Försäkringskassan

Arbetsförmedlingen

Landstinget Sörmland

Trosa kommun

Trosam 2006-2008

LSG sammanställning och slutsatser

Innehåll

Inledning..... 3

Organisering..... 3

Projektets metod 3

Resultat..... 4

Slutsatser 6

Förbundschefens kommentarer…… . 8

Bilagor Projektledarens slutrapport, Extern utvärdering, Processen

Inledning

I juni 2006 startade projekt Trosam i Trosa. Projektet initierades av den lokala samverkansgruppen (LSG) i Trosa kommun och Samordningsförbundet RAR beviljade projektmedel för två år. Projektet sökte också, och beviljades, medel från Europeiska socialfonden. Projektet avslutades i juni 2008.

Projekt Trosams syfte var att i samverkan skapa ett rehabiliteringsprogram, vilket skulle bestå av en individuell del, gruppverksamhet samt arbetsträning. Projektets målgrupp var unga, kvinnor, långtidssjukskrivna och/eller långtidsarbetslösa med behov av samordnade insatser. Målet med projektet var att deltagarna skulle återfå sin arbetsförmåga och (åter-) inträda på arbetsmarknaden.

I dag finns tre slutrapporter som sammanfattar projektets arbete och resultat. Projektledaren Madeleine Söderström har skrivit den ena, projektgruppen har skrivit en egen rapport och den tredje rapporten är författad av en extern utvärderare; Björn Bolin.

LSG rapport syftar till att sammanfatta nämnda rapporter, samt till att föreslå en tänkbar fortsättning på den verksamhet som påbörjats genom projekt Trosam. De rapporter som denna sammanställning är baserad på, och hämtat källor ifrån, återfinns som bilagor.

Organisering

Den lokala samverkansgruppen (LSG), bestående av Vårdcentralschef, Arbetsförmedlingschef, Socialchef samt Försäkringskassans samverkansansvarige, har fungerat som styrgrupp för projektet. Möten har skett månadsvis, och vid dessa har projektledaren rapporterat om hur arbetet fortskridit.

Projektledaren har fungerat som guide, inspiratör och informatör. Till sin hjälp i arbetet med deltagarna har guiden haft ett team bestående av vårdpersonal och coacher. Gruppens sammansättning har varierat efter deltagarnas behov av insatser.

En arbetsgrupp, projektgruppen, bestående av handläggare från berörda myndigheter samt vårdpersonal, har kontinuerligt arbetat med utvecklingsfrågor. Gruppen har haft 1,5h/månad till förfogande för projektet.

Projektets metod

Projekt Trosam har letts av en heltidsanställd projektledare med beteendevetenskaplig kompetens. Till sin hjälp har projektledaren haft ett antal medarbetare med varierade kompetenser, bland annat en karriärcoach, en sjukgymnast och en rehabkoordinator. Dessa har varit anställda hos någon av huvudmännen, i projektet alternativt köpts in på konsultbasis. De deltagande individernas behov har avgjort vilken kompetens som använts och anlitats.

Verksamheten har bedrivits i egna lokaler som inte varit knutna till någon myndighets verksamhet.

Totalt 60 personer har deltagit i Trosams rehabiliteringsprogram, 52 kvinnor och 8 män. Av dessa har 54 personer fullföljt programmet. Många av deltagarna har haft en flerårig frånvaro från arbetsmarknaden. Orsak till deltagande har varit panikångest, ångest, utmattningssyndrom, depression, fibromyalgi, värk eller andra diagnoser som kräver en förändrad livsform.

Trosams rehabiliteringsprogram har inbegripit stora delar av den generella rehabiliteringsprocess en individ genomgår på sin väg tillbaka till arbete, dvs. fysisk och/ eller psykisk rehabilitering och därefter arbetsprövning. Den stora skillnaden mellan den ”traditionella” medicinska rehabiliteringen och Trosam, är att Trosam erbjudit en rehabiliteringsutbildning i fyra faser som skräddarsytts utifrån varje individs specifika behov. Individen har haft tillgång ett team som kunnat ge insatser efter behov samt en guide (projektledaren) som följt och stöttat honom/henne genom hela processen.

Trosams rehabiliteringsprogram har haft en intensitet som varierat mellan 3h/vecka upp till flera dagar/vecka, beroende på målgruppens mående och behov. De fyra faser, vilka tillsammans bildat rehabiliteringsprogrammet, har utgjorts av följande verksamhet/innehåll:

Fas 1 – Möten med föreläsare, behandlare, personal och kurskollegor med syfte att öka individens kunskap om vikten av balans mellan kropp, tanke, känsla, privatliv och arbete. Utbildning i personlig utveckling samt behandlingsinsatser, såväl individuellt som i grupp, har löpt parallellt. Behandlingsinsatserna har bland annat bestått av sjukgymnastik, naprapati, taktil stimulering och psykoterapi. Varje vecka har samtliga personer/kompetenser som varit inblandade i en individs rehabilitering haft ett team möte, guiden har varit länken mellan individ och myndighet/behandlare.

Fas 2 – Utifrån en kartläggning av individens kompetens, erfarenhet, förutsättningar och drömmar har en yrkesprofil skapats. En karriärcoach var deltidsanställd i projektet under ett år för detta ändamål.

Fas 3 – Tillsammans med det behandlande team som knutits till individen söker deltagaren efter lämplig arbetsprövningsplats. Guiden finns med i processen och för en dialog med såväl individ som potentiell arbetsgivare.

Fas 4 – Vid avslut sker ett klientmöte och ett avstämningsmöte. Klientmötet är mellan deltagare och guide och syftar till att följa upp resultatet av rehabiliteringen i projektet samt att diskutera hur framtiden kommer att se ut. Vid avstämningsmötet deltar handläggare från Försäkringskassan, kommunen, Arbetsförmedlingen, guiden, deltagaren samt vid behov även Verksam, arbetsgivare/fack och/eller läkare. Vid detta möte görs en bedömning av individens arbetsförmåga samt hur fortsättningen för individen ska se ut. Efter deltagande i Trosam har de som ansett sig ha ett fortsatt behov av stöd träffats under två timmar varannan vecka.

Resultat

Ekonomi

	RAR	ESF	Trosa kommun	Trosa VC	Total
Lönekostnader	718 300	620 606	41 633	350 000	1 730 539
Köpta tjänster/konsultarvoden	908 930	626 973			1 535 903
Hyror	156 959	121 663			263 622
Administration	111 737	49 014			160 751
Övrigt	148 074	3 028			151 102
Total	**2 044 000**	**1 421 056**	**41 633**	**350 000**	**3 841 917**
Beviljade medel	**2 100 000**	**1 200 000**			
Differens	**56 000**	**- 221 056**			
Kostnad/individ som fullföljt (54)					**71 147**

Projektet beviljades totalt 3 300 000 kr, 2 100 000 kr från Samordningsförbundet RAR samt 1 200 000 kr från ESF. Dessutom har Trosa kommun samt Trosa VC bidragit med sammanlagt 391 633 kr, vilket ger en total kostnad om 3 841 917 kr. I tabellen ovan kan vi se att projektet inte använt hela sin RAR finansierade del av budgeten, medan man överskridit budgeten för ESF medel med 221 056 kr. Detta underskott belastar Trosa VC.

Kostnad per deltagare som fullföljt (54) uppgår till 71 147 kr.

Individ
Grupp 1: 95 % gick ut i arbetsprövning/anställning under utbildningen (mål 50 %).

12 personer anmäldes, av dessa genomförde 8 stycken utbildningen/rehabiliteringsprogrammet. 2 deltagare har egen försörjning till 100 %, en deltagare har egen försörjning till 75 %, 2 deltagare försörjer sig själva till 50 %. En deltagare uppbär anställningsstöd, 3 stycken har startat eget företag, av dessa är 2 sidoverksamhet och en försörjning.

Grupp 2: 91 % gick ut i arbetsprövning/anställning under utbildningen (mål 50 %).
13 personer anmäldes, av dessa genomförde 11 utbildningen/rehabiliteringsprogrammet. 7 av 11 har egen försörjning. 3 arbetar heltid, en person arbetar halvtid, en studerar på heltid och två stycken är föräldralediga.

Grupp 3: 89 % gick ut i arbetsprövning/anställning under utbildningen (mål 50 %).18 personer startade och genomförde utbildningen/rehabiliteringsprogrammet. 5 av 18 (23 %) har egen försörjning i dag, en har avlidit.

Grupp 4: 94 % gick ut i arbetsprövning/anställning under utbildningen (mål 50 %). 17 personer startade och genomförde utbildningen/rehabiliteringsprogrammet. 4 av 17 uppbär egen försörjning.

Såväl livskvalitén som anställningsbarheten och den egna försörjningen har ökat bland de 54 deltagare som genomgått projektets utbildning/program. I intervjuer uppger deltagarna att Trosams arbets– och förhållningssätt samt det individuellt anpassade behandlingsprogrammet är en huvudorsak till deras ökade hälsa:

”Att de ser till individen och individens behov(….)Känner du att du behöver massage så får du det. Känner du att du behöver prata med någon får du göra det (…)”

”Jag kände mig väldigt trygg”

”Jag fick hjälp till självhjälp (…)”

”Kontakten med coachen, terapi och massage”

”Föreläsningarna gav mig jättemycket”

”Jag upplevde att jag blev sedd och kunde med stöd därifrån börja jobba parallellt rätt så direkt.”

”Jag träffade andra människor i samma situation som jag och redan det var en vändpunkt för mig.”

Berörd personal vid de samverkande organisationerna (Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialtjänsten och Landstinget) tillfrågades om arbetssättet i en enkät. Bland annat gavs följande svar:

”Projektet behövs utifrån arbetsrehabiliterande synpunkt samt som ett komplement till individualbehandlingen inom psykiatrin.”

”Klart att det finns ett behov då det kom fram en patientgrupp med både fysiska och psykiska besvär, som i hög grad var okänd för oss på mottagningen. Gällande arbetssituation innebar det fler patienter inom befintliga ramar.”

”Ett antal patienter skulle behöva liknande stöd som deltagarna i Trosam fått:”

”Samverkan och relevanta insatser är nödvändigt för människor som söker och har behov av insatser från socialtjänsten för att nå självförsörjning.”

”Det som inte fungerat så bra är att sjukskrivna blivit remitterade in i projektet via vården utan att FK fått information om den planeringen.”

Även en intervju i form av fokusgrupp med Trosams medarbetare har genomförts. I denna framfördes följande:

”Kombinationen av våra kompetenser har varit helt outstanding. Jag har aldrig upplevt styrkan i något annat sammanhang. Det har gett mig större frihet att prova vägen fram.”

”Kombinerade metoder möter hela människan utifrån hennes egna behov.”

Framgångsfaktorer och hinder
Projektgruppen menar i sin rapport att det är viktigt att ha en läkare kopplad till verksamheten samt att individer får hjälp tidigare i sin sjukskrivningsprocess. Man anser också att de två sista grupperna var för stora, vilket man tror kan ha bidragit till det försämrade resultatet.

Projektledaren lyfter i sin rapport fram vikten av att utgå från individen och dennes behov för att lyckas med teamarbetet.

Hinder i arbetsprocessen har bland annat utgjorts av förändrade regelverk hos de berörda myndigheterna. En konsekvens av dessa förändringar har exempelvis varit att man inte tillåtits att arbetspröva mer än 15 dagar mot tidigare 3 månader.

Deltagarnas försörjningsmöjligheter har varierat. Det har tex. inte varit möjligt att erhålla A-kassa ersättning under projekttiden.

Det har funnits vissa problem avseende styrningen av projektet. Projektledaren har påtalat brister i dialogen med LSG/Styrgruppen och LSG/Styrgruppen har haft svårt att få en överblick över projektet i alla dess delar.

Slutsatser

Vi kan konstatera att målet med projektet uppfyllts, då deltagarna i dag befinner sig i arbete/studier i en högre omfattning än före rehabiliteringsprogrammet. Det saknas ett komplett underlag för redovisning av varje enskild deltagares försörjning före respektive efter deltagande i Trosam, varför vi inte kan se resultatet av projektets kostnad per deltagare satt i relation till ökad egen försörjning. Vi kan dock anta att Försäkringskassan och kommunen, genom insatser från projektet, fått minskade utgifter.

I de rapporter som ligger till grund för denna sammanfattning finns det inget egentligt svar på vad det är som har gjort att deltagarnas hälsa ökat. Däremot finns ett underlag för antaganden.

Det kvantitativa och kvalitativa material som presenteras i de tre rapporter denna text är baserad på, visar på att man som deltagare och personal i huvudsak är positiv till Trosams arbetsmodell. Det förefaller som att samverkan och teamarbete är en framgångsfaktor i arbetet med att hjälpa individer från ohälsa till hälsa och ut i arbete.

Den personliga guiden som följer individen genom hela rehabiliteringsprocessen tycks vara en framgångsfaktor. Värdet av detta arbetssätt kan antas vara kopplat till individens ökade känsla av trygghet och tillit, uppskattning, uppmärksamhet, samt att individen har huvudsaklig kontakt med en person i stället för flera. Korta vägar skyndar på processen, vilket gör att individen kan återgå i arbete tidigare.

Att fokusera på individen, lyssna och hjälpa är även det troliga framgångsfaktorer, liksom möjligheten att variera insatserna efter behov. Med stor sannolikhet har det också varit framgångsrikt att bedriva utbildning parallellt med behandling för att öka deltagarnas kunskap om sambandet mellan kropp, tanke och känsla.
Eftersom behovet hos individen styrt behandlingsmetod i Trosam, har fler behov kunnat tillfredsställas än inom ordinarie verksamhet, där resurser och kompetenser i en större utsträckning är begränsade.

Många av de insatser som erbjudits i projektet finns i dag inte i ordinarie verksamhet utan hos privata aktörer, föreningar och studieförbund etc. Framförallt den personliga guiden, samt de alternativa behandlingsmetoder (exempelvis taktil stimulering) som köpts in under projekttiden. Att bedriva myndighetsgemensam verksamhet i en fristående lokal verkar också ha ett särskilt värde, vilket en enkätundersökning med deltagarna visar på.

Sammanfattningsvis innebär en modell som Trosam att berörda verksamheter behöver ett ekonomiskt utrymme för att köpa tjänster eller att respektive verksamhet kan skapa utrymme för insatser som inte erbjuds idag. Hur en sådan finansiering är möjlig är idag inte utrett. Det har även skett strukturella förändringar inom så väl Försäkringskassa som Arbetsförmedling efter det projektet avslutats.

Trosa 2009-05-07

……..……..……
Anne Genander, LSG Trosa

……..
Britta Bergström, LSG Trosa

……..
Laila Bennet, LSG Trosa

……..
Georg Hammertjärn, LSG Trosa

Förbundschefens kommentarer

Styrning
Det har funnits vissa problem avseende styrningen av projektet. Projektledaren har påtalat brister i dialogen med LSG/Styrgruppen och representanter från LSG har ansett att de haft svårt att få en överblick över projektet i alla dess delar.

I Trosams fall har det inte genomförts någon studie som beskriver orsakerna till problemen, men nedanstående kan vara möjliga orsaker:

- Skillnader i synsätt avseende rehabilitering
- Otydligheter i projekt – och uppdragsbeskrivningen
- Tidsbrist - svårigheter för LSG att hinna med att styra ett komplext rehabiliteringsprojekt och samtidigt hinna med övriga samverkansfrågor vid ett möte per månad

Rehabiliteringsinsatser
Projektets rehabiliteringsdel har varit framgångsrik. Deltagarna mår bättre och arbetar eller studerar i större omfattning efter deltagande. Projektet har utarbetat en tydlig modell för rehabilitering och det har funnits en hög grad av medvetenhet avseende insatserna.

Samverkan
Trosam har etablerat kontakter mellan projektet och flera myndigheter kring enskilda individer. Däremot bedöms inte att projektet medfört att samverkan mellan myndigheterna stärkts i någon vidare omfattning.

Bilaga 1

Trosam projektet

2006 – 2008

Rehabilitering och samverkan

projektledare

Madeleine Söderström

Slutrapport

Modellens innehåll och uppbyggnad

Resultat, sammanfattning – min syn på resultaten

Hur modellen kan användas samt varför

Reflektion

Bilaga

Bakgrund och framgångfaktorer

Sammanfattning

I Trosamprojektet har vi skapat en rehabiliteringsmodell som visat sig vara en fungerande läkande modern vård och rehabilitering för vår nutids vanligaste (komplexa) sjukdomar och andra hinder för egen försörjning. Den inkluderar även en samverkansplattform där flera olika organisationer och kompetenser möts vilket skapar möjlighet att fläta ihop olika behandlingsupplägg och skapa en handlingsplan utifrån individens ”nuläge”. Varje process blir på detta sätt kortare och effektivare, med minskade kostnader för alla parter i trygghetssystemet som följd. Kostnaderna minskar också då vi på ett mera framgångsrikt och effektivt sätt använder primärvårdens och kommunens kompetenser.

Vi kom oerhört långt när det gäller graden av egen försörjning. Det kan vi utläsa ur de två första grupperna som nu har gjort färdig processen. Då hälsobarometern, smärtmätning, förbättrad livssituation med mera påvisar samma goda resultat genom alla de fyra grupperna, kan man ana att tendensen för egen försörjning är den samma för även grupp 3 och 4. Dock har arbetsmarknadsläget förändrats och även regelverken, varför vi i rapportskrivande stund inte kan veta och inte heller bedöma hur resultaten i dessa grupper blir. Detta påverkar dock inte rehabiliteringsdelens positiva resultat.

Under projektet har vi mött de som varit långtidssjukskrivna eller arbetslösa i mellan 1 och 23 år. I framtiden kan vi möta alla former av diagnoser som är i behov av en utvecklad balanserad livsform, vilket är flertalet. Vi kan möta tidigare i processen, färre dagar i veckan och även den med anställning innan sjukdomen brutit ut. Modellen går även att använda i sina delmoment vid omställning eller arbetslöshet. Med den erfarenhet vi mött här kan vi ana att processerna kan kortas än mer och att återgången blir än större om vi kommer in tidigare i processen och arbetar med personer som haft en kortare sjukperiod.

Med denna modell får vi även möjlighet att ha en högre kompetens i kommunen/kommundelen då vi samverkar kring de komplexa/dyrare kompetenserna mot flera diagnos- och klientgrupper och huvudmän. De olika huvudmännen får också på detta sätt tillgång till andra huvudmäns resurser, vilket är framgångsrikt då hindren till egen försörjning är mångfacetterade och har många gemensamma nämnare. Utöver samverkansplattform och rehabilitering innehåller modellen en guide som håller ihop och bygger broar i rehabprocessen. Arbetssättet gagnar även personalhälsan då vi som personal i större utsträckning får möjlighet att klara vårt uppdrag - hjälpa människor till egen försörjning, hälsa och utvecklad livskvalitet. Vi får tillgång till ett team av kompetenser vilket avlastar oss i våra beslutsprocesser och fler *riktiga* beslut tas i och med en bred kunskaps bas.

Det vi upplevt under projektet och det resultaten kanske också styrker är att det inte är samma verktyg för alla som ger effekt, inte ens inom samma diagnosgrupp. Ibland kan det också vara så att vi inom vården tillsammans med patienten inte lyckats ställa den helt sanna diagnosen. Vägen till hälsa kan och ska se olika ut, ett ”multiverktyg” som detta kan då vara en framgångsrik väg.

Den mindre orten eller stadsdelen kan på detta sätt klara många av de obalanser som uppstår i människan och dennes liv. Trosam modellen består av två delar; en rehabilitering som återskapat hälsa och egen försörjning samt en bred samverkansplattform som kortar processer och bygger broar över mellanrummen i vårt trygghetssystem. Helheten gör processen kortare och effektiv om man vill uppnå en balanserad livsform, utvecklad hälsa och egen försörjning som håller över tid.

