som chefen stödjer sig emot är jätteviktiga för att chefen och arbetsgivaren agerar rätt här! Om chefen gör fel så måste någon hjälpa chefen.

**Fas 3 – Ambivalens:** Anna förstår inte hur sjuk hon är och behöver förutom omsorg och omvårdnad hjälp att förstå allvaret i sin situation.

- *Vård:* Anna behöver få träffa samma läkare och slippa dra sin situation om och om igen. Anna behöver konkret hjälp, tid för samtal, har ofta skuld och skam. Vilket bemötande, bedömning och behandling Anna får påverkar hur snabbt hon kan gå vidare.
- *Arbetsgivare:* Viktigt med kontinuerlig kontakt. Om arbetsgivaren är lyhörd, ställer frågor och tar initiativ blir hen ett viktigt stöd för Anna, som i detta skede känner sig vilsen. Detta kan frigöra Anna från sin roll som projektledare i sjukskrivningen. En frånvarande och oengagerad chef försvårar Annas resa. Anna själv lägger ner mycket tid på att stressa upp sig inför att hon måste bli frisk och komma tillbaka till jobbet. Anna ska jobba.
- *Försäkringskassan:* Försäkringskassan finns bara i Annas periferi. Hon hör att hon inte ska räkna med att Försäkringskassan godkänner sjukskrivningen och hon blir rädd för att inte bli trodd. Initialt är Annas tankar om Försäkringskassan kravfyllda (tex skicka in blanketter i tid, anmäla och ansöka). Detta skapar en viss oro hos Anna rörande ekonomin. Det underlättar för henne när någon i hennes närhet hjälpt henne med detta. Pga väntan på kompletterande uppgifter från läkare, kan besked om sjukpenning dra ut på tiden. De flesta hade ”tur” att träffa en bra handläggare och kontakten med handläggaren upplevs positiv.

**Fas 4 – Erkännande:** Anna börjar förstå hur sjuk hon är och att det här kommer att ta tid, hon blir mottaglig för hjälp.

- *Vård:* Anna behöver hjälp med hur hon ska förstå sin sjukdom och sitt tillfrisknande. Hon behöver få konkreta mål, som att le en gång om dagen/träffa



en person i veckan etc och förstå att hon inte ska starta eget företag. Anna vill ha verktyg för att bli frisk. Kan nu tänka sig medicinering. Anna har behov av att läkaren eller terapeuten är inlyssnande och för att hon ska fortsätta känna stöd krävs att hon får träffa samma läkare/terapeut.

- *Arbetsgivare:* Chefen behöver se till Annas behov och ha en löpande kontakt.
- *Företagshälsovården:* team med olika kompetenser ger bra helhetssyn. Avstämning med arbetsgivare behöver fungera bra – en aktivt samordnad rehabilitering. Anna upplever att chefen blir en mellanhand mellan Anna och Företagshälsovården.
- *Försäkringskassan:* Anna känner att hon får vara länken mellan arbetsgivaren och Försäkringskassan och beskriver det som jobbigt och stressigt. Anna har minnessvårigheter. Anna känner sig trodd när hon får beviljad sjukpenning.

**Fas 5 – Fotfäste:** Anna börjar se lite ljus på framtiden och behöver hjälp att bromsa och inte springa för fort. Här uppfattar Anna att hennes väg tillbaka börjar.

- *Vård:* Anna har dåligt samvete för att hon behöver tid för sig själv. Läkaren och terapeuten behöver stödja Anna i det så att hon inte släpper på det. Här upplever Anna att hennes rehabilitering börjar.
- *Arbetsgivare:* Handlingsplanen som tas fram på avstämningsmötet behöver vara rimlig och väl anpassad till Annas behov. Det är viktigt att rehabiliteringen sen följer handlingsplanen och inte forceras för att det passar arbetsplatsen bättre. Inte heller Anna ska tillåtas forcera planen.
- *Samverkan:* Avstämningsmötet med Försäkringskassan, chef och läkare är bra för Anna, eftersom det knyter ihop samtliga kontakter som hon har under resan. Mötet kommer ofta rätt i tiden, men Anna efterlyser ett tätare samarbete mellan de olika aktörerna. Anna orkar inte att själv vara initiativtagare och projektledare i sin egen rehabilitering.

Anna är i behov av en kontakt i "systemet" som hon kan känna sig trygg med och lita på. Någon som känner henne väl och som kan se till att Anna får rätt insats vid rätt tidpunkt.

Anna berättar att det har underlättat för henne att prata med någon som upplevt samma sak. "Människor som själva upplevt det, är de enda som kan förstå".

Ett alternativ för Anna är att hon söker nytt jobb eller börjar studera. Samarbete Arbetsförmedlingen?

**Fas 6 – Comeback:** Anna är på väg tillbaka men tvingas in ett system av regler som inte handlar om hennes behov och som riskerar att kasta henne tillbaka in i sjuk.

- *Vård:* Anna vill gärna behålla sin läkare eller terapeut som en trygghet. Det är viktigt att hon inte känner sig helt lämnad, eftersom vägen tillbaka ofta är lång och krokig. Bra planering är en framgångsfaktor – upplägg och ramar ger trygghet.
- *Arbetsgivare:* Social träning är ett viktigt första steg i Annas återgång i arbete. När det prioriteras av arbetsgivaren underlättar det Annas förberedelse. Enbart åsynen av arbetsplatsen är ett stort steg för Anna. Den sociala träningen blir lätt arbetsträning och arbetsträningen blir lätt deltidsarbete. Anna har själv svårt att bromsa. En stor risk för Anna!

Kollegorna är ett viktigt stöd när Anna kommer tillbaka till jobbet.

- *Försäkringskassan:* Försäkringskassans regler om deltidssjukskrivning (25, 50 eller 75%) och arbetsplatsens behov av att få in Anna i ordinarie schema gör att Anna kläms mellan regler. Hon kämpar för att hålla i sina egna behov, hon pressas hårt för att släppa på dem. Fyrkantiga regelverk gör att Anna riskerar att jobba mer eller fel så att hon blir sjuk igen.

Samordningen är viktig för att få ett helhetsgrepp – arbetsträning i egen takt.

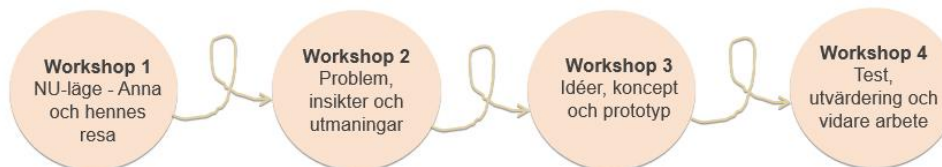
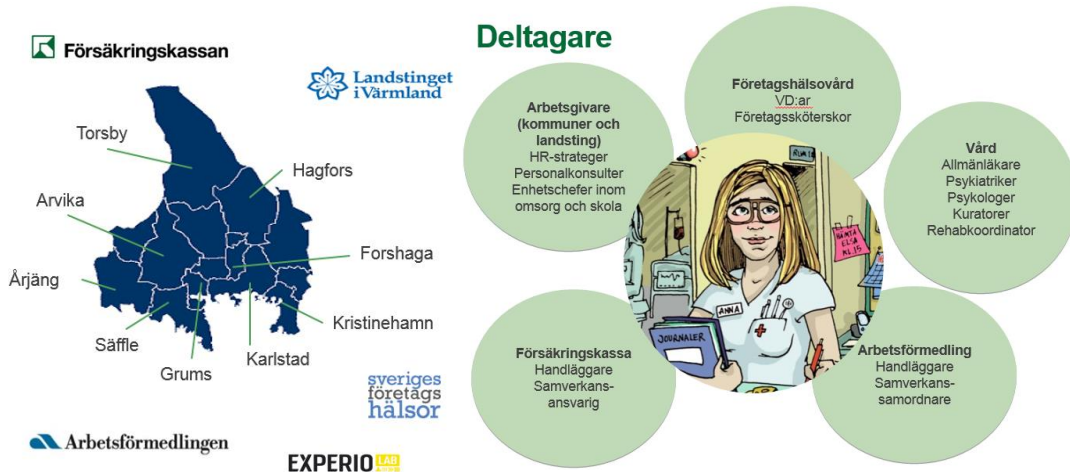
- *Arbetsförmedlingen:* risk att Arbetsförmedlingen tar över arbetsgivaransvaret. Kan Arbetsförmedlingen hjälpa Anna vidare i arbetslivet?