Innehåll

Sammanfattning sid 2

Bakgrund målbeskrivning sid 4

Inledning av projektet

Personal, lokaler och styrning sid 4

Modellen och rehabiliteringens innehåll

Utbildningens innehåll sid 6

Samverkansplattformen sid 10

Guiden sid 10

Kommentar utbildningen sid 11

Utökade medel sid 11

Utvecklingsområden sid 12

Förändrade förutsättningar sid 13

Resultat i sammanfattning

finns även beskrivet i bilder i slutrapporten samt projektarbetsgruppens redovisning

Resultat sid 13

Framtid sid 15

Slutord sid 16

Bilaga A

Bakgrund och framgångsfaktorer för framgångsrik rehabilitering

Mångfacetterade hinder sid 17

Ohälsa – obalans sid 17

Kommunens invånare och klienter sid 18

Trauma sid 19

Perspektiv sid 20

Mötet – förhållningssätt sid 20

Trygghet sid 22

Orsak och symptom sid 22

Samverkan sid 23

Schablonbilder och myter sid 24

Nutid/framtids rehabilitering och samverkan sid 25

Trosam projektet

Bakgrund

Trosamprojektet har initierats av LSG (lokala ledningsgruppen) i Trosa kommun, där enhetschefer och representanter från Kommun (socialkontoret), Landsting, Arbetsförmedling och Försäkringskassa har gått samman för att skapa ett rehabiliteringsprogram samt utveckla/underlätta för samverkan i Trosa kommun.

Trosa kommun hade tidigare jämförelsevis höga sjukpenningstal, det fjärde högsta i Södermanlands län (män och kvinnor tillsammans). Sjukpenningstalet uppgick i november 2005 till 15,5 dagar i Trosa att jämföras med 13,4 dagar i länet och 12,9 i riket. Antalet unga människor i behov av försörjningsstöd hade ökat. Man hade däremot låg arbetslöshet. LSG gjorde en kartläggning i kommunen som mynnade ut i en projektansökan till RAR samverkansförbundet Sörmland.

Ur ansökan:

”Vi vill skapa ett rehabiliteringsprogram för unga, kvinnor, långtidssjukskrivna och

långtidsarbetslösa….En målgrupp som berör alla verksamheter inom LSG, och där det säkerligen är vanligt med rundgång mellan verksamheterna. Vi behöver utveckla våra samarbets- och arbetsformer för att kunna bedöma vilka insatser, som kan vara de rätta…..”

Målgruppen i projektansökan var: unga, kvinnor, långtidssjukskrivna och/eller långtidsarbetslösa.

Mål:

Ur ansökan:

”Livssituationen kommer att förbättras för de personer som deltar i projektet. Vårt mål är att 50 % av deltagarna vid projektets slut kommer ut i arbetsträning, studier eller arbete. Resterande 50% kommer att vara rätt bedömda till fortsatt rätt ersättning utifrån förmåga och förutsättningar.

…Vår målsättning är att försörjningsmåttet i Trosa kommun påverkas positivt….

…Målet med rehabiliteringsprogrammet är att deltagarna i möjligaste mån ska återfå sin

arbetsförmåga och återinträda på arbetsmarknaden….

Det viktigaste målet är emellertid att deltagarna upplever att de genom

insatserna är beredda att fortsätta med någon sysselsättning, och att de upplever en ökad livskvalitet”.

Deltagare

Projektet startade juni 2006 och första gruppstarten skedde i september 2006.

Orsak till deltagande har varit till exempel: panikångest, ångest, utmattningssyndrom, depression, fibromyalgi, värk, neurologiska hinder, behov av förändrad livsform,

språkproblem, svårt att få eller behålla jobb, kommunikation, attityd.

Vi genomförde 4 grupper varav deltagarantalet var 12, 13, 18 respektive 17, totalt 60 personer varav 52 kvinnor och 8 män. Ytterligare 10 personer var anmälda men föll bort i urvalet. 54 genomförde/fullföljde utbildningen/rehabiliteringen.

Deltagarnas åldrar var:

Födda 1940 - 5%. 1950 - 30%, 1960- 41%, 1970 - 16%, 1980 - 9%

Deltagarna har kommit från primärvården, privatläkarna, företagshälsovården, försäkringskassan, socialkontoret, socialpsykiatrin, arbetsmarknadsenheten och psykiatrin i Nyköping. Deltagarna har varit bidragsberoende mellan 1 och 23 år med en snittid på 6,5 år. En del har under perioden haft korta inhopp i arbetsliv eller arbetsprövningar. 3 har ej haft inkomst från någon enhet utan ”nollats” från dem alla.

Majoriteten av deltagarna har tidigare fått rehabiliteringsinsatser från antingen primärvård, psykiatrin, kommunen, smärtmottagning, ergonomicentrum eller arbetslivsrehabilitering via verksam. En del hade fått insatser av flera av de ovan nämnda enheterna. Att insatserna inte hade nått längre i hälsoutveckling beror inte på att de varit sämre i Trosa utan att rehabiliteringsmodellerna i Trosa och Nyköping ser ut som på de flesta andra håll i landet och med dessa modeller så är det svårt att nå hela vägen fram med vår nutids sjukdomar och hinder. Särskilt svårt har det varit när det gäller de psykosociala sjukdomarna.

Uppstart

Initialt under kartläggning av grupp 1 så framkom att få processer hade genomarbetats hos de sjukskrivna. Majoriteten hade trots lång sjukskrivning - och en del vårdinsatser - fortfarande en stor stress, ångest, oro och värk, varför projektledaren bedömde att om vi skall nå i närheten av målen så behöver en del en djupare genomarbetning av måendet. Då psykiatrin i inte var närvarande i någon större grad i Trosa under sommaren 2006 så beslöts att söka utökade medel från ESF. Detta gjordes bland annat för att kunna bemanna på ett bredare sätt samt för att kunna köra delvis parallella grupper. Fokus för ansökan var att skapa jämställda möjligheter för människor som lever i ett utanförskap. En studie gjordes bland annat i ämnet (Jämställd möjlighet). Den har spridits bland olika enheter, organisationer och företag i kommunen och övriga delar av landet.

Lokaler

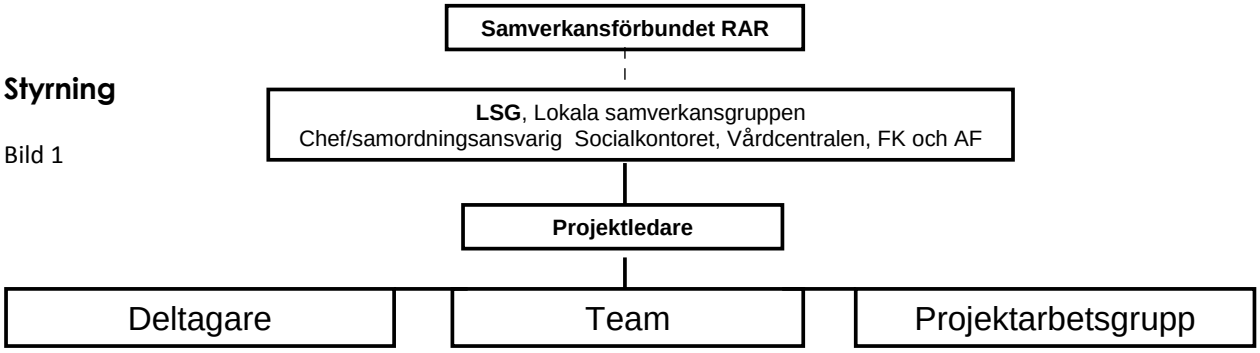
Verksamheten befann sig initialt 6 månader i lånade lokaler samt på vårdcentralen. Januari 2007 flyttade man in i egna på Industrigatan för att slippa bära runt på verksamhetens tillhörigheter dagligen samt för att få tillgång till samtals- och grupprum. Den externa lokaliseringen har i enkäter visat sig vara viktig för deltagarna.

Personal

En projektledare har varit anställd i projektet på heltid och en yrkesvägledningscoach var under ett år anställd på halvtid. Vårdcentralen har lagt in sjukgymnast samt rehabkordinator/kpt terapeut i projektet på sammanlagt 16timmar/vecka. En plusanställd på kommunen arbetade bl a administrativt i projektet ett år och en annan personal lånades in under ca två månader sommaren 2007. Projektledaren har hållit i och genomfört utbildningsdelen. Övrig personal har hyrts in utifrån gruppens sammansättning och individernas behov.

Styrning

Bild 1



Hälsoutveckling som möjliggör för en långsiktigt hållbar återgång till arbetslivet

Varför har vi då utformat upplägget på detta sätt? Bakgrunden är mina tidigare erfarenheter från arbete med människor som av olika skäl drabbats av ohälsa eller andra former av obalans i livet. Ett annat skäl är den kartläggning som jag gjorde initialt i form av samtal med vårdpersonalen, läkare, sjukgymnaster, sköterskor, kuratorer, sommaren 2006 kring hur de såg på rehabiliteringsarbetet inom primärvården, hur de upplevde sitt arbete och synen på ohälsans orsaker. Det visade sig att majoriteten trodde att det ofta handlade om psykosomati samt att många upplevde det som otillfredsställande att inte nå längre med läkningen vid flera av våra vanligaste diagnoser. Samtalen med Arbetsförmedlingens personal vid uppstarten visade att de upplevde att det ofta kom klienter till dem som inte bedömdes ha *anställningsbarhet* på den öppna arbetsmarknaden trots läkarens bedömning att arbetsförmåga fanns. En ökad anställningsbarhet efterfrågades för de klienter som kom till arbetsförmedlingen.

Ett annat skäl till upplägget är att man i Trosa ville nå en långsiktigt hållbar återgång – ”slut på rundgången” som det står i ansökan. ”Ut ur systemet och stanna i egen försörjning” som någon uttalade i ett av de inledande mötena. Vi hade också möjlighet att jobba med hela processen då man ville ha en rehabilitering som innehöll både individuell och grupputveckling samt arbetsprövning i den rehabiliteringsmodell man ville skapa. Detta såg jag som mycket positivt, äntligen några som inte vill ha ett av alla dessa ”quick fix” som finns över allt, utan en hållbar återgång. En kommun som satsar på att få friskare kommuninvånare och minskade kostnader och inte bara ”sifferputs”.

Vi startade första gruppen september 2006 och fram emot jul satt upplägget ganska bra och när vi flyttade in i och invigde den egna lokalen januari 2007 så såg vi att vi började nå väldigt långt. En del deltagare började gå mot arbete men framför allt började en kraftfull hälsoutveckling visa sig, till och med hos värk patienterna. Teamet kring deltagarna hade skapat stor kraft och utveckling för flera av projektets deltagare. Teamets olika erfarenheter har format olika delar av upplägget och därmed givetvis resultatet.

Denna rapport fokuserar på att beskriva innehåll - hur vi gjort. Resultat och min syn på varför resultaten uppstått. Resultat från enkäter, intervjuer och andra mätningar finns beskrivna i huvudrapporten, den utvärdering som extern utvärderare Björn Bolin har genomfört och sammanfattat. Statistik och beräkningar även så. En kortare sammanfattning av resultaten finns redovisat i slutet på denna rapport, tillsammans med reflektion samt mitt perspektiv på hur och varför modellen kan användas.

Nedan beskrivs innehållet och upplägget i utbildningen. Flödesschema och modellen beskrivs också nedan i bild 3. Processbeskrivningen inkluderat anmälan/urval/kartläggning/ överlämning finns i presenterad i bil 1 i slutrapporten.

Trosam

Denna modell har vi skapat bland annat för att kunna möta vår nutids vanligaste sjukdomar som ännu inte fullt ut funnit sin lösning inom vården. Majoriteten av de diagnoser vi mött har varit stressrelaterade, psykiska, fysiska eller en kombination av dessa. Modellens upplägg bygger också på det nuläge som är vår verklighet med ett trygghetssystem som är föränderligt och där de uppgifter som klienten förväntas utföra i sin rehabilitering och administration, inte alltid är möjliga att klara av fullt ut, när man är bärare av dessa stressjukdomar och psykosociala hinder. Modellen består av en utvecklingsprocess (rehabilitering) samt en integrerad samverkansplattform.

Innehåll

Jag -formel utbildning

Utvecklingsprocess för hälsoutveckling och ökad egen försörjning

Trosams rehabutbildning spänner över hela processen, från rehabilitering för hälsoutveckling, genom yrkesprofil, karriär coachning till arbetsprövning och arbetsförmågebedömning. Deltagaren kan använda helheten eller delar därur. Utbildningens mål är hälsoutveckling och egenförsörjning. Målet är också att återgången och hälsoutvecklingen skall vara *långsiktigt* hållbar. Förändringsarbetet skapas genom ökad medvetenhet kring människan, det egna jaget, om min del i det som sker samt att genom utbildningen skapa sin egen formel för att genomföra framgångsrika handlingar och val, för en balanserad livsform. Utbildningen är uppdelad i fyra olika delar enligt nedan. Utbildningens innehåll och intensitet är individanpassad. Grupperna är heterogena gällande ålder, kön, diagnos eller andra hinder. Rehabiliteringen sker både i grupp och individuellt.

Fas 1 - Personlig utveckling genom ökad medvetenhet

Jagformel utbildningen är ryggraden i rehabiliteringen där individen till stor del genomför ett eget arbete och bit för bit skapar sin egen formel för balans mellan kropp, tanke, känsla, privatliv och arbete. Genom mötet med olika föreläsare, behandlare, personal, sig själva och kurskollegor ökas medvetenheten kring det egna Jaget. Med hjälp av ”jag utbildningens” olika övningar arbetas **den egna formeln för balans i livet** fram, bit för bit. Formeln omprövas under vägen och utvecklas i mötet med människor, händelser och uppgifter/arbete.

Föreläsningar/workshops och grupp/individuella övningar utgår från olika teman. Flera teman är förekommande i alla grupper, Andra teman väljs efter individens/ gruppens ”nuläge”, medvetenhet och mognad. Exempel på teman: Min kommunikation, Tankens kraft, Fullbordad kommunikation/sorgbearbetning, Kreativitet, Tanke/Känsla/Reaktion/Aktion,

Balans & Livs Q, Självkänsla/självförtroende, Fysisk aktivitet/avspänning/kropp & kost/energi. Människans profiler, Mål & Möjligheter.

Veckans schema har en bas med utbildningspass med olika innehåll samt gruppcoachning. Intensiteten i utbildningen kan vara allt från 3h/veckan till flera dagar/vecka (för denna målgrupp med många år av sjukfrånvaro 3 dagar/v + individuella behandlingar). Upplägget har en färdig struktur där det också finns ett stort utrymme för flexibilitet. Flexibiliteten i upplägget är en viktig framgångsfaktor. Innehållet läggs i interaktion med gruppen/individen, utbildningsledaren/guiden och teamet. Kunskap om upplägget hos alla dessa parter är av stor vikt för framgångsrika beslut. Innehållet bygger på det faktiska hindret i livet här och nu vilket ibland även kan vara av ekonomisk art eller praktiska problem varför även det arbetet flätas in i schemat för en del.

Upplägget och kompletterande behandlingar utgår från utbildningsledarens bedömning med stöd av arbetsteamet (se nedan) samt i interaktion med klient och/eller grupp. En del deltagare deltar i alla moment och har gruppassen som sin ”ryggrad” i utbildningen. Ett fåtal med svåra sjukdomshinder har individuella terapisamtal som ”ryggrad” i sin utbildning och därutöver innehåller schemat för dessa behandling samt eventuellt delar av gruppaktiviteterna. Majoriteten av dessa går efter några veckor in i den stora gruppen. 58/60 har deltagit i någon del av gruppaktiviteterna. En del deltagare arbetar med sig själva på alla nivåer och andra i den del där de själva anser att hindren består.

Plattform för förändringsarbete

Utbildningen i personlig livsutveckling samt påkopplade behandlingsinsatser flätas samman med utgångspunkt från individens nuläge och medvetenhet i dialog med utbildningsledaren och Trosam teamet. **Matchning, kommunikation och timing** är en central del i detta arbete. Utöver detta är **perspektiv** på hälsa/ohälsa och vem som är bärare av svaren på hur detta skall gå till samt hur drivkraften till förändring föds en viktig del. Detta tillsammans med **förhållningssättet** – *mötet* (som innehåller flera nivåer och ingredienser), **skapar tillsammans den plattform som bygger den nödvändiga trygghet och tillit som krävs för ett kraftfullt förändringsarbete.**

Allt detta sammantaget utgör därmed en **helhetsrehabilitering** som ökar medvetenheten kring de handlingar och val som är framgångsrika. Individen skapar på detta sätt sin unika livsformel för ett liv i balans. Det genomgripande arbete som majoriteten av våra klienter gjort har för många återskapat

hälsa alternativt skapat livsmönster som gör det möjligt att utföra ett arbete utan att hälsan försämras eller hindrar i allt för hög grad.

En del av hindren deltagarna hade bestod av sorger och svek varför ett arbete med att fullborda kommunikationen genomförts som bland annat innehöll en workshop i sorgbearbetning. Workshopen handlar om att identifiera den kultur man levt i och hur och på vilket sätt man har hanterat olika känslor genom livet. Den bygger bland annat på teorin om att en del av det vi kallar depression ibland handlar om ofullbordat sorgearbete. Andra innehåll i Jagutbildningen bygger på olika KBT/beteende och psykoterapeutiska teorier. Andra föreläsningar och seminarier har också genomförts. Dessa har bland annat handlat om kommunikation, min marknadsföring, människan profiler, självkänsla med mera. Kompetenser här har varit beteendevetare, friskvårdskonsulenter, personalvetare, dramapedagoger, coacher mfl samt även ”success cases” – självupplevda livshändelser. Det terapeutiska arbetet har under rehabiliteringen utförts av legitimerade terapeuter.

För många varvas utbildningen med olika former av behandling/terapier utifrån medicinsk prioritering som teamet tillsammans med gruppledare bedömer:

Fysioterapi /behandling

Olika former av medicinsk behandling såsom t ex sjukgymnastik, naprapati samt Taktil stimulering.

Individuella samtal

Psykoterapi (KBT, KPT, EMDR) MI, i fas två coachning.

Teammöte: Arbetsteamet möts varje vecka och består av en mix av olika medicinska och andra kompetenser som mött deltagaren såsom till exempel; fysioterapeut, psykoterapeut, kpt terapeut, utbildningsledare. Under senare delen av kursen (mot arbete) ingår även en coach i dessa möten. Utbildningsledare leder team mötet. I framtiden även handläggare, sekretesshindren går att lösa.

Fas 2 - Fortsättning Jagkunskap, yrkesprofil och karriärcoachning

Ny yrkesprofil utifrån en bred bas av förutsättningar, engagemang och drömmar.

Inkluderat tidigare erfarenheter av arbete eller studier. Matchning, timing, perspektiv och förhållningssätt är även här en viktig grundpelare för vårt arbete.

Fas 3 - Fortsättning Jagkunskap och arbetsprövning

Arbetsprövningsplatsen tas fram av teamet och klienten tillsammans, och ibland med uppbackning av gruppen. En del av arbetet gör deltagaren själv, annat behöver deltagaren handledning/guidning eller praktisk hjälp med. Här matchas arbetsplats, uppgift samt handledningen på företaget minutiöst för att bygga de delar hos individen som skapar det viktiga trappsteg som bygger plattformen för en fortsättning och på sikt en eventuell anställning. Den personliga utvecklingsresan för ökad medvetenhet kring handlingar och val under arbetsprövningen löper parallellt med arbetsprövning/praktik. Trosam coachen/guiden finns med i kommunikationen för företagaren/handledaren och som bollplank för den personliga utvecklingen.

Fas 4 – Eftercoachning

Gruppen möts två timmar varannan vecka för de som har behov. Då finns möjlighet att omvärdera sin livsformel. Hämta nya verktyg eller påminna sig om redan befintliga, för att hantera arbete och vardag eller återskapa mod för nya steg mot målet ett liv i balans med egen försörjning.

TROSAM

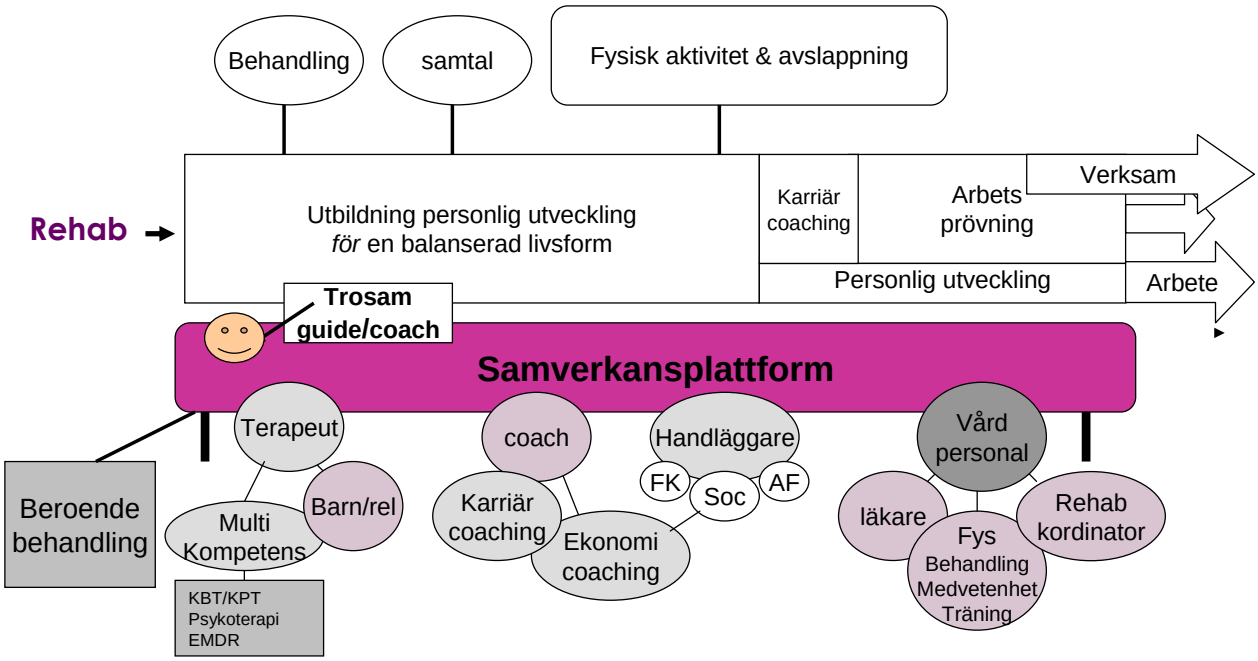


Bild 2.

Rehabilitering och samverkan för individer (familjer) i obalans. Beroendebehandling är här även tillagd.

Då vi arbetat med helhet i Trosamprojektet och de *faktiska* hindren för deltagaren här och nu, så har vi i en del fall även arbetat med mamma/barn och/eller par relationen i de fall då detta bromsat upp hela processen. Plattformen kan i framtiden även inkludera beroendebehandling om man vill och har även potential till att arbeta mot hela familjen.

Samverkansplattformen

Samverkan mellan olika kompetenser, metoder och organisationer

I Trosamprojektet har flera olika kompetenser, metoder och teoribildningar samverkat vilket är en del av framgången. Viktigt att förstå är att det inte bara är skapandet av ett team som har lett till den hälsoutveckling som flera av Trosamprojektets deltagare har nått. Ingredienserna för en framgångsrik rehabilitering är flera och några av dem nämns i bilaga A nedan.

Samverkansplattformen har även inkluderat handläggare. Dock har endast vårdcentralen valt att delta i den samverkan och det teamarbetet på handläggarnivå fullt ut. Handläggartid från de övrig har varit 1,5 timmar/månad, vilket räckt till projektarbetsgruppsmötet samt ett fåtal ärendesamtal. Tid och dialogformer behöver här ses över. Handläggarnas möjlighet till påverkan av arbetsmodellen har också härmed begränsats. Handläggning därutöver har därmed Trosamguiden skött med varje berörd handläggare. Trosamguiden har varit en viktig bro för samverkansarbetet. Vi kan av dessa erfarenheter se hur vi enkelt genom ett handläggardeltagande kan få en oerhört bred och professionell kompetens i en samverkansplattform i Trosa. Kanske är viktigt för handläggare att delta i samverkansteamens kultur och bildning i mångt större utsträckning om det är så att det är i samverkan lösningen befinner sig. Jag vill hävda att det är så.

Då det finns, hävdar jag, många gemensamma nämnare och ibland fler likheter än olikheter när det gäller orsaker till sjukdom och andra hinder till varför man lever i ett utanförskap, så finns det stora skäl till att samverka och arbeta tvärvetenskapligt. Jag håller inte med om att denna samverkan är så svår som många beskriver att den är. Först krävs dock en vilja att samverka i ord *och handling*, en ledning som främjar samverkansarbetet. Då finns förutsättningar att lyckas. Dialog/kommunikation och en vilja att överbrygga de eventuella hinder som finns i systemet är en annan viktig del. En del hinder kvarstår som vi får ta hänsyn till, men en del hinder väljer vi ibland att gömma oss bakom. Samverkan förutsätter också inställningen att ”ge för att få”, att ha ett helhetsperspektiv, ett långsiktigt tänk samt en tro att samverkan är ett vinna/vinna upplägg.

Guiden

Deltagarna arbetar på olika nivåer i utbildningen utifrån sin syn på vari obalansen består. Guiden följer, stöttar, speglar och möter. Ibland kliver denne in i de fall då ork, hälsa och mod kraftigt vacklar för att sedan snabbt backa tillbaka och lämna tillbaka styrningen till individen. Bakom sig har Guiden teammöten varje vecka där de tillsammans i dialog lägger upp stöd och planer för rehabilitering och innehåll. Dessa diskuteras sedan med deltagaren som själv står för sina beslut och val. Endast vid enstaka tillfällen har deltagandet varit ”villkorat”. Guiden är en central person i processen. Kompetensen, perspektiv och förhållningssätt hos denna guide är av stor vikt för utväxlingen på insatsen. Guiden/coachen blir också en bro i samverkansarbetet .

Denna guide/coach har en medicinsk/beteende baskompetens samt kunskap om utbildningsmodellens innehåll, teorier och perspektiv. Guiden är bland annat en viktig part för att arbeta fram den trygghet och tillit som ligger till grund för att förändringsprocessen skall starta och ge mod till eget ansvar. Hon/han leder gruppens övningar och blir därmed väl insatt i klientens ärende. Hon/han har även en grundläggande kunskap om de olika enheternas regelverk .

Guidens roll är även att ge kraft till att reducera de hinder som ligger i vägen för utveckling/förändring för klienten. Hinder kan vara kognitiva, fysiska, emotionella eller praktiska. Vid behov deltar Guiden vid möten för att stötta i att göra dialogen tydlig för de som deltar vid mötet inkl deltagaren. Guidens roll är inte att föra fram deltagarens talan utan att hjälpa alla deltagande parter att förstå de olika parternas situation och regelverk, samt skapa trygghet så att samtalet blir ärligt och sunt. Guiden deltar alltid i avstämningsmötet vid avslut

Ibland är mellanrummen gigantiska mellan de olika systemen. Detta vittnar både flera av deltagarnas berättelser om och också de upplevelser som vi ställts inför under projekttiden. Därför kan Guiden vara viktig för kommunens invånare. Den har ofta fått kliva in och stötta samverkansarbetet genom att förtydliga dialogen mellan klient, läkare och försäkringskassa. Att Guiden varit en ”neutral” part har många sett som en av framgångsfaktorerna. För de deltagare som inte haft någon försörjning eller stöd från någon enhet har Guiden kunnat fånga upp och snabbt satt igång rehabiliteringen mot hälsoutveckling och arbete. En del av dem har haft turen och mött rehabkoordinator/kurator på Trosa Vårdcentral som på ett makalöst sätt stöttat många av kommunens klienter som hamnat mellan stolarna. Hon har en bred kunskap om bakomliggande faktorer kring patientens situation och har länkat vidare dessa patienter till projektet. Dock har alla av kommunens invånare som deltagit i projektet inte kontakt med Vårdcentralen och rehabkoordinator utan tillhör privatläkare eller företagshälsovård. Guiden fungerar som en bro för och mellan alla dessa olika intressenter i Kommunen. Vem leder framåt på denna ibland gropiga väg? Guiden kan vara en väg att gå för att korta och effektivisera processen.

Kommentar utbildning – rehabilitering

I Trosam har vi återskapat hälsa och livskvalitet och en del har nått hela vägen till arbete. Då de flesta haft flera år av sjukdom eller andra former av utanförskap så har majoriteten varit i behov av en längre tids arbetsprövning. En del har gått direkt till den reella arbetsmarknaden.

Den längre arbetsprövningen har för de flesta genomförts inom Samverkansteamet (Verksam. FK/AF), men skulle även kunnat genomföras/integreras i rehabiliterings modellen. Regelverken sägs ha hindrat detta, andra vill mena att det kunnat vara möjligt.

I grupp 1 och 2 var det några som anmäldes där utbildningen/rehabiliteringen inte var lämplig, de var inte redo. Bedömning eller överlämning gjordes. Orsak till avbrott har varit ohälsa, flytt, missbruk, bedömning om sjukpension. Ingen har avbrutit oplanerat.

I grupp 3 och 4 har flera ej ännu fullföljt sin arbetsprövning vid projektavslut. Delvis för att det uppstod en kraftig fördröjning på grund av ändrade regelverk och kö till Verksam, varför försörjningsresultatet i dessa grupper först kan mätas våren 2009.

Utökade medel

Traumabehandling har visat sig vara en viktig ingrediens då många varit med om olika kraftfulla händelser i livet som satt sina spår och som spärrar utvecklingsprocessen och förändringsarbetet. Initialt i projektet såg man att för att få en långsiktigt hållbar förändring behövde många även få möjlighet till ett känslomässigt arbete (för en del traumabehandling), varför vi sökte utökade medel

bland annat för att kunna knyta en psykoterapeut med EMDR kompetens till projektet. Detta beslut grundades även på det som dykt upp under till exempel avslappningsarbetet i gruppen. De processer som sattes igång bara genom stressreducerande övningar och avspänning kräver stort ansvar i hantering. Deltagarna hade haft många år av sjukdom eller socialbidragsperioder av och till. Många rehabiliteringsinsatser i form av sjukgymnastik, samtal, ergonomicenter, smärtmottagning med mera hade prövats. Gruppdeltagarna hade ändå svårt att under kortare stunder sitta eller lyssna eller utföra avslappning i startskedet. Att därifrån finna en väg mot arbetsprövning utan att misslyckas sågs som svårt. Flera av deltagarna hade även genomfört en rehabilitering i form av arbetsprövning med liten framgång och hade flera misslyckanden i minnet. Få hade trots diagnoser av ångest, panikångest, depression och utmattningssyndrom gjort det inre arbete som ofta behövs när man som en del har varit med om traumatiserande händelser. Då denna kompetens ej fanns att tillgå på Trosa vårdcentral hösten 2006, hyrdes denna tjänst in externt och knöts till projektet. Att fortsätta att arbeta med bara kognitiva processer hade varit möjligt men inte långsiktigt hållbart och resultatmålen hade blivit omöjliga att uppnå utifrån deltagarnas kraftfulla ohälsa, är min bedömning som utbildningsledare/projektledare.

Projektledaren ansökte under hösten 2007 om hjälp till utökade medel på 300.000 då kösituationen i Verksam och FK´s ändrade regler gjorde att många gruppdeltagare från tidigare grupper blev kvar inom projektet. Deltagarna fick lämna arbetsprövningen och gå hem igen utan någon form av aktivitet i väntan på plats till Verksam. Vi behövde återskapa delar av rehabteamet igen för att klara av att stötta under väntetiden samt för att kunna genomföra och fullfölja grupp 4. Stöd söktes först hos LSG utan respons. För att rädda upp situationen vände sig projektledaren till externa intressenter samt till vårdcentralschefen och kommunledningen som beslöt att gå in och stötta personalen, deltagarna och projektet.

Korta processen

Arbetsprövning mot arbete (fas 3) behöver integreras mot Verksam/samverkansteamet alternativt ingå i rehabiliteringsmodellen. I nuläget är processen onödigt lång då dessa båda delar lagts efter varandra. Vägen till egen försörjning anser jag går att kraftigt förkorta om man integrerar/förlänger arbetsprövningsdelen inom rehabiliteringen. Varför denna åtgärd skulle vara en framgångfaktor beror på att de mönster som man intensivt arbetar med att utveckla och förändra just i mötet med arbetsuppgiften utmanas mest. Framför allt för de diagnosgrupper som vi har mött. Det är också här som det är viktigast att coachningen sker med belysning av *hela livsformen* varför den kompetens bredd som finns i vårt rehabupplägg kanske skulle minska antalet misslyckanden. Den djupa kunskap och det team som klient och personal bildat är just i övergång och under arbetsprövningen så betydelsefull, tror jag, för framgången vid framför allt psykosociala sjukdomshinder.

Utvecklingsområden

- Mer handläggartid så samverkan kan fungera fullt ut och dialog och kunskapsöverföring kan råda på ett bredare sätt vilket gagnar systemutveckling och brobygge. Handläggare har i dag fått sköta projektarbetet utöver ordinarie arbetsuppgifter vilket kan leda till en belastning och hindra samverkansutvecklingen.
- Renodla utbildningsledarens roll och ledning separat.
- Engagemang, ledning och styrning från flera enheter på LSG nivå. Vårdcentralen har fått bära mycket under projekttiden. På handläggarnivå och personalnivå har det dock funnits ett kraftigt engagemang, hjälp och stöd för varandra genom alla enheter.

- Dialog, struktur och mötesformer behöver utvecklas.
- Processtiden kan som ovan nämnts kortas om man integrerar Trosam med möjligheten till arbetsprövning/Verksam.
- Nu har vi arbetat med flera av de kommuninvånare som varit längst från arbetsmarknaden. Min bedömning är att man vid andra deltagargrupper kan korta tiden och antalet timmar i rehabiliteringen kraftigt (1h/v – 9h/v) om man går in med Trosamrehabilitering tidigare och bredare i processen.
- Beroende behandling in i samverkan.
- Läkare kopplat till rehabiliteringen

Vill man lyfta det en nivå till så kan denna enhet vara en gemensam enhet mot klienten med ”en skylt och en dörr”.

Övriga aktiviteter i projektet

Vi har genomfört en studie kring jämställd möjlighet samt inom projektet utvecklat en jobbsökarbroschyr, Vi har haft startaföretagseminarier samt kreativt tänkande. Vi har haft besök från företagsorganisationer, vårdenheter, politiker från Sörmland och Stockholms län samt regeringen. Några deltagare har genomfört ett seminarium ”Dag för dialog” för att förmedla sin kunskap om hur det är att vara ”kund i trygghetssystemet” samt för att hjälpa till att bredda bilden av ”vem kunden är” och därmed ge sitt bidrag till en vidareutveckling av trygghetssystemet. Personal och politiker från flera enheter deltog.

Förändringar under projekttiden

Att förutsättningar förändras under ett projekt tillhör sakens natur. Men de bör nämnas i en slutredovisning. 2007 och 2008 har betytt stora förändringar inom flera av de inblandade myndigheterna och landstinget Sörmland. Arbetsförmedlingen och Landstinget fick anställningsstopp. Försäkringskassan bytte bland annat organisation för långa sjukärenden, handläggarbyten. Juli 2007 ändrades reglerna från att ha varit upp till 3 månaders arbetsprövning till att bli endast 15 dagar. Omorganisation och handläggarbyte vid flera tillfällen under projektperioden. Arbetsförmedlingen bytte organisation och region och handläggare byten bromsade upp aktiviteten för Verksam under 2008. Kö bildades till Verksam pga att många blev friskare i Trosa men också genom andra projekts framgång i andra kommuner som hade samma handläggare detta påverkade kön för Trosams deltagare. Köer, kraftigt ändrade förutsättningar för arbetsprövning samt de många, många handläggar byten som varit under perioden har försvårat processen samt och tagit tid från andra delar av projektutvecklingen.

Resultat

Vad har rehabiliteringen lett till?

Aktivitet - Arbete

- Grupp 1 95% gick ut i arbetsprövning, studier eller arbete genom projektet
  Grupp 2 91%,

  Grupp 3 89%

Grupp 4 94%

Målet för denna målgrupp med 1-23 år av bidragsberoende var 50%

- Vid mätningen maj/juni 2008 (vid projektslut)
  5 av 8 i grupp 1 (62,5%) och

  7 av 11 i grupp 2 (63,5%) uppbär egen försörjning, hel eller halvtid.

  2 hade under en tid nystartsjobb. 1 av dessa deltagare har nu bidragsanställning/nystartsjobb övriga vanlig anställning. 2 är mammalediga. Bland dessa hade 3 deltagare startat företag under projekttiden två som bisyssla och en som egen försörjning. 3 håller på att starta eget företag vid projekttidens slut.

  87% av deltagarna hade fortfarande någon form av aktivitet våren 2008. (se bilaga 1 till slutrapporten)

  Grupp 3 och 4 kan vi mäta egen försörjningsresultaten på först när hela processen är färdig, det vill säga våren 2009. Grupp 3 fick avsluta och lämna arbetsprövningen på grund av ändrade regelverk (FK) för att vänta på att få arbetspröva vidare via Verksam. Det hade då uppstått kö till Verksams arbetsprövning på grund av att så många blev läkta i distriktet Processen bromsades upp då kön bestod i 3-7 månader.. Mätning ”1 år efter ” blir därmed framskjuten till verksamprocessen är avslutad.

- I Gruppen unga födda på 80 talet har 7 av 9 egen försörjning

Den nivå på arbetstider (majoriteten halv och hel) som deltagarna kommit upp i efter Trosam är hög i jämförelse, vill jag mena. Vid de diagnosgrupper och den sjukskrivningslängd som deltagarna vi mött haft, är det vanligt att när man klarar av det, ha långa arbetsprövnings perioder på 25 % och att när man ökar upp till 50% får man ofta backa ner till 25% igen. Och så får man gasa och bromsa under en längre tid (och så även resten av personalstyrkan!). Majoriteten som har arbete i dag efter Trosam arbetar 100, 75, 50%. Viktigt att betänka är att heltid inte alltid är ett sunt mål för den som fortfarande har kvarvarande symptom om man långsiktigt skall delta på arbetsmarknaden.

Hälsoutveckling - Livskvalitet

- Snittet på Hälsobarometerns mätning (självskattning) efter kursslut har varit samstämmig över alla fyra grupper.

Grupp1 & 2	snitt vid start 38 - avslut 66 av 100
Grupp 3	snitt vid start 33 - avslut 62
Grupp 4	snitt vid start 42 - avslut 62

47 personer har svarat.

- Flera symptom har lindrats och en del har befriats från panikångest, ångest, depression, värk, socialfobi, bulimi, utmattningssyndrom mm. Andra har fått minskad värk eller färre skov av olika former av värk.
- Många har fått en förstärkt självkänsla och vi har återskapat balans i familjer visar deltagares berättelser.
- Livskvaliteten har höjts visar mätningar. Måluppfyllelse här har varit i jämförbar nivå över alla fyra grupper när det gäller skattning av förbättrad livssituation och hälsa samt arbetsprövning/arbete inom projektet. (Se slutrapportens huvuddelsamt bilaga 1).