**Sammanfattningsvis** finns tre viktiga övergripande insikter:

- Mål- och prestationsinriktad, envis och ansvarstagande är alla **egenskaper hos Anna som försvårar upptäckten av hennes psykiska ohälsa**. Det ligger i Annas natur att "överleva" och inte visa sig svag eller be om hjälp. Därför är det avgörande att någon i hennes omgivning reagerar på hennes signaler. För att förebygga *kraschen* krävs det att arbetsgivare och chefer är proaktiva, initiativtagande och har rätt verktyg för att förstå och ingripa under *kampen*, innan det går för långt.
- **Anna förändras under resans gång**, hon går från att vara spindeln i nätet både hemma och på jobbet till att inta ett håglöst tillstånd. Projektledarrollen måste axlas av någon annan för att frigöra Anna från det ansvaret.
- I nästan alla berättelser finns det **en person som har betytt något alldeles extra** för Anna och som har haft en avgörande betydelse för hur hennes resa har sett ut. Det kan vara en läkare, en terapeut/psykolog, en chef (eller någon annan i hennes närhet). Det är inte ett fungerande system som har hjälpt Anna vid vägskälen, utan istället enskilda individer med rätt kompetens som har varit avgörande för hennes resa. Anna upplever att hon har **haft tur** som har träffat den här personen och berättar att hon inte hade överlevt om det inte var för hen.

### 5.1.3.3 Workshop 1: NU-lägesbeskrivning utifrån kundens behov

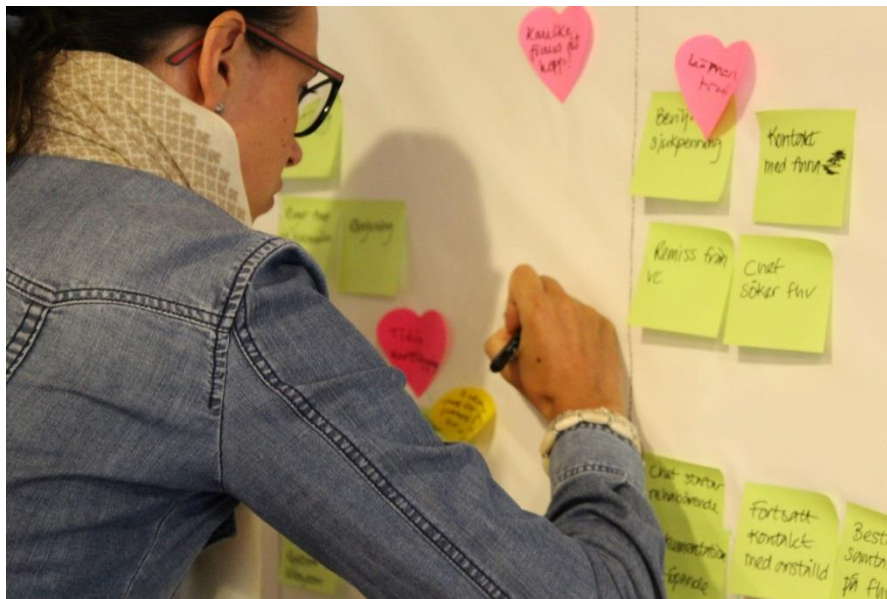
Designprocessen som skulle ta oss från nuläge till ett nyläge delades in i 4 workshops. Inbjudna till att delta i dessa workshops, var personal som i sin yrkesroll kommer i kontakt med personer med psykisk ohälsa. Ca 30 deltagare fanns representerade från 16 olika organisationer.



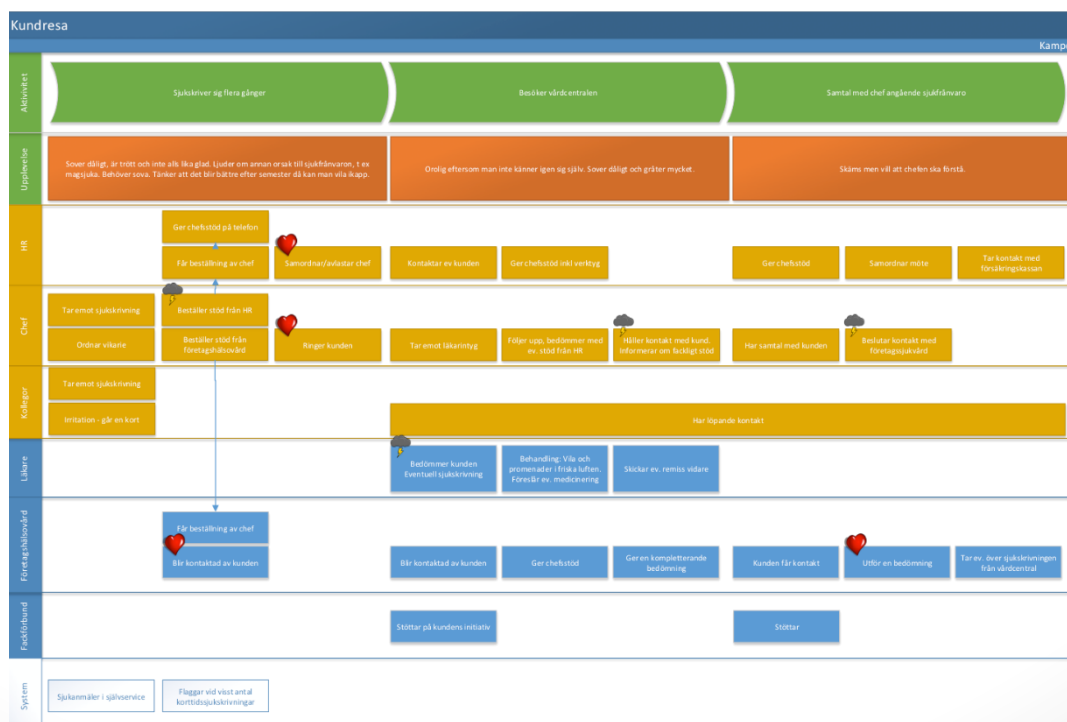
Under den första workshopen beskrev vi bakgrunden till utvecklingsarbetet och presenterade tjänstedesign som utvecklingsmetod. Därefter presenterades personan "Anna" och hennes resa, som gav insikt i vad Anna upplever i sina möten med olika aktörer samt vad hon tycker är avgörande för att sjukprocessen ska bli bra. Deltagarna fick reflektera över berättelsen i förhållande till sina respektive verksamheter. Deltagarna fick komplettera Annas resa med de insatser de gör för Anna. Det resulterade i en *tjänstekarta*<sup>23</sup> som är ett verktyg där aktörernas aktiviteter sätts i relation till kundens upplevelser, den synliggör vad som händer på och bakom scenen i mötet med kunden. Genom att göra en tjänstekarta fick deltagarna samarbeta och få större kunskap om vad

<sup>23</sup> Tjänstekarta

de gör för Anna och hur de samverkar med varandra. Viktiga hållpunkter identifierades på Annas resa ("hjärnan" – det som Anna tycker fungerar bra och "åskmoln" – det som inte fungerar).