Långsiktig hållbar insats

Skattning av hälsa, glädje och tryggheten som gjordes vid projektavslut i de första två grupperna (1 -1,5 år efter avslutad 6 månaders kurs, mätning 3), påvisar att det är en långsiktigt hållbar utveckling. (Se slutrapporten)

Så även hälsobarometern i grupp 1 & 2 där 11 av 13 har samma eller förhöjd hälsa vid mätning 3. 84% av dessa har då 1 – 1,5 år efter kursen70 eller mer av 100 möjliga på hälsobarometern.

Mätning vid projektets avslut maj/juni 2008 påvisar att mätningar som gjorts tidigare håller när det gäller anställningsnivå. 1 person har minskat sin anställningsnivå 2 har ökat timmar

Varför Trosams samverkansplattform och Jag – formelutbildning

- Att möjliggöra för människor att skapa en balanserad livsform som håller över tid är nödvändig för vår nutids vanligaste sjukdomar.
- Den kraftiga hälsoutveckling som vi lyckats skapa när det gäller framför allt de psykosociala sjukdomarna. Rehabiliteringen kan användas för många av våra nuvarande diagnoser och upplägget kan matchas även för den som fortfarande arbetar.
- Vi kan på detta sätt arbeta med symptom och orsak integrerat och kostnadseffektivt.
- Minskade kostnader för enheterna var och en och tillsammans. Resurser kan sparas om man gemensamt använder/finansierar rehabilitering (se ekonomiska beräkningar i slutrapportens huvuddel).
- Tillgång till fungerande rehabilitering för alla människor oavsett tillhörighet som lever i ett utanförskap, utan egen försörjning. Möjliggör för många att snabbt komma igång att aktivt skapa sin väg tillbaka till hälsa och egen försörjning.
- Tillgång till varandras resurser och kompetenser
- Rekrytering till de humanistiska arbetena i Trosa kommer kanske även de att få en positiv påverkan. Läkarrollen förändras och vi avlastar på sikt vård, social, fk, af´s enheter vilket gör att var och en får göra det de är satta till och resurserna kan omfördelas.
- Avlastning och utökad hälsa inom företagen på orten
- Högre och bredare kompetens till den mindre orten eller stadsdelen
- En arbetsförmågebedömning byggt på ett brett underlag
- Balans i livet för människor och deras familjer och därmed för samhället
- Samverkansplattform – (för att överbrygga skillnader och kostsamma mellanrum)
- **Fler friska kommuninvånare och fler i egen försörjning**

Denna rehabiliteringsmodell kan minska belastningen på andra yrkesgrupper. Därutöver leder det till minskade kostnader för försörjningsstöd och sjukpenning. Lägg därtill produktionsökning, skatteintäkter och ökad köpkraft och inte minst friskare kommuninvånare.

Fullt ut vad Trosams modell är, vad den har gett och vad den skulle kunna betyda för t ex en kommuns utveckling, fullt utbyggd och i ett bredare perspektiv, är en längre beskrivning.

Framtid

Verksamheten kan läggas externt eller använda och omorganisera befintlig verksamhet och då endast utveckla/utbilda en ny kompetens; Guiden som leder ´jag- formelutbildningen´ och bygger samverkans broar. Därutöver behövs en budget för finansiering av de flexibla inläggen i rehabiliteringen som är viktiga för resultatet. En del av kompetenserna går att finna inom befintliga verksamheter alternativt förändra rekryteringsbilden.

Rehabiliteringen kan drivas av

- en enhet
- gemensamt
- i bolagsform
- externt bolag (neutral part och drivande i dialogen)
- Man kan samfinansiera och delvis söka projektmedel för att fullt ut pröva olika implementerings vägar. Med gemensam drift eller köpa in tjänsten.
- Företagen kan även de bjudas in i samarbetet om man vill (Intresse för detta har redan påvisats) alternativt köpa tjänsten.

Under projekttiden har både privatläkare, företagshälsovården, kommun, primärvård, psykiatri och myndigheter skickat deltagare till Trosam som har rehabiliterat och byggt broar i samverkansprocessen.

Man kan också:

- gå samman och samverka två kommuner
- sälja tjänster till företag och/eller närstående enheter och kommuner.

Slutord

Hindret för att släppa in och våga tänka nytt och påvisa det mod som behövs för att bryta nya spår är som alltid stort . Hindret att tro på att det går att lösa de sjukdomar och sociala hinder som styr många människors liv, vilket projektet resultat har påvisat, finns nog också men nackdelen med att fortsätta på en dyrare och mindre framgångsrik väg bör ju vara större, framför allt då det är med skattemedel som detta pågår.

Nu tar jag i hårt men det gör jag för jag har tidigare men framför allt nu under två år mött allt för många människor som fastnat i trygghetssystemet med både händer och fötter. Långa sjukskrivningstider är ett skäl, men nya moderniserade vård, rehabilitering och sociala arbetsformer är en annan viktigare bit, där samverkan eller nya plattformar är en absolut nödvändighet, anser jag. Vi har så mycket pengar inom trygghetssystemet och vi kan nå så oerhört långt med dessa. De strukturer vi just nu använder oss av har varit välfungerande då hindren såg annorlunda ut. I nutid krävs det nya former och modeller.

Vi har genom projektet nått en lång bit på vägen i att påvisa att man kan bli frisk eller återskapa arbetsförmåga från några av vår nutids kostsamma och svårlösta sjukdomar. Vi har också påvisat att många velat men inte kunnat behålla jobbet innan de givits möjlighet att reducera de hinder som stått i vägen för att fullt ut leva ett liv med kvalitet och/ egen försörjning. Framför allt har det samlats flera fantastiska kompetenser i Trosams lokaler, deltagare och personal, som tillsammans påvisat att det som en del trodde var svårt eller omöjligt är *så* möjligt.

Madeleine Söderström

Projektledare Trosam projektet

2006-2008

Bilaga A

Bakgrund och framgångsfaktorer för framgångsrik rehabilitering

Bilaga A

Bakgrund och framgångsfaktorer för framgångsrik rehabilitering

Som jag nämnt i slutrapporten är upplägget byggt bl a på de erfarenheter, intervjuer och hypoteser som nämns på sidan 6. Mycket av ny forskning visar också att stress (inre och yttre) påverkar människan i långt bredare utsträckning än vi tidigare trott. En annan aspekt är att vi arbetar mycket inom vården i detaljen, där har vi en stark kompetens. Vi vurmar också ofta för *vårt* kompetensområde gällande människor och hälsa. Men när man intervjuar personal så talar ändå många om att sjukdom ofta handlar om flera delar i människan och att fler tror att vi behöver arbeta mer integrerat och tvärvetenskapligt för att nå hela vägen till hälsa - samverka olika kompetenser och synsätt. Lösningen ligger alltså helheten men också i detaljen. Jag formel utbildningens upplägg, som är en del av Trosams plattform, skapar förutsättningar för att arbeta med just helhet och detalj integrerat, med fokus på helheten. Metoden innehåller en struktur som gör det möjligt att hålla ihop den processen. Nedan följer en bakgrundsbeskrivning till upplägget i den modell som använts i Trosamprojektet samt framgångsfaktorer.

Mångfacetterade hinder med flera gemensamma nämnare

Det finns många gemensamma nämnare i flera av vår nutids vanligaste diagnoser. Även hindren hos flera av socialens och vårdens klienter/patienter har många gemensamma nämnare som det går att samverka kring i en rehabilitering. Gruppverksamhet med en heterogen gruppsammansättning gör att vi når längre bland annat på grund av att deltagaren inte kan gömma sig bakom kön, ålder,

sjukdomsidentitet eller annat. Det kanske till och med är så att arbete med de delar av sjukdomsbilden som är gemensamma i mångfacetterade grupper gällande ålder, kön, sjukdomsbild mm är framgångsrikt, dynamiskt och ekonomiskt framgångsrikt. De olika enheterna kan också som en extra bonus genom denna samverkan få tillgång till varandras kompetens och resurser. Att arbeta med ett gemensamt rehabupplägg gentemot klinter från både socialkontoret, arbetsförmedlingen, försäkringskassan och vården har därmed många möjligheter och fördelar.

Ohälsa – obalans i eller mellan människans olika delar

Många av vår nutids vanligaste sjukdomar har sin lösning och läkning i flera delar av människan. Flera av vår nutids diagnoser kräver en förändrad och utvecklad livsstil och livsform, där livsform utöver vikt, kost, motion och rökning även innefattar mönster, förhållningssätt och relationer. Ibland är obalansen bara fysiskt, ibland kognitiv eller emotionell men många gånger så är det en kombination av kropp, tanke, känsla och själ som är i obalans, därav ohälsan. Obalansen ger också svallvågor som sekundärt påverkar barn, familj och även samhälle. Den bakomliggande drivkraften som manar på de destruktiva valen går inte anser jag anser jag, fullt ut att hejda med vårdens olika metoder var för sig eller med endast medicin. Drivkraften och vanan att fortsätta göra är stark. Att som i dag möta dessa sjukdomsbilder med *endast* tankemässig omställning, stödjande samtal, ekonomiskt bistånd eller fysisk behandling var för sig är ett mänskligt och ekonomiskt resursslöseri och ett människosvek. Ibland är obalansen kommen ur känslolivet varför ett inre arbete sammanflätat med kognitiva och fysiska metoder är klokt för att nå ett hållbart resultat. Ett bredare och mer sammanflätat och matchat behandlingsupplägg, anser jag, är en annan viktig del av lösningen.

Kommunens invånare och klienter

Flera av socialkontorets klienter har även de bakomliggande orsaker till varför de inte kan återskapa en egen försörjning. Detta har ibland sin grund i ohälsa. Där t ex ångest, värk och/eller depressions liknade tillstånd ibland har varit den egentliga orsaken till bristen på egen kraft att komma till egen försörjning hos de vi mött. När jag ställt frågan ”Möter du många sjuka i ditt arbete?” till personal från socialtjänsteni flera av landets kommuner som jag mött när jag föreläst om samverkan, hälsa och varför utanförskap, så svarar oftast alla utom ca 10 i en handuppräckning (bland 60-100 personer) att så är fallet. Betungande för socialsekreterare att möta så många sjuka och inte ha vårdutbildning, inte ha tillgång till heltäckande rehabilitering eller fungerande nätverk med vården. Resultaten på insatser från t ex AME enheter minskar ju också självfallet om den egentliga orsaken ibland är ohälsa. Personalen har också därmed ett onödigt tungt arbete. Dialogen med vården är ibland svår för den klient som inte kan driva sitt ärende och sin rätt fullt ut.

”En kvinna jag känner kommer bara till vården när hon mår som allra sämst och blir då bemött som en mycket psykiskt sjuk människa vilket man kan tro när hennes värk tar över. I övrigt är hon en fantastisk varm, omtänksam och klok kvinna men med låg självkänsla och svårt att göra sunda val i livets alla val. Hon har svårt att be om hjälp och när hon gör det blir hon ofta exkluderad på grund av sin ångest och oro i situationen.”

En kommuns kostnad för människor utan egen försörjning är mer än bara nivån på försörjningsstödet. Jag har tillsammans med handläggare i Trosa kommun, gått igenom de klienter som kommit från kommunen - socialkontoret/socialpsykiatrin/arbetsmarknadsenheten – till

projektet. Det mångfacetterade behovet av stöd från flera enheter samtidigt eller vid olika tillfällen blir här tydlig. (bild 3)

E	B	Sek	SP/ame	V
X		X		X
X	X	X		
X	X	X	X	X
X		X		X
X		X		X
X	2	X		X
KX		X	X	
K			X	X
Px	X	X		X
P		X	X	X
X		X	X	X
P	X	X	X	X
X	2	X	X	X
K			X	X
K			X	
X		X	X	
Nollade & ej försörjningsstöd				
		x		X
		x		X
		x		X

Ek bistånd	**E**
Beroende behandling	**B**
Social sekreterarstöd/tid	**Sek**
Social Psykiatri- AME	**SP/AME**
Vård	**V**
Hjälp kontinuerligt	**X**
Hjälp enstaka tillfällen	**x**
Kommun/stat Plus anställd (AME)	**K**
Sjukersättning/pension	**P**

Bild 3

Insatser och stödbehov hos klienter från kommunen som deltagit i projektet. Arbetsförmedlingens insatsandel är inte med i tabellen.

16 deltagare kom från kommunens verksamheter varav en anmäldes av vårdcentralen. 9 uppbar försörjningsstöd, 3 sjukersättning, 4 hade plusanställning.

Man kan här se t ex att alla inte har försörjningsstöd men ändå är i behov av insatser från kommunen och därmed en kostnad i form av t ex handledning från AME, socialsekreterartid eller annat (lägg där till enhetens driftkostnad mm). Många har varit i behov av stöd i form av hjälp och ibland även ekonomisk ersättning bistånd från flera enheter. Under den tid då de inte har haft försörjningsstöd har de kontinuerligt eller från och till varit i behov av hjälp från AME eller socialpsykiatrin i kommunen.

Några av våra deltagare som anmälts från socialtjänsten och som nu har egen försörjning, har tidigare haft flera insatser från AME och arbetsförmedlingen samt flera perioder av försörjningsstöd. Några har haft kontakt med vården utan att man lyckats identifiera orsaken till ohälsan. För andra har läkningen inte blivit så stor att en hållbar arbetsåtergång möjliggjorts. Detta trots att kommunen har en väl fungerande arbetsmarknadsenhet men som liksom landet i övrigt erbjuder sysselsättning/ arbete som enda verktyg för hjälp till egen försörjning vilket är bra för en del medan för andra bara är en del av behovet.

Vi kan också se genom erfarenheterna i projektet var vi inte lyckats fullt ut. Där en del med komplexa problem där det i den gruppstorlek och personaltäthet som varit i projektet, inte alltid varit möjligt att möta upp så nära och tätt som man behöver framför allt initialt i en förändringsprocess. Dessa deltagare har haft en komplex problematik och där missbruk varit en del av den. För de deltagare

som avslutat sitt missbruk, kommit direkt från behandlingshem eller där vi kommit in tidigt i processen (riskbruk) har deltagandet varit mer framgångsrikt och för flera lett till arbete, studier eller praktik.

Av deltagarna vi mötte hade majoriteten varit sjuka i många, många år eller från och till under många år varit beroende av någon form av försörjningshjälp. En del av de som kom till oss kom direkt från psykiatrin i Nyköping några kom direkt från behandlingshem eller tidigare deltagit i beroende behandling. Några hade haft plusanställning under flera år. Men majoriteten hade varit sjukskrivna på grund av psykosociala skäl eller fysiska hinder.

Förändrat scenario våren 2009

1 Januari 2009 kommer det att friskskrivas ett flertal individer med sjukdomshinder i och med de nya regelverken som träder i kraft då. Dessa individer kan då bli en kommunal angelägenhet genom ökat försörjningsstöd. En del kanske till och med genom att de är gifta eller sambo inte kommer att få något försörjningsstöd alls. Detta belastar inte socialkontorets budget. Men det belastar kommunen att människor som inte klarar av att jobba försätts i situationen att inte klara/få arbeta samt gå till sin fru/man och be om pengar. Är dessa också föräldrar så belastas barnen än mer av den stress och oro som deras trygghetspersoner – föräldrarna - blir försatta i. Om detta blir en sanning vet vi inte men flera handläggare och enhetschefer varnar därför.

Trauma eller andra kraftfulla bakomliggande orsaker

Att såsom nu ofta sker, placera människor direkt i arbete utan ett genomgripande förändringsarbete då arbetet är dennes ”missbruk”, är lika klokt som att sätta en alkoholist vid en spritflaska. Ändå är det vanligt förekommande i hela landet. En arbetsuppgift eller andra människors behov gör att många med psykosociala sjukdomar snabbt kliver förbi logikens och kroppens bromsande signaler. Att förändra den bakomliggande drivkraften först är därför nödvändig för många. Den drivkraften ligger sällan bara i tankens kraft varför KBT som ensam arbetsmetod inte håller långsiktigt vid dessa diagnoser, är min bedömning. Utan en väl timad matchning och mix av Psykodynamiskt, EMDR, KBT, fysik behandling och aktivitet m m gör att vi når längre och ändå får kortare behandlingsprocesser. Är vi då kloka och följer individens medvetenhet och nuläge i behandlings upplägget så möter behandling där motivationen och engagemanget är. Drivkraften att skapa en livsform som gynnar behandlingens utfall blir därmed stor. Detta påvisar flera i personalen som t ex uttalat att ”Processerna är kortare inom Trosam”. ”Klienten har genom det övriga arbetet i ´Jag formel utbildningen´ en grundtrygghet som gör att vi terapeuter kan starta på samtal tre, vilket gör att vi når längre och processen blir kortare. ”Klienterna gör i större utsträckning sina hemövningar här än vad jag är van vid, vilket gör att arbetet fortskrider snabbare, Det är roligt att jobba här, därför”.

Perspektiv

En annan viktig del för att nå framgång i rehabilitering är perspektivet på vem som äger lösningen, hur den skall se ut, när saker skall ske och utveckla sig, vilka handlingar och val som är kloka och så vidare. Om vi släpper taget och lyssnar in klientens syn och uppfattning och med frågor och speglingar för processen framåt, så ser vi att vi finner bättre och mer träffsäkra svar och behandlingen blir än mer timad än om vi bygger dem på våra egna eller lärda teorier och kloka råd. Med ökad medvetenhet kring sin igen kropp, tanke och känsla så ökar motivationen för en förändringsprocess och handlingar och val utvecklas till att bli mer framgångsrika. Teorierna har vi i

personalen med oss för vårt beslutsunderlag i de lägen då vi som personal behöver kliva in och hjälpa eller handla.

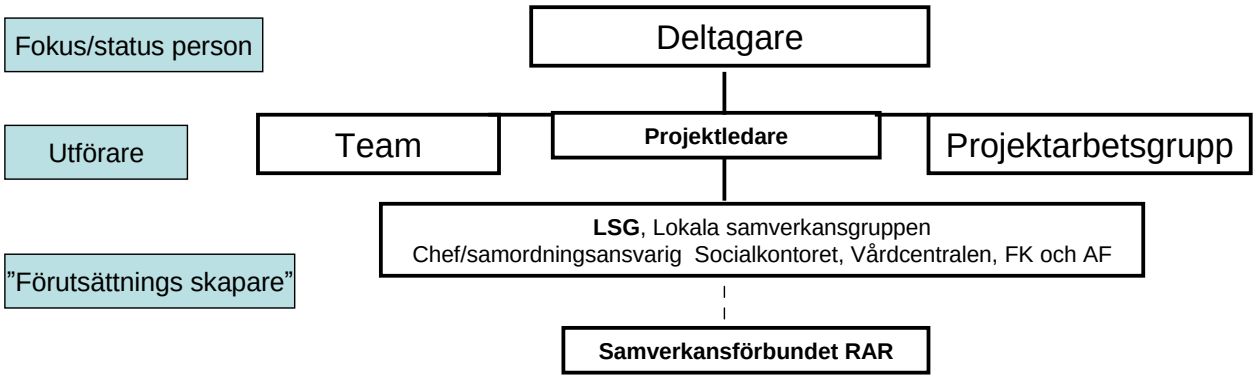


Bild 4.

Perspektiv för att lösa ”gåtan”. Till vänster nivå och roll till höger en omvänd styrbild

Framgången i vårt arbete i Trosam projektet bygger i alla delar på vår tes att det är klienten/patienten som har svaret på när och vad som behandlingen/rehabiliteringen skall innehålla. Detta matchat med personalens erfarenheter och teorier ger en bra grund för matchningen av insatser. Om detta stämmer vill jag hävda att vi når längre på en kortare tid till en minskad kostnad när det perspektivet genomsyrar våra handlingar och förhållningssätt fullt ut.

Mötet - Förhållningssätt

Mötet mellan människor sker på många olika nivåer. Orden är en liten del. Den största delen av kommunikationen och upplevelsen av mötet sker som vi alla vet, genom t ex kroppsspråket, rösten, blicken, undertexten osv. Då flera som man möter i ett rehabiliteringsarbete har blivit svikna eller är oroade för om myndigheter, människor och den egna hälsan går att lita på så är tilliten låg i många möten. Mötena får då svårt att bli ärliga och rädslan för förändring kan då vara stor. Ett förhållningssätt som återskapar förtroendet är därför viktigt. Status är en annan viktig del.

I jag formelns rehabiliterings koncept finns det många kriterier för hur detta möte och förhållningssätt bör se ut för att processen skall få den hastighet som är möjlig. Denna plattform med perspektiv och förhållningssätt är en oerhört central del i vårt arbete. Det bygger det fundament som gör att de metoder vi använder får stor utväxling.

Förhållningssätt

Vårt förhållningssätt är ”följande”. Att ha ett ”följande” förhållningssätt betyder inte att man jamsar med. ”Följande” är att ärligt och respektfullt spegla det man ser genom att ställa frågan om det är ok att komma med feedback, och ärligt återspegla. Ärlig spegling kan vara tuff och fungerar bara då tillit finns. Tillit och respekt byggs i ”mellanrummen” i mötet. Detta skapar trygghet och motivation och blir en drivkraft till förändringsarbetet. Bland annat MI är en frågeteknik som används en del inom vården i dag som bygger på att genom frågor och att så höra in sina egna svar och öka sin medvetenhet och motivation för nya handlingar. Coaching är en liknande teknik . Det centrala med

dessa tekniker är att man som behandlare inte väger in sin egen syn och sina egna råd. Utan hjälper klienten fram till sina egna mål, beslut och val. Där finns också drivkraften till en förändring

Mina behov och min vilja

Ett exempel:

”Ulla-Maria” har kraftig värk diagnostiserad fibromyalgi. Hon får genom mötet med vården, genom goda råd från familj och tips från vänner om att avgränsa och säga nej till olika saker för att må bättre. Frågan hon ställer sig är: ”När skall jag säga nej och avgränsa när jag själv inte vet fullt ut vad mina behov är? ” Hon har aldrig blivit lärd att respektera sina egna behov och sett dem som viktiga. När hon däremot har ställt upp för andra i t ex familjen så har hon fått uppmärksamhet och på så sätt fått behovstillfredställelse. När någon peppar henna att lyssna på sig själv och sina egna behov och avgränsa så hör hon ingenting när hon lyssnar inåt. Den egna rösten är för svag och/eller instängd. Hon har svårt att urskilja sina egna svar. När hon försöker lyssna så känner hon ju också smärtan. Den smärtan hade hon just hittat tekniker för att stänga av. Det egna behovet hade hon också långt tidigare tystat ner. Däremot andras behov och signaler är hon genialisk på att höra och den rösten av andras behov leder henne ofta att kliva förbi sin kropps signaler av smärta och värk. Och när hon avgränsar så kommer ofta skulden.”

För personer som inte enkelt känner sina egna behov och respekterar desamma så kan en arbetsuppgift vara direkt förödande. Andras behov och kraften att fullfölja en uppgift för många av de patienter vi mött med t ex utmattningssyndrom, fibromyalgi, panikångest är så stark att med bara intellekt och kognitionsövningar träna att avgränsa räcker inte, anser jag. För att kunna börja höra sin egen röst och sina egna behov så är det nödvändigt att våga stanna upp och lyssna inåt. Men för att hitta de egna svaren så måste vi också börja känna och då kan vi börja känna känslor som vi också stängt av. Många tror att detta är farligt och jobbigt. Jag anser att motsatsen är jobbigare. Om vi inte inom rehabiliteringen möter upp detta behov så kommer vi aldrig till läkning för dessa patientgrupper. Dock är det inte bara ett känslomässigt arbete vilket som helst som skall göras med stödjande samtal där man möter känslan men inte fullbordar till läkning. Ibland är det nödvändigt att möta med tillexempel EMDR eller andra tekniker som hjälper klienten att möta och läka den egentliga orsaken till ett avstängt känsloliv eller oro och panik i kroppen.

Detta arbete genomför vi människor endast då vi känner tillit och trygghet. Ingredienserna i Jagformel utbildningen skapar den trygghets plattform som gjort det möjligt för många att genomföra en genomgripande förändringsprocess där arbetet (alt arbetsprövning) sedan blivit ett bra ”träningsläger” att finslipa mönster och förhållningssätt på.

Tillsammans med tanke och känsloarbetet har vi även knutit övningar i medveten närvaro, avslappning och behandling i form av taktilstimulering, sjukgymnastik och naprapati samt fysisk träning. När vi genom att sammanfläta behandlingar, föreläsning och eget arbete utifrån individens och teamets bedömning och samarbete når vi snabbare en ökad medvetenhet och en starkare drivkraft till förändringsarbete. Om man som i ”Ulla Marias” fall i flera delar av rehabiliteringen och i möten med andra, gruppen, personalen, uppgiften m m , många gånger om dagen i dessa möten tränar att lyssna till sina egna svar och behov och respektera dem så dupliceras hastigheten i förändringen. I annat fall så kan det ta oerhört lång tid att nå det stora förändringsarbete som krävs - efter de ibland 30 - 50 år av daglig träning det tagit att få in det mönster som hitintills använts.

Trygghet

Att bygga trygghet och tillit på ett kraftfullt och noga genomtänkt sätt är en förutsättning för ett förändringsarbete, en annan viktig ingrediens för att återskapa hälsa och balans i människan och tillvaron.

En del av orsaksbakgrunden till vissa av vår nutids vanligaste sjukdomar och andra former av utanförskap handlar just om trygghet och/eller avsaknad därav. När tryggheten inte finns inom mig själv blir jag beroende av att påverka min omgivning så att den gör mig trygg. Detta sökande efter trygghet kan yttra sig i ett kontrollbehov, hög produktivitet, gränslös omsorg för andra, jakt på bekräftelse m m. Då trygghet är ett basalt behov blir drivkraften stark att skapa detta tillstånd som ger ro för stunden. En del uppnår detta tillstånd då det är ordning och reda, individen har då kontroll och känner trygghet när allt är i tillrätta lagt ibland till perfektion. Det kan också skapas genom hög produktivitet eller prestation i jakten på bekräftelse och respekt för kompetens eller resultat. ”Trygghetsjakten” kan ibland liknas med ett missbruk. Vi gör det fast vi inte mår långsiktigt bra av det. Vi gör det för att det ger lugn och trygghet, för en stund. Att till varje pris vara stark och duktig, leder ibland till att vi nonchalerar eller stänger av vår kropps signaler trots yrsel, värk, sömnsvårigheter och huvudvärk. Man kan också ta till värktabletter initialt som hjälper mot värken men det blir också möjligt att negligera kroppens eventuella signaler en stund till. Man kan också ta till alkohol eller andra droger för att skapa balans och lugn för en stund.

Är detta bakgrunden till en del missbruk och sjukdoms tillstånd? Om svaret på frågan är ja så måste vi skapa en bra form som ger trygghet där arbetet kan starta med att bryta mönster och byta till nya. Men om vi inte samtidigt bygger den inre tryggheten så faller allt lätt tillbaka då rehabiliteringen avslutas, då det blir förändringar i arbetet eller relationerna prövas och vi får då börja om igen. Då utmattningssyndrom, fibromyalgi och ångest patienter ofta behöver förändra sitt förhållningssätt till människor (och deras behov?), uppgifter och händelser så bör en rehabilitering innehålla både personlig utveckling i helhet och detalj, en förändring av den inre drivkraften samt en arbetsprövning som fullföljs parallellt och integrerat med den personliga utvecklingen, då det är i arbetet som förhållningssätten prövas fullt ut. Framför allt är detta behövligt för de som har arbetat för hårt och tagit för mycket eller för lite ansvar, vilket gäller för majoriteten av de vi mött i Trosamprojektet.

Arbeta med orsak och symptom

En av vårdens och socialtjänsten viktigaste uppgifter framöver är att skapa insatser som reducerar symptom (arbetslöshet, värk, ångest, stress) men också orsak samt i en mycket större utsträckning än i dag motivera klienter/patienter att genomföra ett genomgripande förändringsarbete, så att stress och oro inte föds in i livet igen när vardagen krånglar.

Många tror att detta blir dyrare eller att människor inte vill. I Trosam projektet har vi bevisat att så inte är fallet. Många har här gjort ett stort och tufft arbete som skapat långsiktigt hållbar hälsoutveckling visar mätningar. Processerna i trosam har också när det gäller terapi varit kortare än på andra håll och flera har blivit arbetsföra än vad som har skett av de många åtgärder som tidigare satts in för deltagarna från vård och arbetsmarknadsåtgärder. Kortare processer och större hälsoutveckling ger minskade kostnader. Trosam projektets resultat när det gäller minskat försörjningsstöd men kanske framför allt, med den stora hälsoutveckling som vi uppnått (vilket mätningar och intervjuer påvisar) visar att det *är* möjligt.

Läkare, vårdpersonal, socialhandläggare, alkohol och drogterapeuter strävar på många sätt efter att förmå sina klienter att skapa en utvecklad livsform (förändrade livsmönster och livsstil). Detta sker med framgång ibland men i flera fall så skapas inte den genomgripande förändring som behövs, för att fullt ut återskapa balans och hälsa som håller över tid. Ibland lyckas vi ta bort symptomen men inte orsaken, vilket därför kan leda till nya symptom. I en del fall skapas multisjukdomar, med behov av stora vårdinsatser samt ett utökat lidande. Det är nödvändigt, mer framgångsrikt och billigare, vill jag mena, att se helheten bakom sjukdomen och i större utsträckning arbeta med orsaken till obalansen och inte bara stävja symptomen. *Om* det är så att vi vill få en friskare befolkning, minskade kostnader och ökad personaltillfredställelse

Nästa viktiga ingrediens i formeln för framgångsrik rehabilitering är

Samverkan

Många kämpar som handläggare och vårdpersonal för att hjälpa människor tillbaka till ett liv i hälsa och egen försörjning. Nuvarande trygghetssystem är ett vackert system och en fin tanke som är uppbyggt *för* oss och av oss, men som för den med ett komplext behov ibland arbetar *mot*.

För att möjliggöra för en framgångsrik och mindre kostsam rehabilitering så är en samverkan <u>nödvändig</u>.

1. En samverkan mellan olika enheter/handläggare
2. En samverkan mellan olika kompetenser med olika kunskap om människans olika delar.

Det är inte en teori bildning som allena är lösningen på sjukdom och andra hinder på egen försörjning anser jag. Jag tror att vi bit för bit måste släppa tron om att det är min kompetens som skall lösa problemen framför allt om det ibland är som så att det är i både i detaljen och i helheten som lösningen finns.

Är systemet anpassat för brukaren? Krav profilen på vad man skall klara om man är beroende av stöd i dag och själv skall söka hjälp samt sköta administrationen kring detta, stämmer allt för dåligt med verkligheten för de människor som drabbats av stress, ångest och andra psykosociala sjukdomar och hinder. Att skapa ett upplägg som bättre är anpassat till klientens faktiska förmåga i sin sjukdomsbild

samt dennes behov och nuläge, är en nödvändighet. Här försvinner en del av trygghetssystemets pengar i dag, anser jag. Att under två år ha stått mitt i mellan fyra organisationer och system har varit intressant och i en del fall tyvärr skrämmande. Jag fullt frisk och ganska kunnig på delar av de olika regelverken, har dessutom tillgång till en del personalingångar och telefonnummer. Jag har ändå bitit i gräset vid ett par tillfällen då jag försökt hjälpa två svårt sjuka deltagare i dialogen med vård och försäkringskassa. Trygghetssystemet är alltså så komplext att jag som personal får svårt att klara processerna. Hur skall då klienter/patienter klara att föra sitt ”ärende” fram under ett kraftfullt sjukdomstillstånd? För det är vad vi kräver av dem.

Jag har ställt mig frågan ibland ”Vad kostar ett mellanrum?”. Det finns vad jag vet tyvärr inget svar och svaret skulle kanske vara för tungt att bära. Säkerligen skulle svaret vara den blåslampa som behövs för att vi fullt ut skulle förstå att en samverkansplattform är en absolut nödvändighet att skapa om vi skall klara vår nutids sjukdomar och det onödiga slöseri på mänskliga resurser och samhällsekonomi som i vissa delar pågår. Svaret på frågan: Vem är ansvarig? Hamnar även den ibland i detta nu omtalade mellanrum.

Några deltagare skapade under projektet en ”Dag för dialog” för att i sin del ta ansvar för den situation vi står i, på så sätt att man vill hjälpa till att bredda kunskapen och bilden av hur det är att vara ”kund i trygghetssystemet” och ”vem kunden är” vilket då möjliggör för mer träffsäkra lösningar. Ett femtiotal personer var där och tog därmed ansvar tillsammans med kommunens ”bidragstagare” för att tydligare ur sitt perspektiv måla en sannare bild av problemet vi skapat och tillsammans hitta /skapa energi och kraft för att utforma olika lösningar. Vilket härligt initiativ och ansvarstagande! En sammanfattning för den som missade dagen och vill läsa finns att hämta på hemsidan www.mittitrosa.se.

Vi har lyckats ganska bra och skapat ett embryo till en samverkansplattform, men vi har också bitar kvar att utveckla. Styrning, struktur och dialog är bitar som vi behöver bli ännu bättre på. Trosam Guiden är en viktig framgångfaktor för den samverkan vi uppnått. Viljan att samverka är dock det första steget som måste tas fullt ut för att skapa förutsättningar för samverkan att utvecklas.

Schablonbilder och myter

Något annat som hindrar processen i samhället är de myter och schablonbilder som många beslut och upplägg bygger på. Här kommer några:

- Att folk inte vill jobba och ta ansvar, att människor vill fortsätta vara sjuka.
- Bilden av utanförskapet är att det gäller en specifik typ av människor men där sanningen är den att bilden av de vi mött är mångfacetterad, från alla samhällsklasser, åldrar och kulturer och från både Trosa, Vagnhärad och Västerljung
- ”Det går inte att enas kring ett gemensamt begrepp inom de fyra olika enheterna gällande t ex – arbetsförmåga”
- ”tänk om någon annan tjänar mer än jag (min organisation) på samverkan” bäst att inte chansa. (Kan vi överhuvudtaget klara våra uppdrag genom att inte samverka?).
- Det kommer inte att gå för samverkan är svårt (hur många kommuner och organisationer har i handling försökt och velat fullt ut?)

En handläggare i Trosa beskrev att hon tidigare hade funderat på varför många var sjukskrivna och arbetslösheten var låg i Trosa Var det så att många föredrog att vara sjukskrivna i stället för

arbetslösa i kommunen, då Trosa kulturen är mycket sådan att produktivitet är viktigt? Denne person trodde att det var så. När samma individ kom ner till Trosam och mötte deltagarna vid ett par tillfällen slogs densamma av: ”De *är* ju sjuka, riktigt, riktigt sjuka”. En av terapeuterna i projektet som arbetat många år i branschen ”Jag har aldrig tidigare under mitt arbetsliv mött så många människor samtidigt som har varit med om så tragiska och otäcka saker”. Schablon bilden av att vi suttit och druckit kaffe, målat och pratat på Trosam som några personer påtalat kan vi därmed även den slå hål på. Här nere har det utförts ett av de förmodligen tuffaste arbeten som utförts i Trosa på dagtid, alla kategorier. Här har några av de modigaste kvinnor och män varit och tagit ansvar fullt ut för att skapa förutsättningar för sin återgång till hälsa och egen försörjning.

Nutid/framtids rehabilitering och samverkan

Efter många år av utanförskap och svåra sjukdomshinder har nu en majoritet återgått i arbete. Även de som inte kommit till egen försörjning men är ute i praktik eller annan aktivitet har tagit ett gigantiskt och obekvämt första steg mot förhöjd livskvalitet, med liv och familj i balans. Med en genomtänkt plattform, struktur som skapar förutsättningar kan sedan tekniker och metoder flätas ihop så klienten kommer till den kullerbytta som är nödvändig att göra för att en långsiktigt hållbar återgång skall skapas.

Denna rapport är en sammanfattning av innehållet och resultaten av Trosam projektets arbetsmodell. Märk väl att ett vanligt teamarbete kring patienten inte är tillräckligt för att nå framgång, utan är en ingrediens. Därutöver skapar matchning, timing, perspektiv förhållningssätt nödvändiga förutsättningar. Det mest centrala i processen är deltagaren och hans/hennes kunskap. Flätningen/matchningen av de olika delmomenten är viktig och en del av detta arbete görs av deltagaren själv genom jag-formel utbildningen. Detta är som sagt en sammanfattande beskrivning, hur man gör går som med allt annat att lära.

Bilaga 2

Trosam projektet

2006 – 2008

Rehabilitering och samverkan

Utvärderare

Björn Bolin

BAKGRUND

Undertecknad har haft uppdraget att utvärdera Projekt TROSAM. Under hösten 2008 har denna utvärdering genomförts, på uppdrag av LSG (den Lokala Samråds Gruppen) i Trosa och i samarbete med i första hand Madeleine Söderström, projektledare.

TROSAM är ett samverkansprojekt där Trosa Kommun, AF, FK och Landstinget Sörmland (LSG) har stått som projektägare. Verksamheten har bedrivits i projektform under tiden 2006-2008. Finansieringen av Projektet beviljades av Samordningsförbundet RAR i Sörmland. Förbundet bildades med stöd av Lag /SFS 2003:1210). Förkortningen RAR står för Rehabilitera och Aktivera med gemensamma Resurser.

De förhållandevis höga sjuktalen i Kommunen föranledde den projektansökan som tillsändes RAR de 19 jan 2006. Man hade vid flera mätningar sett att ett stort antal människor, företrädesvis kvinnor och unga, var aktualiserade mer eller mindre hos Kommunen, AF; FK och Landstinget. Man såg att personerna ”vandrade” runt i systemet beträffande sin försörjning och ville med sitt Projekt hitta former för att stoppa denna destruktiva process. Man såg en tendens att behovet av försörjningsstöd sträckte sig över tid vilket medförde onödigt lidande för individen och onödigt höga kostnader för samhället.

Syftet med Projektet var således att skapa ett rehabiliteringsprogram för unga, kvinnor, långtidssjukskrivna och långtidsarbetslösa. I ansökan beskrevs att programmet skulle bygga på en kombination av personliga samtal, gruppövningar och arbetsträning. Detta skulle anpassas helt utifrån individens egna förutsättningar. (Ansökan om projektmedel för TROSAM 2006-01-19)

Många människor befinner sig idag utanför arbetsmarknaden på grund av olika orsaker. Tyvärr försenas ibland processen med att komma tillbaka i arbete på grund av att flera myndigheter är involverade i samma ärenden.

Människor med långvarig arbetslöshet, psykosociala eller hälsomässiga problem kan lätt hamna i en gråzon mellan de olika ersättningssystemen. Detta kan leda till en rundgång mellan olika myndigheter/organisationer som resulterar i kortsiktiga och ineffektiva insatser. Den nödvändiga **helhetssynen** på individens situation uteblir. Detta kan förhindras genom en aktiv samverkan mellan berörda aktörer inom rehabiliteringsområdet.