Projektet har inte haft som ambition att i detalj beskriva aktörernas alla aktiviteter eftersom olika organisationer har olika lösningar. Däremot kan tjänstekartan fungera som ett bra verktyg för ett vidare arbete i aktörers verksamhetsutveckling.



Tjänstekartan är ingen sanning i den bemärkelsen att det är ”så här det alltid går till”. Flera av aktörerna pratade om att ”vi gör så ibland” eller ”i de bästa av världar”, osv. Reflektionerna som vi har är: Hur kommer det sig att vi är så många som säger oss göra så mycket, men Anna märker nästan ingenting? Gör vi det vi säger att vi gör? Är det vi gör osynligt för Anna – i så fall varför? Gör vi saker för varandra och inte för Anna?

Tjänstekartan skapade en första organisationsövergripande bild av samhällets verksamhet i nuläget med fokus på enskilda och deras behov, dvs insatser från det ”lokala och regionala systemet”/ rehabiliteringsprocessen för personer med psykisk ohälsa. Syftet var att identifiera organisations specifika respektive organisationsövergripande utmaningar. Visualiseringen var viktig för att skapa samsyn om varandras verksamheter och kopplingarna dem emellan.

Vi konkretiserade även problemformuleringen och målsättningen med workshopprocessen med syftet att aktörerna skulle arbeta utifrån en helhetssyn.

*Problemformulering:* Vi (aktörer) har inte tillräcklig kunskap och förståelse om våra kunder, psykisk hälsa och psykosocial arbetsmiljö. Därför kan vi inte i tillräcklig utsträckning möta individens behov för att bli frisk och komma tillbaka till yrkeslivet.

*Målet:* Kunden ska få en långsiktigt hållbar arbetssituation. Vi förstår kundens behov och ger bästa möjliga stöd för att:

- Kunden kan behålla en god hälsa på arbetet (förebygga/förhindra)
- Finna fler vägar vidare för kunden att bli frisk (förkorta och återgå i arbete)
- Rehabiliteringen är behovsanpassad och upplevs värdefull (värdeskapande utifrån behov)

Metoden att personifiera Anna och beskriva hur hon upplever sin vardag och vilka behov hon har blev ett effektivt verktyg för att beskriva hur det ser ut och vad de olika aktörerna gör för Anna och inte fastna i lagar och regler och vad var och en inte gör.

Tjänstedesignerna användes som processledare för workshopen. Syftet med metoden var även att skapa samsyn, sammanhållning, förankring och förändringsvilja hos deltagarna. Syftet med workshopen var att deltagarna blivit informerade om syfte, metodik och upplägg samt att de hade möjlighet att påverka det fortsatta arbetet. De skulle även förstå vikten av sin medverkan och den kunskap de har att bidra med. Den allra viktigaste delen under dagen var att skapa förståelse för Annas behov.

Workshopen dokumenterades och tjänstekartan sammanställdes av designteamet och skickas ut till deltagarna.



### 8.1.3.4 Workshop 2: Fördjupad analys av nuläget och identifiera insikter och utmaningar

Processledarna / tjänstedesignerna förtydligade återigen kundresan för att skapa djupare förståelse för ANNAs resa. Deltagarna fick analysera och reflektera över vilka problemområdena (åskmolnen) för Anna.

Vissa händelser från NU-lägesanalysen är återkommande genom hela tjänstekartan och händelserna bearbetades, grupperades och analyserades. Detta resulterade i att de sex faserna formulerades i tre tema-områden:



**Anna på jobbet** – Annas beskriver ett ohållbart läge på jobbet. Anna beskriver arbetsbelastning, mer ansvar än vad tjänsten kräver eller Annas kompetens och förmågor klarar av samt känslan av otillräcklighet och värderingar om varför hon valt sitt yrke menar Anna att det är jobbet som gör henne sjuk. Det är ett ohållbart läge som inte förändras trots att Anna signalerar på olika vis. Det är till exempel en elev i skolan som har extra behov som Anna inte kan lösa, hon försöker och försöker men misslyckas. Det kan även vara en äldre inom hemtjänsten som vill att Anna ska stanna lite till, som behöver ett längre toalettbesök än vad Anna har schema för. Det kan vara ett barn på intensivvård som Anna får ansvar för men som hon önskar att kollegorna med mer erfarenhet kunde ta mer ansvar för, Anna blir stressad över att konsekvensen kan medföra att ett barn ska dö på grund av henne. Anna har också ett liv hemma som drar i henne. Hon har en självbild om hur hon måste vara för att vara duglig, det gör henne ont men det är ändå situationen på arbetet som går överstyr och det faktum att Anna inte blir lyssnad på av ansvariga är det som driver henne i utmattning. Anna på jobbet är främst ett problem i kampen och kraschen, men kan kanske även vara aktuellt även i comebacken, eller efter comebacken. För att inte en ny krasch ska inträffa.

**Annas ständiga kamp** – Anna kämpar genom hela resan. Kampen ser lite olika ut men den pågår genom alla faser. Problemet med Annas ständiga kamp är att varken hon eller någon annan riktigt förstår den. För Anna är den ju en del av henne, att upprätthålla självbilden som duglig och kapabel, som effektiv och kunnig. Annas kamp visar sig i att hon inte förstår att hon är sjuk, att hon inte lyssnar på sin egen kropp, inte på sin omgivning, inte på sina egna behov. Att hon i kraschen trots att hon nästan inte kan röra sig rent fysiskt, tänker att hon ska till jobbet. Att hon överväger att gå till jobbet fastän

hon har känslor av att inte vilja leva. Om hon söker hjälp och inte blir bemött med tillit så kommer hon vända det mot sig själv. När läkaren varnar henne för att Försäkringskassan inte kommer godkänna hennes sjukskrivning så blir hennes förståelse att hon kanske inte är sjuk då. Annas kamp handlar om lojaliteten med kollegorna. Men att vara oklanderlig i sitt yrke. Kampen är en stark motkraft för att Anna ska bli frisk och komma tillbaka eftersom den hindrar henne från att lyssna på sig själv, hindrar andra från att förstå hur dåligt hon mår och att hon behöver hjälp. Men Annas kamp är också det som gör att hon kommer vidare framåt men utan stöd så skenar hon iväg, i jakten på effektivitet och duglighet. Kampen hindrar Anna från att få den återhämtning och läkning hon behöver. Det är först när Anna erkänner för sig själv att hon är sjuk som kampen avtar något, men då tar systemet vid och hon får kämpa mot fyrkantighet och regler, det är så lätt för Anna att igen släppa på sina egna behov. Annas ständiga kamp finns med genom hela resan.