I TROSAMs projektansökan står bl.a. följande att läsa;

> De höga sjukskrivningstalen gör att vi har kommit fram till att prioritera sjukskrivna, arbetslösa, unga och kvinnor. Därför föreslår vi ett sysselsättningsprojekt för en tydlig målgrupp som begränsad till antalet. Denna målgrupp är till stor del är aktuell hos alla inom LSG. Vi vill därmed undvika att dessa personer ”går runt” i de olika systemen beträffande sin försörjning. Individernas problem och svårigheter gör att det är stor risk att deras försörjningsbehov sträcker sig över många år, vilket medför höga offentliga kostnader. Vi tror att tidsfaktorn är avgörande. Det är

viktigt att tid ges för att komma tillrätta med aktuell problematik, och att det är rätt instans som är ansvarig. (Ansökan om projektmedel för TROSAM 2006-01-19)

SYFTE MED UTVÄRDERINGEN

- Redovisa ett underlag för diskussion och reflektion kring verksamheten.
- Skaffa underlag för diskussion om verksamhetens framtid.
- Sammanställa olika intressenters upplevelser av verksamheten.
- Redovisa ekonomiskt utfall

FRÅGESTÄLLNINGAR

Man kan ställa en hel del frågor till en verksamhet av den här typen. Jag kan inte göra anspråk på att redovisa en heltäckande bild av verksamheten utan har tvingats till att avgränsa frågeställningarna. Risken, om man inte avgränsar, är att utvärderingen blir för bred och att man inte klarar att analysera all information man får. Trots detta har jag försökt att belysa olika perspektiv och olika intressenters åsikter och upplevelser av verksamheten. Nedan redovisas de huvudfrågeställningar jag, styrgruppen (LSG) och projektledaren valde att ha som utgångspunkter.

- Är verksamheten kostnadseffektiv i en permanentad form?
- Vad har verksamheten inneburit för deltagarna?
- Hur har samverkan mellan de olika huvudmännen fungerat?
- Vilka utvecklingsfrågor finns om verksamheten ska permanentas?
- Hur ser de olika intressenterna på verksamheten och dess resultat?

OM UTVÄRDERING

Utvärdering kan ha olika ansatser. Idag är det vanligt att med kvantitativa metoder beskriva utfall och resultat av en verksamhet för att besvara frågan om den är ekonomiskt bärbar. Man kan också utvärdera i syfte att se om uppsatta mål nåtts. Kvantitativa mått kan visa på resultat i tabeller och diagram som tydligt kan visa förhållanden och resultat.

Kvalitativa metoder söker finna förklaringar eller tolkningar snarare än att försöka bevisa att något är sant eller falskt. Kvalitativa mått kan beskriva människors upplevelser av t.ex. en verksamhet och kan i bästa fall beskriva hur och varför vissa resultat har uppnåtts.

Om man kombinerar ovanstående perspektiv, en s.k. triangulering, får man mätbara resultat tillsammans med en förklaring. Man får en bättre helhet och kan bättre förstå och förklara varför det har blivit som det har blivit.

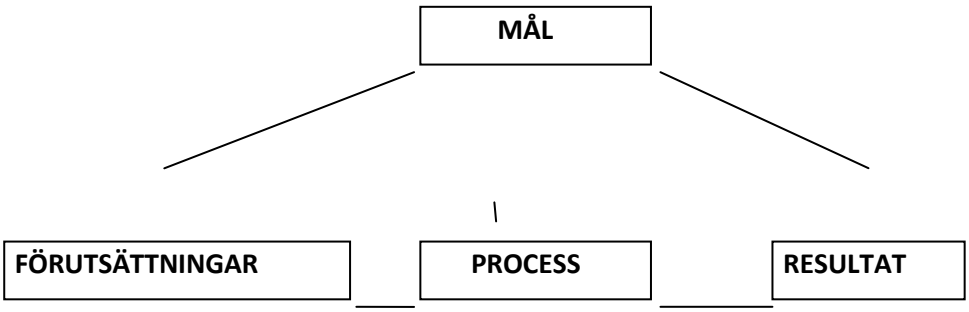
Molander (1988) diskuterar kring detta problem. Han menar att vetenskapliga resultat måste framföras med stöd och argumentation på ett sätt som är offentligt och begripligt och därmed i princip bedömbart av andra. De naturvetenskapliga objektivitetskraven som innebär att vem som helst ska kunna upprepa undersökningen och att resultaten inte skall påverkas av vem som gör den är däremot inte realistisk i en hermeneutisk (kvalitativ) undersökning enligt Molander. Dock måste

man vara objektiv i den bemärkelsen att vi hänvisar till källor, inte far med osanning, är korrekta och håller oss till ämnet.

Patton (1986) menar att en utvärdering skall vara användarvänlig i första hand. De primära intressenterna, de ansvariga för TROSAMs verksamhet, ställer frågorna och kommer att använda svaren och resultaten till att avgöra om projektets verksamhet kan ha en framtid och i så fall hur.

MODELL FÖR UTVÄRDERING

Figuren visar att förutsättningar, innehåll, resultat och mål med verksamheten påverkar varandra och måste ses som en helhet.



Förutsättningar för verksamheten, styr och påverkar processen eller innehållet i verksamheten. Detta i sin tur påverkar resultatet. Målen med verksamheten är övergripande och påverkar alla andra nivåer.

I rutan *förutsättningar* kan man stoppa in faktorer som Projektansökan, lokaler, tillgänglighet, personal, klienter, tid och ekonomi.

Med *process* menas innehållet i programmet, personalens förhållningssätt, deltagarnas förhållningssätt och den dialog som uppstår dem emellan. Även här kommer Samverkan in då en dialog med omgivningen hela tiden måste föras.

Med *resultat* menas det som kommer ut av processen dvs vad verksamheten ledde till. Detta resultat relateras sedan till *målen*. Överensstämmer de med målen fungerar troligtvis alla delar tillsammans. Om resultatet däremot inte överensstämmer med målen kan det bero på att dessa är fel ställda, att förutsättningarna inte är de rätta eller att processen inte har lyckats fullt ut.

I en hermeneutisk undersökning försöker man förstå hur de olika delarna hänger samman och hur de påverkar varandra.

DATAINSAMLINGENS GENOMFÖRANDE

Jag och Madeleine Söderström har haft löpande kontakt under hela utvärderingsprocessen. Vi har diskuterat förutsättningarna för verksamheten och även tolkat resultaten av utvärderingen tillsammans.

Hon har även försett mig med ett digert underlag av statistik, deltagares självskattningar och egna beräkningar. I de rent statistiska har jag valt att dubbelkolla alla uppgifter och här tagit hjälp av personal på de olika myndigheterna och förvaltningarna. Detta för att säkerställa de siffror som är en viktig utgångspunkt i hela utvärderingsarbetet.

Följande står att läsa i den Projektansökan som var utgångspunkten för verksamheten;

> ”Uppföljning kommer att ske löpande genom självskattning från deltagare. Ansvaret kommer att ligga hos projektledningen att ta fram och använda lämpliga självskattningsformulär.” (Ansökan om projektmedel för TROSAM 2006-01-19)

Med stöd av inskrivningsformulär, statistik från RAR, uppgifter från kursdeltagare och ansvariga myndigheter kan vi beskriva hur deltagarnas livssituation såg ut före TROSAM.

Genom att inhämta uppgifter gällande sysselsättning, försörjning, belastning av sjukvård, medicinering mm. kan vi ge en generell bild av hur deltagarnas livssituation ser ut idag. Vi kan nu se om det har skett en förändring eller inte. Till detta läggs deltagarnas egna beskrivningar och deras egen självskattning.

För att förstå skillnaderna mellan då och nu måste man till att börja med förstå den enskilda individens livssammanhang. Vi har därför valt att fråga 6 slumpmässigt utvalda kursdeltagare om hur deras livssituation såg ut tiden innan de kom i kontakt med TROSAM. Vidare hur livssituationen ser ut idag och slutligen hur man uppfattar verksamheten, innehållet, formerna och personalen. Allt för att få en så sammansatt bild som möjligt.

Intervjuerna har varit upplagda som öppna intervjuer. En skriftlig manual har fått utgöra ett stöd under intervjun för att alla områden skulle täckas in.

Medarbetarna i projektet intervjuades i grupp vid ett tillfälle.

Projektarbetsgruppen intervjuades även de i grupp vid ett tillfälle. I ett första varv intervjuades även 4 handläggare enskilt.

Förutom det initierande mötet med LSG genomfördes en ”dragning” inför en utökad LSG-grupp. De synpunkter som då kom fram på materialet och mina slutsatser så långt, ledde till nya insikter för mig som utvärderare. För att få en heltäckande och mer rättvisande bild genomfördes nu ytterligare 4 handläggarintervjuer samtidigt som ytterligare kontroller på viss statistik genomfördes.

PROJEKTBESKRIVNING

Följande avsnitt har utvecklats och skrivits av de Projektarbetsgrupp som skapats. Gruppen har bestått av projektledaren och handläggare från respektive huvudman. Samtliga huvudmän har varit representerade i gruppen. Deras rapport finns som bilaga 1.

PROJEKTLEDARENS SLUTRAPPORTERING

I Projektledarens uppdrag ingår bl.a. att slutredovisa Projektet till RAR som har stått som huvudfinansiär. Se bilaga 2.

RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS

PROJEKTETS MÅL

De mål som sammanfattats i projektansökningarna kan sammanfattas enligt följande;

- 50 % av deltagarna ska vid **projektets slut** vara i arbetsträning, studier eller arbete.
- Försörjningsmåttet i Trosa Kommun ska påverkas positivt
- Resterande 50 % ska vara rätt bedömda till fortsatt rätt ersättning utifrån förmåga och förutsättningar.
- Deltagarna ska uppleva att de genom insatserna är beredda att fortsätta med någon sysselsättning, och att de upplever en ökad livskvalitet.

PROJEKTETS FÖRUTSÄTTNINGAR

Vid Projektets start rådde vissa förutsättningar som senare förändrades. De regelverk som t.ex. FK och AF hade vid starten förändrades i halvtid. Vid AFs arbetsrehabilitering (Verksam) uppstod ett stort tryck, inte bara från TROSAM utan generellt. Detta innebar en köbildning som för Projektets deltagare skulle visa sig vara ödesdigert. De två sista grupperna hindrades och fick i princip sätta sig hemma och vänta på plats. De hade inte heller kunnat arbetspröva inom ramen för Projektet på samma sätt som de två första grupperna. Detta p.g.a. av FKs ändrade regelverk som innebar att tidsgränsen för arbetsprövning och bedömning sattes till max 15 dagar.

Dessutom hade projektledningen beslutat att öka gruppstorlekarna och ta in fler deltagare i grupp tre och fyra. Man förstår vad detta fick för konsekvenser, för deltagarna inte minst, men även för mätning och utvärdering. Med så drastiska förändringar i vilka förutsättningar som har varit rådande är det omöjligt att jämföra utfallet i alla 4 grupperna. Trots detta har självklart utfallet mätts och redovisas nedan. När man nu ville utöka antalet deltagare och dessutom förstod att mer resurser måste läggas på deltagarna inom ramen för TROSAM, sökte man mer pangar, den här gången från EFS. Även den ansökan beviljades, 1,2Mkr.

Projektet har haft egna lokaler. Utsagor i intervjuer menar att redan detta var en god förutsättning för att nå resultat.

Förutom en Projektledare har befintliga resurser i kommunen utnyttjats. Man valde även att köpa in de externa tjänster som skulle visa sig behövas, i stället för att bygga en fast organisation med anställd personal. Under en period finansierade dock kommunen en extra anställd då behovet var trängande. Vårdcentralen öronmärkte sjukgymnast och kurator motsvarande 0,5 tjänst i 2 år.

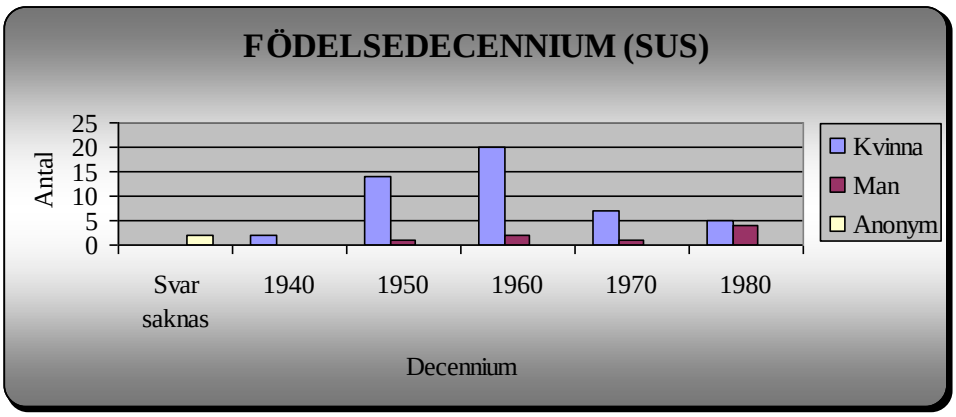
En ekonomisk redovisning med resonemang finns under rubriken Ekonomi.

MÅLGRUPPEN

Målgruppen kan bäst beskrivas med hjälp av det inskrivningsformulär deltagarna fyllde vid starten av utbildningen. Formuläret är kopplat till SUS som står för "system för uppföljning av samverkan inom rehabiliteringsområdet".

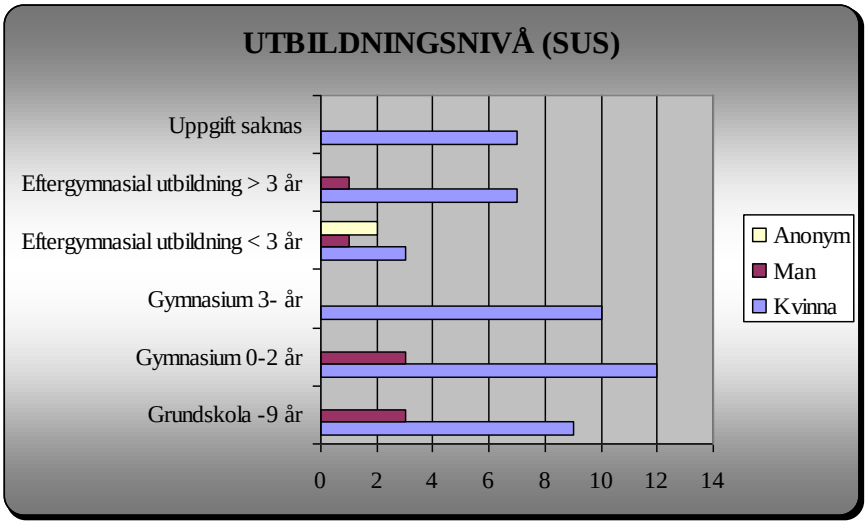
I SUS är 58 personer registrerade. 7 av dessa har ej besvarat någon fråga. Bland de övriga 51 personer som statistiken bygger på är 41 kvinnor och 8 män. 2 personer har valt att vara anonyma med sin könstillhörighet.

Diagram 1. Deltagarnas fördelsedecennium samt en könsfördelning. Avser de personer som besvarat SUS inskrivningsformulär. (SUS)



2 personer är 40-talister, 15 personer (14 kvinnor och 1 man) är 50-talister, 22 personer (20/2) är 60-talister. 8 personer (7/1) är födda på 70-talet och 9 personer (5/4) är födda på 80-talet.

Diagram 2. Deltagarnas utbildningsnivå samt en könsfördelning. (SUS)



12 personer (9 kvinnor och 3 män) har endast grundskola. 15 personer (13/2) har 2-årigt gymnasium. 10 personer, samtliga kvinnor, har 3-årigt gymnasium. 3 kvinnor, 1 man och 2 anonyma har upp till 3 års eftergymnasial utbildning. 7 kvinnor och 1 man har mer än 3 års eftergymnasial utbildning. 7 personer har inte besvarat frågan.

25 personer (49 %) har gymnasial utbildning på antingen 2 eller 3 år. 14 personer av totalt 51 (27,5 %) har en eftergymnasial utbildning. Gruppen som deltagit i projektet representerar därmed inte en lågutbildad kategori utan kan tvärtom ses som relativt välutbildad.

Tabell 1. Deltagarnas beskrivning av orsakerna till deltagandet i Projektet.(SUS)

Orsak till insats per kön

	Kvinna	Man	Anonym	Totalt
Fysiska och psykiska besvär	19	1	0	20
Psykiska besvär	11	1	2	14
Fysiska besvär	7	1	0	8
Svar saknas	7	0	0	7
Psykiska besvär och missbruksproblem	3	1	0	4
Ingen bidragande orsak till insatsen	0	3	0	3
Fysiska besvär och missbruksproblem	1	0	0	1
Fysiska, psykiska besvär och missbruksproblem	1	0	0	1
Totalt	**48**	**8**	**2**	**58**

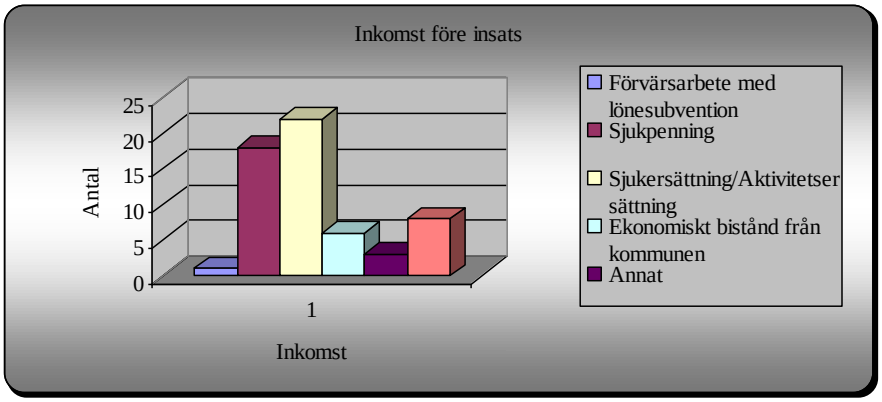
Deltagarna fick även ange vilka orsaker de ansåg var bakomliggande för deras behov av stöd. 20 personer (19 kvinnor och 1 man) anger Fysiska och Psykiska besvär som orsak. Jag tolkar det som att de har värk eller andra rent fysiska funktionshinder kombinerat med psykiska besvär.

7 kvinnor och 1 man anger endast fysiska besvär medan 11 kvinnor, 1 man och de 2 som valt att inte ange sitt kön anser att deras problematik är av rent psykologisk karaktär. 1 kvinna anser att hon har fysiska, psykiska besvär och dessutom missbruksproblematik 4 personer (3 kvinnor och en man) anger Psykiska besvär kombinerat med missbruk som orsak medan 1 kvinna anger kombinationen fysiska besvär och missbruk.

Vid en närmare betraktelse ser man att majoriteten av deltagarna anger flera orsaker till behovet av hjälp och stöd. Kombinationer av fysiska, psykiska och missbruksrelaterade orsaker utgör tillsammans, totalt 26 personer. Endast 8 personer anger fysiska problem som orsak. 3 personer anser att de inte har någon bidragande orsak till insatsen. Man förstår att om man vill möta gruppen som helhet måste olika behandlingar och bearbetningar erbjudas inom ramen för projektet. Om man

väljer att möta ”gruppen” måste ett helhetsperspektiv vara utgångspunkten. Varje individ behöver dock inte använda alla de olika delar som har erbjudits i Projektet.