**Annas behov av stöd** – Anna behöver kontakt med sin chef under hela resan. Anna vill känna att chefen bryr sig, utan att lägga sig i. Hon tycker att hon försökt berätta för sin chef att arbetsituationen inte är hållbar och vill att chefen bekräftar henne i det, men det händer inte. Blir Anna bortglömd här, alltså om hon inte får kontakt med sin chef så uppstår det lätt en kil som är svår att få bort senare. Anna ser chefen som delvis ansvarig för den situation som uppstått och Anna vill inte att chefen frågar hur hon mår, när hon kommer tillbaka eller hur länge hon tror att hon behöver vara sjuk. Anna vill ha medmänsklighet och känna tillhörighet.

I början behöver Anna ren omvårdnad. När läkaren säger att hon ska gå ut i skogen så förstår hon inte eftersom hon inte ens har ork att ta på sig jackan. När läkaren föreslår medicin så vill hon inte ha det, hon vill bli frisk och ser inte att medicinen kommer göra det för henne. Hon vill ha verktyg och GÖRA sig frisk. När hon inte får hjälp att förstå sin situation så gissar hon, hon förminskar sina symptom och testar sina förmågor vilket gör henne än mer sjuk. Anna får hjälp, hon får insatser men beskriver hur de ofta kommer helt fel. Om rehab-möten initieras innan hon själv på riktigt förstått sin situation så kommer det inte att hjälpa henne utan riskerar istället att göra henne mer sjuk, eftersom Anna innan erkännandet inte kan se vilka besvär hon egentligen har. I kontakten med läkaren behöver hon förstå vad som är rimliga mål under en sjukskrivning, vad som är hoppfulla signaler om att hon är på rätt väg. Hon behöver höra att det inte betyder att hon ska starta eget företag som målet utan att le en gång om dagen, att träffa tre personer på en vecka. Annas behov av stöd handlar mycket om timing och att stödet möter Annas reella behov, där och då. Behov som Anna inte alltid är öppen med utan som hon kanske behöver hjälp att uttala. Annas behov av stöd följer genom hela resan men ser mycket olika ut. Rätt stöd vid rätt tillfälle kan göra att resan förkortas.

**Annas väg tillbaka** – Annas väg tillbaka börjar först i fotfästet, säger hon själv. Det är först här hon vågar tro på en framtid, även om den bara är en vecka fram. Anna har förstått att hon behöver ändra saker i sitt liv, i sitt beteende för att kunna komma tillbaka. Hon ser att hon behöver bli bättre på att lyssna på sig själv, att ta tid för sig själv och ta ansvar för sina behov av återhämtning och lugn. Här har Anna ett rehabiliteringsmöte med Försäkringskassan, arbetsgivaren och läkaren och det tycker Anna är bra. Men det är svårt

för Anna att hålla i sina behov och hon vill gärna vara kapabel och duglig, hon har svårt att säga nej och blir glad när andra hjälper henne att bromsa. Hon berättar att om det kopplas på en bra HR-konsult så har hon ofta haft hjälp av det. Hon säger att då har planen framåt känns bra. I vissa fall har det hjälpt att få veta att hon inte ska tillbaka till samma arbetsplats. Får hon hjälp att förstå att det är okej att må dåligt bara av parkeringen eller arbetskläderna så är det bra. Får hon hjälp med att se att det får ta tid, att social träning kan vara steg ett så är det hjälpsamt. Små steg tillbaka hjälper Anna. Men det finns stora risker här. Anna upplever att hon möter ett fyrkantigt system med regler och procentsatser. Hon blir en länk mellan olika parter som tycker olika saker i hennes återgång och planen som de kom överens om går lätt att frångå på arbetsplatsen. Hon orkar inte bråka... Hon jobbar 8 timmar, 2 dagar i veckan fast det egentligen inte alls passar hennes behov för att må bra, hon jobbar 50% fastän hon egentligen bara orkar 37%. Får Annas behov vara vägledande här, att hon kan få frihet att själv bestämma hur hon ska fördela sin tid så fungerar det väl för Anna, då tar hon ansvar för sina behov och testat lite utifrån vad som fungerar hemma och på jobbet. Då kan hon träna på att lämna barnen på förskolan fastän hon är hemma, då kan hon testa hur det blir om hon göra alla ärenden en dag eller om det är bättre att sprida ut dem. Anna behöver frihet att testa sig fram vad som fungerar så hon hinner återhämta sig mellan arbetspassen. Hon behöver mycket tid för sig själv och det sliter hon med. En flexibel arbetsgivare kan hjälpa Anna att bli frisk och stabil i sin tillbakagång i arbete. Annas väg tillbaka börjar i fotfästet och pågår långt efter att hon är tillbaka på schema i arbete.

Utifrån berättelserna ovan formulerade deltagarna insikter och definierade utmaningar. Insikterna formulerades genom att inleda med "vi har funnit att..." och utmaningarna med "hur skulle vi kunna...".

## ANNA på jobbet

### INSIKT:

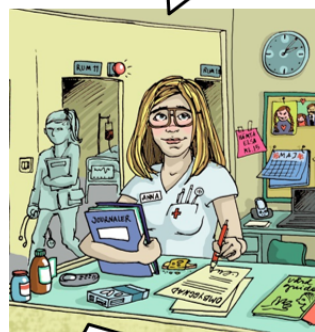
Vi har funnit att varken Anna eller hennes omgivning förstår att hon blir sjuk av sin situation på jobbet. Anna behöver hjälp att förstå allvaret i situationen, att hon riskerar att bli allvarligt sjuk. Samtidigt klarar hennes omgivning inte av att fånga upp hennes signaler om att situationen är ohållbar och hjälper därför inte Anna att bromsa ordentligt. Om inget förändras kan kraschen vara ett faktum.

### UTMANING:

Hur skulle vi kunna hjälpa Anna och hennes omgivning att förstå att hon riskerar att bli allvarligt sjuk, att bromsa ordentligt?

"Jag ljög om att jag hade magsjuka"

"Då börjar jag gråta. Jag gråter hela vägen till jobbet. Jag kan inte sluta gråta."



"Det var skönt att någon annan tog beslutet, som sa att jag inte skulle till jobbet i morgon"

"Jag fick först 50% sjukskrivning i fyra veckor och intyg att inte jobba natt. Men jag blev bara sämre och sämre"



## ANNAs ständiga kamp

"Jag ville inte andas, inte leva, inte äta, inte prata"

"Den läkaren förstod snabbt att jag var sjuk och sjukskrev mig en månad"

### INSIKT:

Vi har funnit att Anna upplever sin tillvaro som en kamp där ingen ser, hör eller förstår henne.

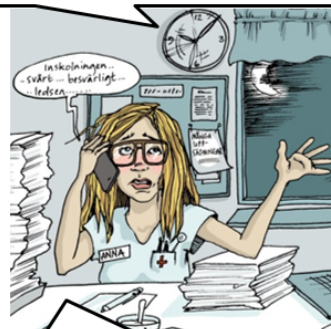
Anna förstår inte vad som händer med henne och det oroar henne. När Anna söker hjälp så möter hon inte rätt kompetens eller förståelse för sina behov. Hennes sjukdomsförlopp blir ryckigt, hon mår bara sämre och sämre och hjälpen blir kortsiktig.

Hon tolkar signalerna från omgivningen som att hon nog inte är så sjuk vilket gör att hon förminskar sina symptom och pressar sig ytterligare. Anna riskerar att bli allvarligt och långvarigt sjuk när hon inte får rätt hjälp.

### UTMANING:

Hur ska vi möta Anna med rätt kompetens tidigt så att hon får vad hon behöver?

"Läkaren frågade mig hur mycket jag ville vara sjukskriven. Jag sa att 25% i två veckor kunde vara lagom. Men jag hade behövt vara sjukskriven helt."



"Kroppen bestämmer över mig, den känslan kvarstår. Man sover, man gråter. Jag mår dåligt över att jag inte orkar."

## ANNAs väg tillbaka

### INSIKT:

Vi har funnit att Annas väg tillbaka kan börja först när hon känner att hon har fotfäste igen.

Anna vill och kan vara med och påverka hur hennes väg tillbaka ska se ut. Regler och arbetssätt gör det svårt för Anna att vara delaktig och systemet är inte anpassat efter hennes behov.

Både Anna och hennes omgivning riskerar att fokusera för mycket på att hon snabbt ska komma tillbaka och till den gamla arbetsplatsen. Anna behöver ett sammanhållet stöd för att tillbakagången ska bli långsiktigt hållbar.

### UTMANING:

Hur ska vi skulle vi kunna säkerställa att Annas återgång blir bra och förhindra att hon blir sjuk igen?

"Jag hade velat veta hur rehabiliteringen skulle gå till. Jag frågade men fick höra att jag skulle vänta och lugna mig. Jag funkar inte så, jag blir lugn av att veta, inte av att inte veta."

"När jag var sjuk fanns inte framtiden. Först kunde jag bara tänka sekunder bort, sedan fram till kvällen. Nu kan jag tänka nån vecka framåt."



"Sen började jag jobba 25%. Jag hade velat lägga upp det lite annorlunda, sprida timmarna lite mer. Men de har ju sina regler."

"Det finns dagar när jag bara ligger ner. Har inte ens tanken på att gå ut bland folk."

#### 8.1.4 Förbättra

Målet med denna fas är att med kreativa metoder och samskapande workshops involvera kunder och personal i en skapande process, för att med verktyg skapa idéer om lösningar. Idéer leder till koncept som används för att förbättra tjänster. Prototyper som kan utveckla och förbättra tjänsten tas fram samt testas i den faktiska tilltänkta miljön. Därefter görs justeringar som förbättrar tjänsten och den testas igen. Målet är att ha konkreta, radikala och väl förankrade förbättringar färdiga för implementering.

Projektet valde att dela på personal- och kundgruppen. Därför genomfördes två olika workshops då det var ett önskemål från kunderna.

##### 8.1.4.1 Workshop 3: Idégenerering och prototyp

Målet med workshoppen var att hitta nya lösningar till de tidigare definierade utmaningarna. Deltagarna bestående av personal från de olika aktörerna grupperades efter de utmaningarna de valde att jobba med. I första delen jobbade vi med att skapa så många idéer som möjligt med olika idégenereringsmetoder. Vidare grupperades idéerna, valdes och vidareutvecklades till enkla prototyper<sup>24</sup>. Deltagarna fick sedan i uppdrag att testa sina idéer på hemmaplan med personal och kunder fram till nästa workshop, fem veckor senare.

Designteamet skickade ut feedback till deltagarna med ett antal frågeställningar kopplade till varje idé.

##### 8.1.4.2 Workshop 4: NY-läge; Prioritering, utvärdering och nästa steg

Vid den avslutande workshoppen med aktörerna var deltagarnas uppgift att presentera sina testade idéer och hur de hade testat dem. Deltagarna fick presentera testet av sina prototyper för en Anna-panel, som bestod av personer ur designteamet och deltagande aktörer. De ställde frågor och gav synpunkter utifrån Annas perspektiv.

Vidare användes en mall för att värdera idéerna utifrån vilket värde de skapar för kunden. Ett prioriteringsdiagram ( $y$  = värde för kunden,  $x$  = insats för organisationer) visade i vilken grad förbättringsförslaget bidrog till att tillgodose målgruppens behov samt hur "enkelt" respektive förbättringsförslag var att genomföra utifrån faktorer såsom resurser, trögrörlighet och mandat för medverkande organisationer att påverka.

---

<sup>24</sup> Bilaga: Prototyper som lösningar på identifierade utmaningar.



**Det som förvånade mig mest var** att vi är så många som möter Anna på hennes resa. Pratade mycket om workshoparna både på arbetet och privat. (Arbetsterapeut)

**Det som förvånade mig mest var** att vi, och jag, är så himla fokuserade vid lösning och att vi trots allt har fått konkreta förslag på hur vi kan arbeta vidare. (HR-konsult)

**Det som förvånade mig mest var** att hur dåligt saker fungerar i verkligheten, när det är så klokt i teorin. (Samsverkanssamordnare)

**Det jag hade kunnat göra annorlunda var** att ha kontaktat mina kollegor och avsatt tid för diskussioner mellan workshoparna. (Samverkanssamordnare)

**Det jag hade kunnat göra annorlunda var** att testa mer under projektets gång. Involverat flera kollegor (HR-konsult)

**Det jag hade kunnat göra annorlunda var** att varit mer förberedd och pratat mer om projektet på hemmaplan (Handläggare)

### 8.1.5 Förnya

Lösningarna som togs fram under projektet behöver förbättras, testas och förbättras igen innan de kan implementeras i verksamheterna.

Det är upp till deltagarna och organisationerna enskilt och i samverkan att genomföra förbättringsförslagen. Det kan handla om att vidareutveckla de idéer som togs fram under designprocessen men även kunskapshöjande aktiviteter, utveckla nya samarbetsformer för att stärka och förbättra samarbetet mellan olika aktörer, inrätta kundfokusgrupper, att utveckla gemensamma arbetsmetoder, mm.

Ledarskapet har stor betydelse för ett framgångsrikt utvecklingsarbete<sup>25</sup>:

- Skapa möjligheter för personalen att avsätta den tid som behövs för att fånga, förstå och förnya
- Medverka vid planering och aktiviteter
- Skapa arenor för dialog och förutsättningar för att alla ska kunna vara delaktiga
- Tydligt kommunicera att utvecklingsarbetet är viktigt och har en hög prioritet
- Följa upp arbetet och mäta tydliga resultat
- Sprida erfarenheter och resultat utanför den egna verksamheten

Projektet har fokuserat på att skapa lösningar som skapar värde för den som ska ta emot tjänsterna som aktörerna levererar. Genom uppföljning av kunders upplevelser och hur vi tillgodoser behoven ges ett kvitto om förbättringsarbetet har lyckats.

<sup>25</sup> Patienter och personal utvecklar vården – Handbok i erfarenhetsbaserad verksamhetsutveckling, SKL 2011

Projektets styrgrupp som bestod av chefer inom Landstinget i Värmland och Försäkringskassan i Värmland har skapat förutsättningar för att idéer kommer att förverkligas.

## 8.2 Öka kunskapen om psykisk ohälsa

### 8.2.1 Konferens

Som ett led i att sprida kunskaper om psykisk ohälsa arrangerade projektet två konferenser. Båda dagarna hade samma innehåll med syftet att öka möjligheterna för fler personal, som arbetar kring personer med psykisk ohälsa, att delta. Konferensen handlade delvis om att sprida de insikter som personer med psykisk ohälsa hade uttryckt i vår tjänstedesignprocess, liksom kunskaper från forskning och beprövad verksamhet om förebyggande insatser för att förhindra psykisk ohälsa samt dialog om utveckling av framtidens offentliga tjänster.