Diagram 3. Hur försörjde sig deltagarna före Projektet. (SUS)

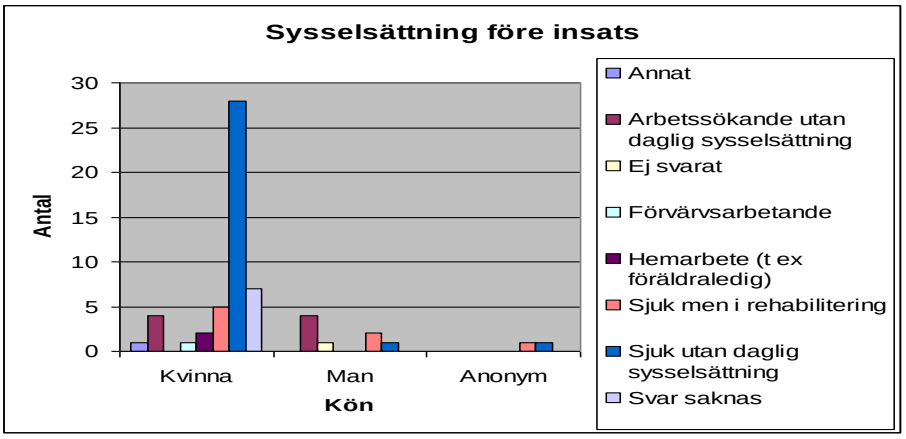


18 personer uppger att de uppbar Sjukpenning och 22 personer uppger att de uppbar Sjukersättning alternativt Aktivitetsersättning. 6 personer menar att de fick ekonomiskt bistånd från kommunen (Socialtjänsten) och 3 personer anger att de försörjt sig på annat sätt. Endast 1 person uppgav att lönearbete var försörjningen – detta med stöd av lönesubvention.

Tyvärr har Sjukersättning och Aktivitetsersättning blandats samman redan i frågeformuläret. Detta gör att uppgifterna måste dubbelkollas dels i databaser men även med en direkt fråga till varje deltagare.

Det känns angeläget att här reda ut skillnaderna mellan Sjukpenning, Sjukersättning, Aktivitetsersättning och Ekonomiskt bistånd. Med utgångspunkt av det kan vi avgöra vem eller snarare vilken myndighet eller förvaltning som betalat ut ersättningen.

Diagram 4. Vilken sysselsättning hade deltagarna innan Projektet fördelat utifrån kön.



28 kvinnor, 1 man och 1 anonym anger att de var sjuka utan daglig sysselsättning. 5 kvinnor, 1 man och 1 anonym anger att de var sjuka men i rehabilitering.

2 kvinnor anger hemarbete (t.ex. föräldraledighet) som sysselsättning medan 1 kvinna anger förvärvsarbete. 4 kvinnor och 4 män var arbetssökande utan daglig sysselsättning. 1 person har inte svarat på just den frågan i enkäten (förutom de 7 som inte svarat alls). 1 person uppger annan sysselsättning

Noterbart är att endast 3 personer hade någon form av sysselsättning och att endast 1 av dessa hade förvärvsarbete. Lika noterbart är att endast 7 personer anger att de deltog i någon form av rehabilitering.

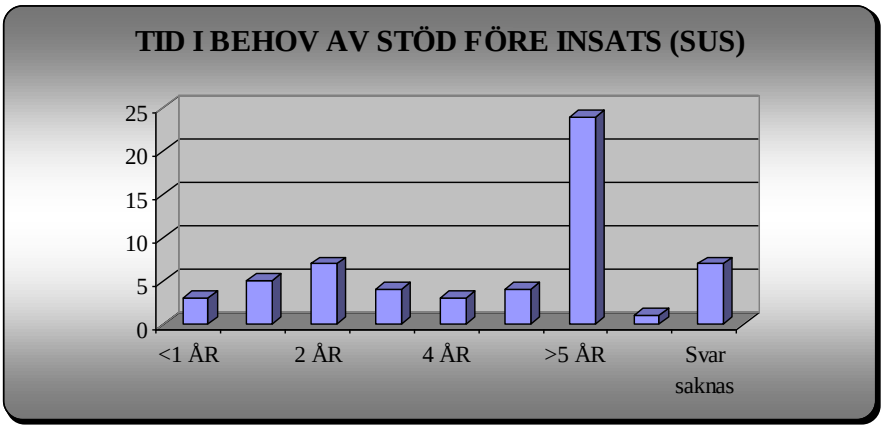
Majoriteten, 30 personer, hade ingen sysselsättning och deltog inte i någon rehabilitering den närmaste tiden för projektet.

För att verifiera de uppgifter som fanns om deltagarnas försörjning före och efter Projektet bad jag personal på Vårdcentralen om hjälp att återigen kontrollera hur det såg ut. En medarbetare åtog sig att ringa runt till samtliga deltagare i Projektet. Av de 49 personer hon fick kontakt med fördelades deras försörjning före Projektet enligt följande;

7 män och 42 kvinnor deltog i rundringningen. 5 av de 7 männen erhöll socialbidrag medan 2 var sjukskrivna. 8 kvinnor var sjukskrivna och 25 hade sjukersättning. 1 kvinna hade sjukpension, 3 kvinnor hade plusjobb och 2 hade socialbidrag. 3 kvinnor hade ingen ersättning alls.

Diagram 5 Deltagarnas skattning av hur många år de har varit i behov

av stöd av olika aktörer i samhället. (SUS)



På frågan om hur länge före Projektet man varit i behov av stöd från någon samhällsaktör svarar deltagarna enligt ovanstående diagram. 28 personer (55%) anger att de varit i behov av stöd i 5 år eller längre. 3 personer anger under 1 år, 5 personer 1 år, 7 personer 2 år, 4 personer 3 år och 3 personer 4 år. 1 person har inte svarat på frågan. Sammanlagt är detta drygt 180 år vilket ger ett medelvärde på 3 år av behov av stöd. Projektledarens mer exakta beräkningar höjer dessa siffror

betydligt och hamnar på sammanlagt 330 år med ett medelvärde på 6,5 år. Vid en socioekonomisk beräkning har detta en väsentlig betydelse.

De deltagare som har intervjuats beskriver denna tid som jobbig och isolerad. Man tycker generellt att man inte fått adekvat hjälp eller att man blivit lyssnad på i sina myndighetskontakter. Man tycker inte heller att vårdapparaten haft de verktyg de hade behövt i sin rehabilitering.

(Tiden före Trosam) var ångestladdad och problemfylld. Jag isolerade mig i hemmet och fick egentligen ingen rehabilitering. Jag byggde upp alldeles egna strukturer som hindrade mig att klara av något annat.

I och med att jag inte orkade så mycket så började jag sakta men säkert isolera mig. Jag blev sjukskriven länge och blev efter några år uppsagd p.g.a. arbetsbrist.

Jag var deprimerad och var väldigt ensam. Kände mig mer och mer osäker vilket ledde till sömnproblem. Till sist isolerade jag mig totalt och satt bara hemma. Dessutom var min ekonomi i botten.

Ångest med isolering som följd är en vanlig reaktion hos de intervjuade. Man kan tänka sig att isoleringen inte bara var av fysisk karaktär utan även av en psykologisk. Känslan av att inte duga, av att vara en belastning och att inte ha en identitet blir styrande. Känslan av utanförskap var nu den dominerande.

Jag fick värk i kroppen, framför allt i axlarna, och tappade orken. Till sist orkade jag nätt och jämt ta mig ur sängen. Jag som hade tränat rätt hårt orkade inte det heller längre.

Ja, det gjorde jag. Jag var hemma ett år först, sen gick jag tillbaka till jobbet. Jobbade i två år och sen var jag tillbaka igen. Sedan har ju försökt att arbetsträna i omgångar. Både i mitt eget yrke och i andra.

Intervjupersonerna beskriver hur de trots allt kämpat på och försökt att komma igen trots både psykologiska besvär och rent fysiologiska som värk, utmattning och sömnsvårigheter.

Jag misstrodde hjälp och tyckte inte att någon ville se hur jag hade det.

Till sist hamnade många i en hjälplöshet och hopplöshet som inte gick att bryta. Man var ensam och isolerad med sina problem.

Tack och lov gick jag inte sjukskriven så länge som många andra i kursen. Trosam kom rätt i tid för mig och jag hann inte sjunka så djupt.

8 personer fick snabbare hjälp än många andra. Tack vara att Projektet nu fanns att tillgå kanske dessa människor slapp hamna i ett mönster av sjukskrivningar, arbetsmarknadsåtgärder eller beroende av socialtjänsten. Att stoppa en destruktiv spiral i ett tidigt skede, eller ännu bättre, förebygga den, borde vara en nog så viktig uppgift för framtiden.

LIVSKVALITÉ

Den som inbillar sig att deltagarna generellt sett medvetet och med vilja valt den livssituation de levt i, bygger detta på fördomar. Det finns alltid individer som av lathet eller egen bekvämlighet hellre blir försörjd av samhället. Men, min uppfattning om deltagarna i TROSAM är att de inte tillhör den kategorin. Som grupp betraktad är de snarare av en motsatt natur. Hur

Jag ser mer positivt på livet och försöker göra sådant jag mår bra av i högre utsträckning. Promenerar med hunden, jobbar och vilar.

Jag genomgår en arbetsprövning på halvtid och trivs otroligt bra med det. Jag hoppas på att kunna bli min egen tillsammans med min man och förbereder det just nu.

Jag jobbar och har en egen försörjning. Min ekonomi är i ordning och jag sover om nätterna.

HÄLSOUTVECKLING

En del i RARs utvärderingssystem, SUS, var att mäta hälsa och hälsoutveckling. Deltagarna fick kryssa i den egna upplevelsen av sin hälsa både vid Projektets start och vid dess slut, Euroqol hälsobarometer.

Följande skattningsfrågor ställdes till deltagarna vid inskrivning och vid utskrivning. Kursdeltagarna fick själva markera på en skala 1 – 100.

- Jag går utan svårigheter
- Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
- Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag har svåra smärtor eller besvär
- Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning

Resultaten visar en generell hälsoutveckling i positiv mening. Barometern visar både fysisk och psykisk hälsa varför följande siffror ger en samlad bild. Huruvida personerna anger en siffra som rör exempelvis rörlighet eller om de anger oro eller nedstämdhet går inte att utläsa. Man kan dock konstatera att de själva upplever en ökad hälsa som går att koppla till de insatser som gjorts inom ramen för TROSAM.

Vid inskrivning (35 svar)

25, 70, 65, 33, 50, 0, 60, 50, 95, 65, 30, 40, 20, 50, 35, 30, 40, 50, 35, 50, 60, 65, 60, 0, 10, 30, 20, 40, 20, 17, 32, 70, 39, 42, 25.

Medlevärde 40,7

26 personer angav 50 eller mindre, 9 personer angav 51 eller mer och 2 personer angav siffran 0

Vid utskrivning (30 svar)

70, 75, 65, 50, 70, Svar saknas, 85, 60, 75, 93, 80, 75, 15, 70, Svar saknas, 70, 60, 60, Svar saknas, 60, 20, 20, 75, 70, 70, 70, 60, 70, 40, Svar saknas, Svar saknas, 75, 60, 70, 30.

Medlevärde 53.

6 personer angav 50 eller mindre, 24 personer angav 51 eller mer, 3 personer anger en försämrad hälsa

2 av dessa en markant sådan från 60 till 20. 5 personer svarar inte alls. Vid inskrivning låg dessa personers (de som nu inte svarade) skattning på ett medelvärde av 23,8.

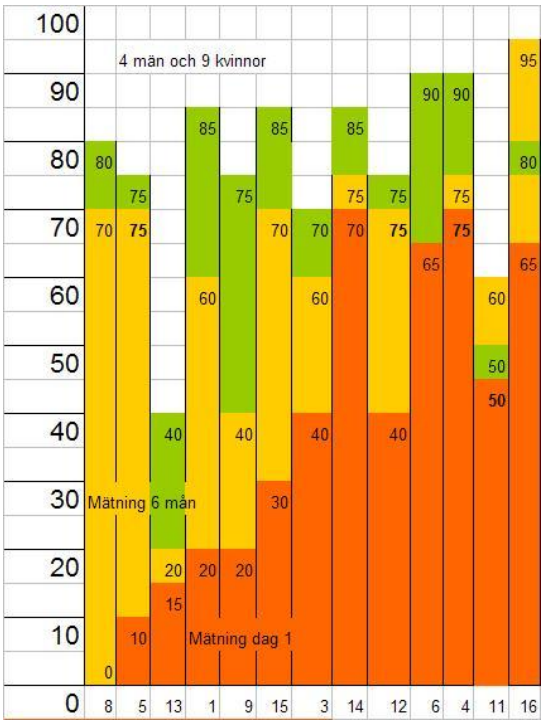
Räknar man på de 30 som har svarat får man ett *medelvärde på 62,1.*

Statistiken kan vändas och vridas för att på så sätt få fram olika siffror som kan gynna ett förhandsantagande. Jag väljer därför bara att konstatera att en **generell** gynnsam hälsoutveckling har skett för kursdeltagarna i och med Projekt Trosam.

Man kan också konstatera att *de allra flesta* själva upplever att de har en förbättrad hälsa idag. Barometerns resultat kan styrkas med stöd av deltagarnas egna utsagor vid intervju, personals utsagor och handläggares utsagor. Viktigt att notera är att dessa siffror inte får sammanblandas med *vad personerna anser om Projektet eller hur de har upplevt detsamma*, utan bara hur de upplever sin egen hälsoutveckling.

Ytterligare mätningar gjordes i samband med utvärderingen. Denna gjordes på de 2 första grupperna 1 år efter att den andra gruppen genomfört utbildningen. Att bara de två första grupperna valdes beror dels på att för kort tid gått för grupp 3 och 4.Resultatet blev följande;

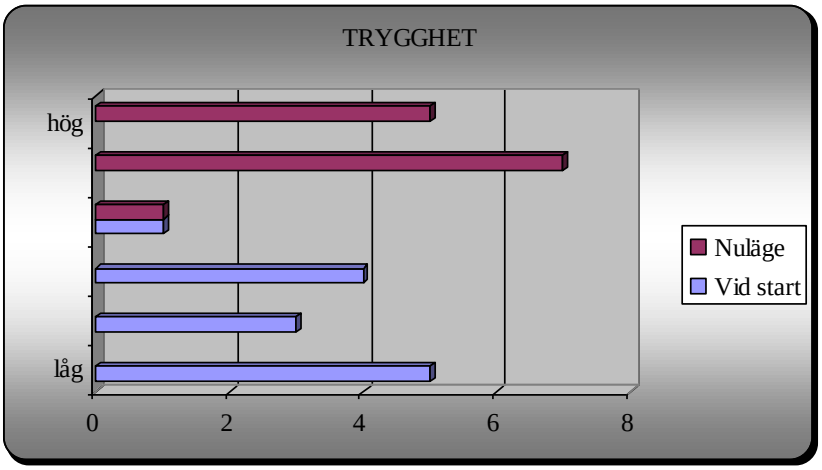
Diagram 6. Diagrammet visar den Hälsoutveckling deltagarna i de 2 första grupperna själva skattar.



13 av de 19 deltagare som genomförde de 2 första grupperna deltog i den tredje mätningen. De gröna fälten visar den fortsatta hälsoutveckling som de beskriver har skett efter Projektet. Man kan alltså ana en långsiktig hälsoutveckling. Om den också gäller övriga deltagare går inte att säkerställa men tanken går heller inte att förkasta.

I samband med att Hälsobarometern fylldes i fick deltagarna göra en självskattning på sin egen känsla av trygghet respektive otrygghet. Man fick uppskatta hur det var vid kursstart och hur det var 1 år efter utbildningen. Även här har 13 av deltagarna i grupp 1 och 2 svarat.

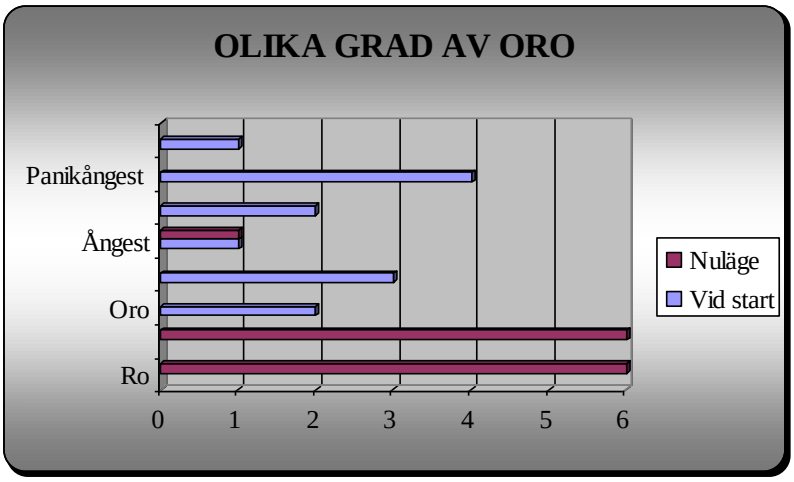
Diagram 7.Självskattning av ökad känsla av trygghet.



Man kan utläsa en markant förändring från en låg känsla av trygghet vid kursstart till en hög känsla av trygghet idag.

Samtidigt fick man skatta sin grad av oro. Alternativen var Ro, Oro, Ångest och Panikångest. 13 av deltagarna i grupp 1 och 2 svarat.

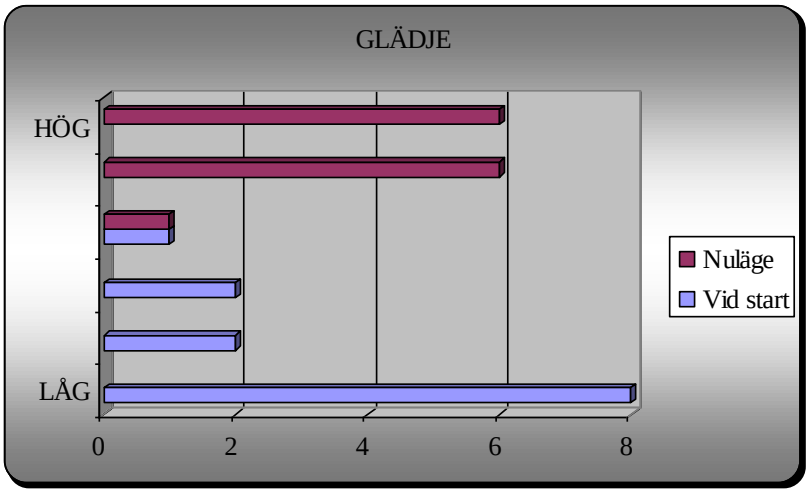
Diagram 8. Självskattning av minskad ångest – oro.



Här ser man en förskjutning från en hög grad av oro, ångest och även panikångest vid kursstart till en känsla av ro idag.

Även en Glädjebarometer fylldes i. av 13 av deltagarna i grupp 1 och 2.

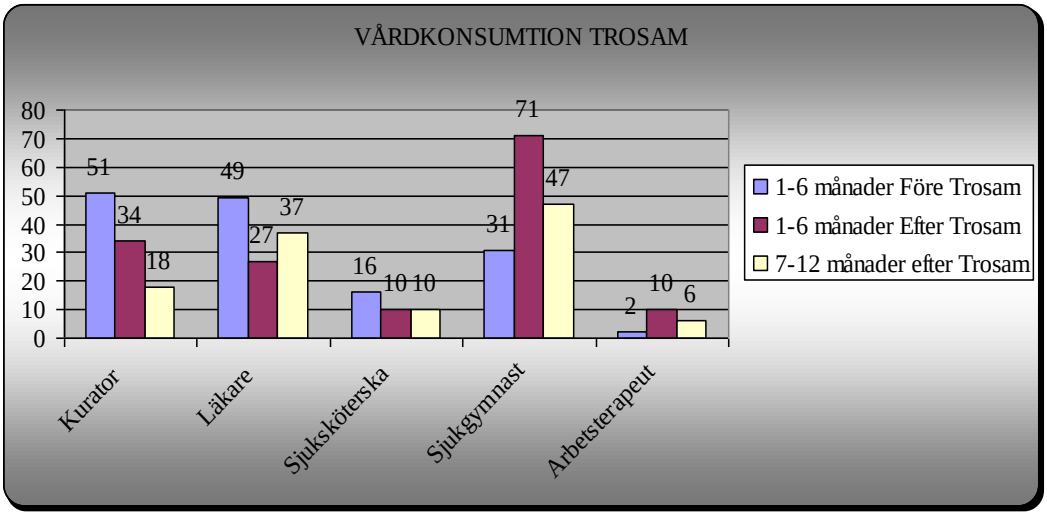
Diagram 9. Självskattning av ökad glädje.