En av föreläsarna var Eva Vingård, professor i arbets- och miljömedicin vid Uppsala universitet. Eva var en av ett flertal forskare vid Forte (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd) som har presenterat en kunskapssammanställning på uppdrag av regeringen. Kunskapsöversikten beskriver sambandet mellan arbetsförhållanden, psykisk ohälsa och sjukskrivning och poängterar arbetsgivares viktiga roll för personers återgång till arbete efter sjukskrivning. Eva menade att de företag som lyckats främja psykisk hälsa på arbetsplatser har ett gott ledarskap som kännetecknas av rättvist, stödjande och inkluderande ledarskap och där medarbetarna vet vad som gäller och där ingen dold agenda förekommer. Det är även viktigt för medarbetare att känna att de har kontroll, inflytande och stimulans i sitt arbete.

Konferensen gästades även av Clas Malmström, psykiatriker, företagsläkare och forskare inom psykosomatik och prestationspsykologi. Psykisk ohälsa är en stor utmaning för vården och samhället och förebyggande insatser är av största vikt men många står handfallna inför utmaningen, menade Clas. Klassiska, preventiva åtgärder har varierande kvalitet och kan bli alltför defensiva och ineffektiva. Genom att öka kunskapen och förståelsen för psykisk ohälsa kan vi sätta in rätt förebyggande och rehabiliterade insatser, menade Clas. Vi behöver ha balans mellan arbetsbelastning och återhämtning. Hur mycket belastning var och en får måste ställas i relation till hur mycket varje person tål. Vad som är återhämtning, avkoppling, vila och uppbyggnad är också individuellt. Enligt den salutogena principen ska man utsätta sig för så mycket som kroppen behöver. Clas gör även skillnad på preventiva förebyggande insatser och promotiva, där de preventiva fokuserar på att minska belastning, det som är skadligt för att förhindra sjukdom samt vilka begränsningar som finns, medan promotiva insatser fokuserar på att göra det som man mår bra av, se det friska och vilka förmågor som finns, dvs öka den välgörande påverkan.

Konferensens moderator var skådespelaren och underhållaren Malte Hallquist som även höll i en konferenspunkt. Malte gestaltade de insikter som framkommit i intervjuerna med "Anna", genom film, musik, berättelser och dans. Till sin hjälp hade Malte skådespelerskan Sara Sommerfeldt och dansaren Ia Pettersson. Ett känslofyllt inspel.

Utvärderingen visade att deltagarna uppskattade innehållet och bidrog till ökad kunskap inom området<sup>26</sup>.

## 9 Resultat

Projektet har bidragit till att:

Måluppfyllelse	Resultat
De parter som arbetar med eller kring personer med psykisk ohälsa har fått ökad förståelse och kunskap om bakomliggande faktorer och hur psykisk ohälsa kan ta sig uttryck.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport: Försäkringskassan, Augur 2015. Intervjustudie med personer som har/haft psykisk ohälsa; en persona och en kundresa beskriver deras behov och upplevelser.</li> <li>- Filmer om "Anna".</li> <li>- Konferens om psykisk ohälsa.</li> </ul>
De parter som arbetar med eller kring personer med psykisk ohälsa har fått kunskap om hälsofrämjande, förebyggande och evidensbaserade arbetsmetoder inom området psykisk ohälsa.	Konferens om psykisk ohälsa.
De parter som arbetar med eller kring personer med psykisk ohälsa har skapat arbetssätt där de samarbetar med varandra på ett effektivt sätt, utifrån individens behov av individuella lösningar.	Workshopprocess med tjänstedesign som utvecklingsmetod vilken utgår från individens behov då nya tjänster utvecklas eller förbättras. Lösningar på identifierade förbättringsområden togs fram och testades i liten skala. Vidare utvecklingsarbete och implementering sker efter projektets slut.
Projektet ska ha tagit tillvara brukares erfarenheter, upplevelser och synpunkter när nya arbetssätt och samverkansmodeller skapats.	Intervjuer med personer som själva haft erfarenheter av psykisk ohälsa. Två workshops med dem som blivit intervjuade för att presentera sammanställningen samt samla in fler synpunkter och idéer om förbättringsområden.

<sup>26</sup> Bilaga: Utvärdering av konferensen.



## 9.1 Erfarenheter och observationer

Då **utvecklingsmetoden** inte var fastställd från början behövde den fastställas, tillsättas resurser, planera aktiviteter utifrån metod och sätta tidsplan. Detta tog ca 4 månader att få till, vilket medförde att genomförandefasen kom igång senare än det var tänkt. Det var dock med mycket styrka och mod som projektets styrgrupp stöttade förslaget om utvecklingsmetod och hade tålamod att invänta förutsättningar för genomförande.

Det har varit en styrka att projektet fått **tillgång till interna resurser med expertkompetens** inom tjänstedesign, både hos Landstinget i Värmland och Försäkringskassan. De olika organisationernas kompetenser har berikat projektet men även inneburit en del utmaningar, inte minst då Försäkringskassans tjänstedesigner har haft sitt säte i Stockholm. Genom en öppen dialog har processen kunnat flyta på enligt tidsplanen.

Den utvecklingsmetod som valdes är en framgångsfaktor när det gäller att få många olika aktörer att **samverka och skapa lösningar** istället för att fokusera på brister hos de andra aktörerna.

En styrka med projektet har varit att **varje steg noggrant både för-, under- och efterarbetats** i designteamet. Workshoptillfällena har genomförts professionellt och dokumentationen har bearbetats, sammanställts och skickats ut till deltagarna kort efteråt, vilket har gett förutsättningar att förankra arbetet inom varje aktörs organisation.

## 9.2 Förslag till förbättringar / Rekommendationer

### 9.2.1 Slutsatser



- Arbetsgivare och vården är viktiga relationer för kunden.
- Det finns enligt forskning ett vetenskapligt samband mellan arbetsförhållanden, psykisk ohälsa och sjukfrånvaro. Riskfaktorer i arbetslivet är psykiskt ansträngande arbete, höga krav, låg kontroll, obalans mellan ansträngning och

belöning, samt rollkonflikter. Om kvinnor och män utsätts för samma påfrestringar i arbetslivet är reaktionerna i form av psykisk ohälsa lika. Om arbetsåtergång efter en sjukskrivning för en psykisk ohälsa eftersträvas, **krävs att arbetsplatsen är involverad**, oavsett orsak till sjukskrivning.

- Kunden upplever att aktörerna har svårt att förstå vilka behov kunden har. Kunden har även en känsla av att inte bli trodd och tas på allvar och att rätt insats inte sätts in i rätt tid och av rätt kompetens.
- Aktörer behöver bli bättre på att se varje individs behov och hitta flexibla arbetsätt och samarbeten – med medvetenhet och timing ha olika lösningar för olika behov.
- Regelverket behöver bli mer flexibelt för att stärka och inte stjälpa återgången i arbete.

## 9.2.2 Rekommendationer om vidare utveckling

### 9.2.2.1 Lösning: Hållbart arbetsliv – förebyggande och rehabiliterande insatser.

- Arbetsgivare är en nyckelaktör för både det förebyggande och rehabiliterande arbetet. Fokus är framförallt på förebyggande insatser; hälsofrämjande arbetsplatser.
- Kunskapsinsatser till arbetsgivare (HR, chefer och medarbetare) – gemensamma offentliga arbetsgivare. Utifrån insikter, utmaningar och kunskap från projektet finns redan framtaget material och ytterligare material bör utvecklas samt metoder för dialog mellan aktörer, såsom Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och vården (hälsa- och sjukvård samt företagshälsovård).

### 9.2.2.2 Lösning: Flexibel återgång

- Genom en flexibel återgång där en plan läggs upp utifrån kundens behov, skapar förutsättningar för ett långsiktigt hållbart arbetsliv. Planen bör visualiseras för att kunden ska ha förståelse för delar och helhet och veta vart i processen hen befinner sig, vilka förväntningar som ställs på individen och aktörerna.
- Kunden arbetar i olika omfattning olika dagar utifrån förmåga.
- Behövs regelförändringar för att återgången till arbete ska bli hållbar?

### 9.2.2.3 Lösning: Larm – fånga signaler om psykisk ohälsa på vårdcentraler

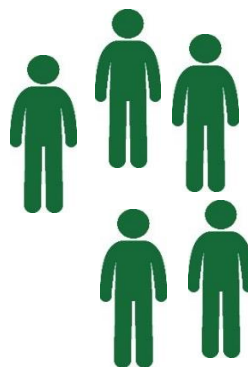
- Idén ska göra det lättare för Anna att möta rätt kompetens när hon söker hjälp hos vården. Genom att vårdens koordinator guidar henne rätt och tar kontakt med berörda hos arbetsgivare, företagshälsovård, Försäkringskassa etc kommer Anna uppleva att ”någon håller henne” och hjälper henne vidare. Insatserna är behovsanpassade, flexibla och timade utifrån Annas behov.



1. Individen söker hjälp på vårdcentralen (e-tjänst, besök eller rådgivningstelefon)



2. Sjuksköterskan uppmärksammar eventuell stressrelaterad ohälsa. Erbjuder patienten fördjupat samtal för bedömning.



3. I samtycke med patienten tas de kontakter som bedöms behövas för att tillgodose patientens behov. Ex; arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen. Ett bedömningsteam inom vården sätter in "rätt" insatser med "rätt" kompetens i "rätt" tid.

## 9.3 Kritiska framgångsfaktorer och förslag till förbättringar

### 9.3.1 Faktainsamling

Det finns mycket statistik över sjukskrivningar och jämförelser när det gäller kön, ålder, geografisk spridning, sysselsättning, etc. Det är stora databaser med mycket information men datasystemen är inte så användarvänliga och det krävs en del handpåläggning för att få ut det man frågar efter.

Rapporter levereras framför allt från Försäkringskassan när det gäller analyser av statistiken, sjukskrivningsutvecklingen över tid och prognoser för framtiden. Detta hjälpte oss att förstå nuläget.

Det finns dock inte så mycket forskning när det gäller psykisk ohälsa (CMD), om dess orsaker och samband. En del kunskapsmanstämningar har sett samband mellan psykosociala arbetsmiljöer och psykisk ohälsa, depressioner och ångest, men här finns mer att önska.

### 9.3.2 Tjänstedesignprocessen

Tjänstedesign ser till värdet en tjänst skapar vilket uppstår i interaktionen mellan personal och kund. För att skapa bästa möjliga förbättringar av en tjänst bör därför både användare och utförare involveras i arbetet. Ofta sätts designteam ihop bestående av personer där verksamheten ska utvecklas och i bästa fall med användaren under ledning av en eller flera tjänstedesigners. I vårt fall utgjordes designteamet av projektledaren, en

tjänstedesigner på Försäkringskassans nationella kundinsikt och tjänstedesignerhet samt en tjänstedesigner på Experio Lab inom Landstinget i Värmland.

*Research*, för att skapa en nulägesbeskrivning, genomförs ofta genom olika etnografiska verktyg, såsom djupintervjuer, dagböcker, skuggning, etc. I projektet valde vi att skapa oss en bild av nuläget genom djupintervjuer. Både personal och kunder intervjuades. 32 intervjuer genomfördes med personal från ingående parter.

Om fler personal från aktörerna hade varit med och genomfört intervjuerna tillsammans med designteamet hade det gett ännu mer förståelse och engagemang. Nu fick budskapet förmedlas genom Augurs rapport samt på workshoparna, vilket vi ändå lyckades bra med.

Vi valde att låta undersökningsföretaget Augur genomföra de flesta av intervjuerna. Om vi hade genomfört flertalet av dem själva hade vi fått en annan relation med individerna och hade eventuellt fått bättre uppslutning vid workshoparna med informationsgivarna. Analysen av intervjuerna som genomfördes av Augur och designteamet blev väldigt bra då vi var många som hade lyssnat till intervjuerna och kunde resonera kring slutsatser.

Vid den första workshopen fick deltagarna i uppgift att ta fram en tjänstekarta. Det var ett bra sätt att få deltagarna att samarbeta kring "Anna" och inte anklaga varandra för vad de gör och inte gör. Vi kunde dock varit tydligare med att deltagarna skulle berätta om hur de gör i nuläget och inte "i de bästa av världar".

Vid den andra workshopen valde vi att stanna vid att få förståelse för "Annas" behov, beskriva insikter i det hon uttrycker samt formulera utmaningar. Det var viktigt att vara flexibla i upplägget och inte rusa till nästa moment i processen och anpassa utifrån behov och deltagarnas förutsättningar.

Vid den tredje workshopen då deltagarna hade till uppgift att generera idéer valde vi att byta till en mer kreativ miljö. Workshopen genomfördes i Ungdomens hus där vi hade tillgång till kreativa material. Lösningarna kunde på så vis visualiseras och skapas med både händerna och hjärnan. Vi hade även andra utomstående som deltagare, såsom tjänstedesigners och innovations- och designstudenter som bidrog med andra perspektiv. Om vi hade haft möjlighet tidsmässigt hade vi arrangerat ytterligare en idégenereringsworkshop.

Mellan workshop tre och fyra skickades synpunkter och frågeställningar ut till deltagarna om testerna av idéerna. Detta bidrog till att alla grupper hade testat sina idéer i någon form.

Vid den fjärde och sista workshopen presenterade deltagarna hur testerna hade fallit ut inför en "Anna"-panel, vilket var ett uppskattat inslag. Vid mer tid hade det varit värdefullt att vidareutveckla idéerna, exempelvis genom storyboards. Detta lämnades till deltagarna att göra själva, vilket medförde risk för att det inte genomförs.

Projektet hade även en workshop med dem som blivit intervjuade. Den var otroligt värdefull för att stämma av om de kände igen sig i vår sammanställning av berättelserna. Det var mycket känslofyllt tillfälle och de bekräftade att vår sammanställning var högst

igenkännande. Det var dock få av kunderna som deltog, och vi tror att fler hade deltagit om designteamet hade genomfört fler intervjuer själva och skapat relation med personerna.

Om några ur personal- och kundgrupperna hade varit en del i designteamet hade vi fått en bra dialog, förståelse för och delaktighet i innehåll och process och stimulerat till ägandeskap. Deltagarna hade även kunna få fler uppgifter mellan workshoparna för att skapa engagemang på hemmaplan.

Det har varit en upplevelse att se så engagerad personal. De tog sig an uppgifterna under ledning av processledare med en ny metod som utmanar och ändrar traditionella perspektiv. Det var en utmaning att få så många olika aktörer att samverka, men vilket vi tycker att vi lyckades mycket bra med.

Projektet genomförde även några få intervjuer med män i samma livssituation som de intervjuade kvinnorna. De spretade mycket mer i sina berättelser och det gick inte att sammanställa dem på samma sätt. Det skulle krävas fler intervjuer för att se mönster. Det skulle vara intressant att studera.

En framgångsfaktor med projektet har varit att använda tjänstedesign som metod för att förändra ett system och en helhet för individen med utgångspunkt i individens behov och upplevelser. Fokuseringen på att skapa bättre lösningar för Anna har skapat förutsättningar för att mötas över organisationsgränser.

Ett stort tack ska riktas till dem som bidragit med värdefull information till projektet; kunder och personal. Starka möten och personliga berättelser från "Anna" har bidragit till att sprida kunskaper, förståelse och empati för dem aktörerna möter. Det var även en stark upplevelse att se hur materialet mottogs av dem vi intervjuat och vilken påverkan det har fått.

Tjänstedesign genom förmedling av kundens behov, professionell processledning samt effektiv dokumentation bidrog till engagemang hos deltagarna. Vi justerade processen utifrån behov och förutsättningar. Det är en balansgång hur mycket arbete man kan kräva mellan workshoparna, men här kunde vi säkert pressat hårdare. Om kunden varit med på workshoparna hade vi nått intressanta möten, djupare förståelse och fler/andra idéer.

Rätt/handplockade deltagare/designteam med kunder och personal samt mer tid för workshops hade tagit oss lite längre i processen, framförallt när det gäller fler och/eller skarpare idéer samt mer testade idéer för implementering.

Tid för fler och annorlunda metoder för att genomföra tjänstedesign, tex att använda andra än traditionella kanaler för att finna kunder/informationsgivare samt genomfört kompletterande research. Däremot möjliggjordes ett handlingsutrymme för kreativitet inom ramarna för processen. Vi har hela tiden sett till att vi haft tempo och hållit tidsplanen.

Viktigt att ta med sig till nästa projekt:

- Bilda team med rätt kompetenser och personer

- Sätt tidsplanen tidigt och håll fast vid den
- Lär känna deltagarna som grupp och anpassa upplägget efter deras läge
- Med så många olika aktörer som deltagare måste vi hålla i det gemensamma – kunden! Inte släppa in det andra i processen.
- Dokumentera och återkoppla till deltagarna snabbt!
- Ta med kunden aktivt under hela processen

## 9.4 Användning och resultatspridning

Projektet uppmärksammades i media<sup>27</sup> under projekttiden.

En av lösningarna "Larm", där psykisk ohälsa tidigt ska fångas upp vid vårdcentraler ska testas och utvecklas vidare. Det sker inom ramen för strategiskt samarbete mellan Landstinget i Värmland och Försäkringskassan.

Insikter från projektet om hur arbetsgivare kan förbättra förebyggande och rehabiliterande insatser för medarbetare kommer att användas av flera deltagare i projektet, däribland Torsby kommun, Arvika kommun, Kristinehamns kommun, Landstinget i Värmland och Försäkringskassan (nationellt).

## 9.5 Överlämning och leverans av projektet

### 9.5.1 Ansvar för drift och implementering

De lösningar som togs fram har varje grupp och deras organisationer ansvar att vidareutveckla, testa och implementera i sina verksamheter.

### 9.5.2 Ansvar för dokumentation, material, etc.

Dokumentation och material som togs fram i projektet ägs av Landstinget i Värmland och Försäkringskassan. Dessa organisationer har ansvar att förvalta materialet. De har inget ansvar att utveckla det vidare men det kan skapa nytta såväl internt, i samverkan mellan organisationerna som för allmänhet.

## 10 Uppföljning, utvärdering och lärande

### 10.1 Metod och strategi

Varje workshop har utvärderats av deltagarna, samt vid den sista om designprocessen i sin helhet.

<sup>27</sup> SR P4: "Insatser mot psykisk ohälsa fungerar för dåligt"

<http://sverigesradio.se/sida/gruppsida.aspx?programid=93&grupp=22504> och [Suntarbetsliv.se](http://suntarbetsliv.se)  
 "Värmland vill minska den psykiska ohälsan" <https://www.suntarbetsliv.se/rapporterat/projekt-mot-psykisk-ohalsa/>



Konferensen utvärderades också med hjälp av en enkät<sup>28</sup> som skickades ut direkt efter konferensen.

## 10.2 Kundupplevelser

Projektet genomförde intervjuer där kunders behov och upplevelser fångades. Dessutom fångades kunders upplevelser på det material som togs fram utifrån intervjuerna. Kunderna blev känslomässigt berörda då de upplevde att materialet beskrev deras situation på ett mycket bra sätt. De menade att materialet var viktigt att sprida till chefer, medarbetare, vård, anhöriga och allmänhet för att fler ska få ökad förståelse för hur psykisk ohälsa kan ge sig till uttryck och hur man som omgivning kan bemöta det.

## 11 Referenser

- ”Analys av sjukfrånvarons variation”, Socialförsäkringsrapport 2014:17
- ”Arbetsmiljön betydelse för symptom på depression och utmattningssyndrom”, SBU 2014
- ”Att tänka nytt för att göra nytta – om perspektivskiften i offentlig verksamhet”, Innovationsrådets slutbetänkande (SOU 2013:40)
- ”Jämställd sjukfrånvaro”, Socialförsäkringsrapport 2015:3
- ”Kvinnors sjukfrånvaro”, Socialförsäkringsrapport 2014:14
- ”Landstingets arbete med sjukskrivningsfrågan”, kartläggning och analys Socialstyrelsen och Försäkringskassan 2015
- ”Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron”, ISF-rapport 2014:5
- ”Onödig efterfrågan”, ISF-rapport 2014:10
- ”Patienter och personal utvecklar vården” - handbok i erfarenhetsbaserad verksamhetsutveckling, SKL 2011.
- ”Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro”. Kunskapssammanställning, Forte 2015.
- ”Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner”, RiR 2015:19
- ”Samordna rehabiliteringen”, Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, SKL 2011
- ”Sjukfrånvaron i psykiska diagnoser”, socialförsäkringsrapport 2014:4
- ”Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser”, ISF-rapport 2014:22

<sup>28</sup> Enkät och sammanställning av konferensens omdöme

”Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande”, ISF-rapport 2014:9

”Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst” – lägesrapport Socialstyrelsen 2015

”Utveckla lokalsamhällets arbete mot våld i nära relationer” – bilaga till betänkandet av Nationella samordnaren mot våld i nära relationer; SOU 2014:49.

[www.1177.se/tema/psykisk-halsa](http://www.1177.se/tema/psykisk-halsa)

Överenskommelser mellan staten och Sveriges kommuner och Landsting om:

”Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa”

”En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess - sjukskrivningsmiljarden”

”Sjukskrivning och rehabilitering”

”Rehabiliteringsgarantin”

## 12 Bilagor

Försäkringskassans Persona Anna – psykisk ohälsa Värmland, Augur och Försäkringskassan 2015

Tjänstekarta – aktörers aktiviteter kopplat till Annas resa

Workshop 1: NU-läge

Workshop 2: Fördjupning av nuläge och insiktsformulering

Workshop 3: Idégenerering och konceptutveckling

Workshop 4: Utvärdering av test och nästa steg mot NY-läge

Metodbank – tjänstedesignprocessen med övningar

Presentation av insikter, utmaningar och resultat

Konferensinbjudan och deltagarlista

### Länkar med mer information om projektet:

Landstinget i Värmland hemsida:

<http://www.liv.se/psykiskohalsakunskap>

SR P4: ” Insatser mot psykisk ohälsa fungerar för dåligt”

<http://sverigesradio.se/sida/gruppsida.aspx?programid=93&grupp=22504> och

Suntarbetsliv.se ”Värmland vill minska den psykiska ohälsan”

<https://www.suntarbetsliv.se/rapporterat/projekt-mot-psykisk-ohalsa/>