Om man ska tolka diagrammet kan man tänka sig att deltagarna som skattat sitt mått av glädje är lyckligare människor idag.

I samband med utvärderingen gjordes några ytterligare mätningar. Även här valdes de 2 första grupperna. I den första gjordes en kontroll i Landstingets databas i syfte att se om utnyttjandet av vården hade förändrats. Här kom följande fram;

Diagram 10. Landstingets statistik över förändrad vårdkonsumtion.



Diagrammet visar antalet besök hos Kurator, Läkare, Sjuksköterska, Sjukgymnast och Arbetsterapeut. Ett halvår före TROSAM, under en 6-månadersperiod efter och under ytterligare en 6-månadersperiod efter.

Noterbart är den förskjutning som skett från kurator, läkare och sjuksköterska till framför allt sjukgymnastik. Antalet besök har totalt sett minskat vilket talar för en ökad hälsa. Statistiken säger inget om hur många personer det rör sig om. Besöken kan vara spridda på många i gruppen men det kan även vara så att några få personer står för en hög frekvens.

Slutligen skattade deltagarna sin upplevelse av smärta vid kursavslut. Samma skattning gjordes vid starten av projektet (6 månader tidigare). 43 personer gjorde skattningen vid båda tillfällena.

	Kursstart	Kursavslut
Jag har varken smärtor eller besvär	5	8
Jag har måttliga smärtor och besvär	22	30
Jag har svåra smärtor och besvär	16	5

Även här kan man konstatera en förändring. Generellt sett har upplevelse av värk och smärta minskat i och med TROSAM.

PERSONLIG UTVECKLING

En påtaglig personlig utveckling har skett för majoriteten av dem som genomförde Projektet. Några har varit negativt inställda till Projektet varför denna utveckling inte har skett, några avbröt i förtid. Men man kan konstatera en generell personlig utveckling.

> *Jag inser ju att jag inte kan fortsätta att göra så som jag alltid har gjort men det tar ju tid att ändra på. Men, jag tycker att jag är inne i en härlig förändring och att allt går framåt.*
>
> *Jag har accepterat mig själv och lär mig nu att tycka om mig själv.*
>
> *Jag jobbar halvtid på mitt gamla jobb. Det är inte lätt eller enkelt men jag tycker att det fungerar. Jag får ju jobba med mig hela tiden men jag tycker att jag har fått så mycket hjälp här att jag har många nya verktyg nu. Så jag är optimist.*
>
> *Jag kan förhålla mig till mig själv på ett annat sätt. Mycket av det som var jobbigt i livet innan finns ju kvar men jag kan se det på ett annat sätt idag. Jag funderar på framtiden på ett mer konstruktivt sätt. Jag skulle t.ex. vilja jobba lite mer än vad jag gör nu men inte så mycket som jag gjorde innan jag blev sjukskriven.*

Handläggarnas utsagor stödjer deltagarnas.

> *Självförtroendet har ökat markant. Positiv till förändringar och arbeten*
>
> *Patienten fått insikt om sin situation på ett mera verkligt sätt har deltagit aktivt i sökande av egna lösningar*
>
> *Klienten har fått arbeta med sig själv socialt och därmed fått ökad självkänsla och bättre självförtroende. Fått stöd av TROSAM att våga ta steget ut i arbetslivet*

Även vårdpersonal anser att en generell personlig utveckling har skett.

> *Samtliga av mina patienter har kommit ut med ökat självförtroende, ökande kunskap om sin sjukdom och samband mellan symtom och symtomskapande mekanismer ex ångest - magsymtom, stress - värk.*

ÖKAD EGEN FÖRSÖRJNING

Projektledaren och projektarbetsgruppen har under projektets gång dokumenterat hur deltagarnas försörjning såg ut före projektet och hur det förändrades efter projektet. Dessa siffror har presenterats i olika sammanhang och kanske inte alltid uppfattats som trovärdiga. För att vara på den säkra sidan gjordes en ny kontroll i slutet av utvärderingens process. En personal som arbetar på Vårdcentralen åtog sig uppdraget att ringa runt till samtliga deltagare som genomfört TROSAMs utbildning. Detta i syfte att reda ut hur deltagarna försörjt sig före Projektet, hur de anmälde sig och hur de försörjer sig idag. När jag sammanfattar dessa uppgifter kommer jag fram till att;

54 personer genomförde utbildningen i fyra olika grupper. Endast 1 person hade egen försörjning genom timtjänstgöring. Övriga 53 personer uppbar olika typer av ersättningar.

Grupp 1 (8 personer). 4 av dessa personer var sjukskrivna vid Projektets start. 1 hade sjukpension och 3 personer hade sjukersättning.

Idag arbetar 5 av 8 i någon grad. 2 personer på heltid, 1 person 75% (25 % sjukersättning) 2 personer jobbar halvtid (den första 50 % sjukersättning och den andra 50 % sjukskrivning). 2 personer uppbär fortfarande sjukersättning och 1 sjukpension, och har alltså ingen egen grad av försörjning.

I procent har 62,5 % av gruppen egen försörjning i någon grad. Utslaget på hela gruppen har gruppens försörjningsgrad ökat med 47 % (375/800).

Grupp 2 (11 personer). Vid kontrolltillfället missades 2 personer och endast 9 personer gick att få kontakt med. I efterhand korrigerades detta med stöd av dokumentation hos TROSAM.

2 personer var sjukskrivna vid Projektets start. 4 personer hade sjukersättning och 3 levde på socialbidrag. 2 personer hade ingen försörjning.

6 personer av 11 har idag egen försörjning av olika grad. 2 av dessa arbetar heltid, 1 har egen försörjning 50 % (sjukersättning 50%), 1 studerar heltid, 2 är föräldralediga och 1 arbetar 75% (ingen annan ersättning). Av de övriga är 1 inskriven i Verksam, 1 är sjukskriven och 2 uppbär sjukersättning.

I procent har 64 % egen försörjning i någon grad. Utslaget på hela gruppen har försörjningsgraden ökat med 57 % (625/1100). Lägger man här till den person som är i Verksam är sysselsättningsgraden ännu högre.

Grupp 3 (18 personer). Vid kontrolltillfället gick det inte att nå 1 person vilket kunde korrigeras med stöd av TROSAMs dokumentation.

5 personer var vid Projektets start sjukskrivna. 9 hade sjukersättning och 2 personer hade stöd från socialtjänsten. De 2 resterande har jag ingen uppgift på.

5 personer av 18 är idag självförsörjande i olika grad. Av dessa arbetar 2 personer heltid och 1 har studielån. 1 person jobbar per timme 50% och 1 jobbar 20% (sjukersättning 80%). Av de övriga är 1 person i Verksam (Rehabersättning) och 2 har Rehabersättning. 1 person är sjukskriven, 6 personer har sjukersättning, 1 person uppbär socialbidrag och 1 person har flyttat. 1 person är tyvärr avliden.

I procent räknat har 28 % egen försörjning av någon grad. Utslaget på hela gruppen har försörjningsgraden ökat med 20,5 % (370/1800).

Grupp 4 (17 personer). 1 person hade egen försörjning via timvikariat vid Projektets start. 3 personer hade Plusjobb, 2 personer var sjukskrivna och 10 personer hade sjukersättning. 1 person hade stöd från socialtjänsten.

Idag är 4 personer av 17 är självförsörjande i någon grad. Av dessa arbetar 1 person 100% (vik), 1 uppbär A-kassa, en arbetar 50% och 1 75% (25% sjukersättning). Av de övriga har 2 personer aktivitetsstöd, 1 är sjukskriven, 8 sjukersättning och 1 person uppbär socialbidrag till sin försörjning.

I procent räknat har 23,5 % egen försörjning i någon grad. Utslaget på hela gruppen har försörjningsgraden ökat med 19 % (325/1700).

Lägger man ihop alla 4 grupper blir siffrorna; 37 % har egen försörjning i någon grad och försörjningsgraden har ökat totalt med 30,5 % (1650/5400)

När man jämför dessa siffror med de uppgifter Projektarbetsgruppen tog fram i maj-juni 2008 finns en liten diskrepans. Den kan förklaras med att det gått drygt ett halvår sedan dess och att några förändrat sin försörjning under den tiden. Skillnaden är dock marginell.

UPPFATTNINGAR OM PROJEKTET

Nedan presenteras olika uppfattningar om Projektet. Baserat på intervjuer och samtal vill jag här återge en bild som dels generellt säger något samtidigt som jag väljer att visa att det även finns andra och ibland motsatt åsikter.

HANDLÄGGARINTERVJUER

Sammanfattningen bygger på dels en gruppintervju med projektarbetsgruppen och dels enskilda intervjuer med 8 handläggare.

Intervjupersonerna tillfrågades om hur deras arbete påverkades av TROSAM. Om det förenklade eller om det försvårade.

> *Klart att det blir en ökad arbetsbelastning, åtminstone i ett kort perspektiv. Men, vi har ju ändå de här människorna inne i våra system så det handlar kanske mer om att omfördela arbetsinsatsen lite grann. När "våra" är inne i Trosam jobbar vi med dem inom den ramen i stället för att vi jobbar på olika håll. Vi lägger in tid i Trosam och blir nog mer effektiva då.*

> *Har börjat jobba annorlunda och blandar mer av samtal och träning. Har en helt annan process idag. Har dessutom känt stöd i teamet som har funnits runtomkring mig. Kan nu se min egen del i arbetet tydligare och lämna över annat till andra.*

Man förstår att en verksamhet med den intensiteten och den uppmärksamheten innebär en åtminstone ny situation. Nya arbetsuppgifter ska klaras av, nya ska utvecklas samtidigt som man måste förhålla sig till de man redan har. En sådan omställning tar tid och är många gånger besvärlig. Samtidigt kan det på sikt till och med underlätta och effektivisera det egna arbetet.

> *Jag tycker att det har blivit en ökad arbetsbelastning. Jag har ju medverkat i många led; inventering, urval, samverkat med Trosam, möten och dessutom handläggarträffar. I samband med inskrivning har det blivit pressat då många skulle in samtidigt.*

Eftersom TROSAM valde att ha ett gruppintag innebär det pucklar vad gäller arbetsbördan vid både kursstart och kursavslut. Om detta inte är inplanerat i agendan kan arbetsbelastningen bli väldigt stor periodvis. Urval, administration runt varje enskild individ och överlämning är samtidigt viktigt att det görs på ett noggrant sätt för att utfallet senare ska bli det bästa. På kort sikt kan ju detta upplevas och uppfattas negativt men om och när formen har satt sig blir detta vardag för handläggaren.

> *En del av oss i kommunen trodde tidigare att man kanske hellre var sjukskriven än arbetslös här, därav låg arbetslöshet och höga sjuktal. Jag har nu sett när jag varit en del av Trosam att alla har ju varit jättesjuka.*

> *Försörjningen är ofta bara en del av problemet. TROSAM har hjälpt människor att utveckla sig, att må bättre och att få tillbaka tron på sig själva och livslusten.*

Synsättet på deltagarna har förändrats i och med Projektet. Gamla fördomar har förändrats till kunskap vilket i sig bådar gott för framtiden.

> *Jag har kunnat vara en bättre hjälp till mina patienter tack var Projektet.*

> *Från sjukvård till Friskvård.*

Även det egna arbetssättet har förändrats i för några utvecklats. Det är alltså inte bara deltagarna som påverkats och utvecklats som en följd av verksamheten.

> *Deltagarna har insett och förstått att de själva bär problemet. För alla har inte detta lett till att anställningsbarheten har ökat. Hos dessa kan man dock se en hälsoutveckling och en personlig utveckling.*

Trosam har inneburit ett värdigt sätt för deltagarna att hitta sin livsväg.

Alla är dock inte odelat positivt inställda utan ser andra dimensioner i vad som hänt.

Några av de jag har jobbat med har inte riktigt fattat vad som hände på Trosam. Så för alla har det kanske inte varit så bra.

Trosam har fungerat som ett försteg till Verksam för många. Jag kan se att de som kom vidare till oss var mycket bra förberedda vilket snabbade på processen hos oss. Efter Trosam har tyvärr kön till Verksam växt. Båda verksamheterna behövs då det är två helt olika sätt att arbeta.

Ovanstående kan ses som att TROSAM setts som en kompletterande verksamhet. Som en förberedande till den egna som kanske inte har samma resurser eller möjligheter att arbeta på det sätt som TROSAM haft.

Miljön i Trosams lokaler har nog upplevts som tryggare för deltagarna. Miljön på Vårdcentralen känns otrygg för många.

Egna lokaler utanför någon av de inblandade myndigheterna ses som positivt. Man kan tänka sig att det för många ”myndighetströtta” deltagare blir besvärligt redan att kliva in i lokalerna hos en myndighet.

Jag tycker att Projektledaren haft för stora befogenheter. Hur har t.ex. medarbetarna rekryterats?

Tycker att vården och det som finns pratas ner och tror inte att det finns något konstruktivt i det. Kan ibland få för mig att orden ”lagts i munnen” på deltagarna. Trots det tycker jag att metoden är bra i sin helhet.

I några sammanhang har det uppstått en konkurrenssituation. Deltagare som redan varit inne i rehabilitering eller behandling har ryckt bort utan dialog och ingått fullt ut i TROSAMs aktiviteter. Samtidigt har en stark vi-känsla utvecklats inom Projektet vilket ofta får konsekvensen att någon hålls utanför. Inte bjuds in. Eller, inte tar eget initiativ att komma in och samverka.

SUS PERSONALENKÄT

I SUS Personalenkät framkom en hel del olika åsikter om verksamheten. 21 personer besvarade enkäten; 4 från FK, 2 från AF, 10 från Landstinget och 5 från Kommunen.

KONTAKT MED TROSAM

I frågan om hur de haft kontakt med Trosam fanns flera svarsalternativ. 6 personer anger att de verkat inom Samverkans- eller Rehabiliteringsgrupp. 2 personer kryssar för alternativet Handläggargrupp, 6 personer har deltagit i Flerpartssamtal. 1 person har endast haft telefonkontakter med Projektet, 1 person anger att hon/han varit aktiv på fler än ett sätt inom Samverkan och/eller Rehabilitering och en har inte alls haft kontakt med Trosam.

Det blir tydligt att gruppen har en ingående kunskap om Projektet.

”Jag har haft flera sjukskrivna som är långvarigt sjuka. Projektet har hjälpt flertalet att gå vidare i sin rehabilitering. Just hjälp med helheten är den stora poängen.”

”Ett fantastiskt projekt som har hjälpt många långtidssjukskrivna tillbaks till åtminstone deltidsarbete och fått en tryggare grund i sig själva, något som är mkt svårt att komma åt vid ”vanligt” arbete inom primärvård. Det har funnits en HELHETSSYN som har varit otroligt framgångsrik.”

”Att många är positiva till utfallet. Att resultatet kan mätas på olika sätt.”

HAR PROJEKTET PÅVERKAT DE EGNA KLIENTERNA?

När frågan om i vilken grad projektet har påverkat de egna klienternas utveckling väljer 1 person att inte svara alls och 2 personer anger en låg grad av utveckling. 2 personer menar att varken hög eller låg utveckling har skett. Övriga tillfrågade (16) menar att Projektet påverkat deras klienter i hög grad. Intressant är att samtliga på FK och Kommunen anser att en hög grad av utveckling skett.

”Självförtroendet har ökat markant. Positiv till förändringar och arbeten.”

”Bättre självkänsla motivation osv.”

”Flera har närmat sig egen försörjning, men också en personlig utveckling. Vissa har fått hjälp med att ta ett steg framåt i livet.”

”Har fått förhöjd motivation att gå vidare (gäller några)”

”Till självförsörjning för flera. En ökad livskvalitet, psykisk hälsa för många.”

”Större välbefinnande. Högre livskvalitet. Men kanske inte egen försörjning.”

”Pat fått insikt om sin situation på ett mera verkligt sätt har deltagit aktivt i sökande av egna lösningar.”

”Klienten har fått arbeta med sig själv socialt och därmed fått ökad självkänsla och bättre självförtroende. Fått stöd av TROSAM att våga ta steget ut i arbetslivet.”

De tillfrågade menar att deras klienter har fått en ökad livskvalité, bättre självkänsla, en ökad motivation, nya insikter och ett bättre självförtroende. Personalens utsagor stödjer alltså deltagarna egna skattningar som har redovisats innan. Skillnaden här är att de handläggare som har besvarat enkäten har en bredare bild då de har haft en eller flera klienter i Projektet.

”De sjukskrivna som jag varit handläggare för som deltagit i projektet har tyckt det varit mycket positivt.”

”Jag har haft flera klienter som varit inskrivna i projekt Trosam. För ett par av dem har projektet, vad de uttryckt, varit bra o lett till självutveckling. En av mina klienter har jag uppfattat som ganska neutral o två av mina klienter har uttryckt stort missnöje.”

Några deltagare har inte påverkats nämnvärt av innehållet i Projektet och några få har varit rent av missnöjda. I vilken mening framgår inte men det kan finnas anledning att förstå att ett arbetssätt eller en modell inte passar alla.

> *”Det har fyllt det steget som har behövts innan vi har kunnat arbeta ”ut mot arbete”. Man har varit mycket bättre rustade inför övergången mot arbetslivet.”*

> *”Från att ha varit bidragsberoende sätt utifrån olika verksamheter med egen försörjning. Många vittnat om ett mycket bättre mående.”*

Återigen framkommer argumenten att de rustats för att kunna gå vidare ut i arbetslivet.

> *”Projektet med den närmaste personal/bemötande och metod har varit avgörande. Att lokalen har legat för sig, bedömer jag som en viktig faktor. Värmen och tron på att dessa kvinnor kan bryta med gamla mönster är viktig. Likaså insikterna om att känslolivet o gamla obearbetade känslor eller relationer hindrar oss från utveckling. Trygghet som personal och lokal utstrålade!”*

> *”De patienter som haft behov av ett helhetskrafttag har funnit det inom projektet!! Det har varit en otroligt bra möjlighet för mina patienter att kunna ha tagit del av de kroppsliga & själsliga metoder som använts. Primärvården räcker i sig inte till. Det behövs ett samarbete på djup nivå!”*

Några lyfter fram den Helhetstanke som finns i projektidén och modellen. Att man valt att se till hela individen och miljön runt omkring uppfattas som framgångsrikt.

> *”Svårt att svara på eftersom några kommit direkt och anmält sig som sökande och ingen dialog förts med sökande och Trosam.*

> *”Vet ej. Kontakten avslutades då pat. kom med i Trosam. Trosamprojektet och kontakterna genom det var tillräckligt för pat.”*

Några utsagor beskriver att urval, antagningsförfarande och samverkan inte fungerat bra i samtliga fall. I något fall har kontakten avslutats helt då behovet inte kvarstått medan det i några andra fall inte förberetts och genomförts på det sätt man varit överens om.

PROJEKTET UTIFRÅN EGEN ARBETSSITUATION OCH ORGANISATIONENS BEHOV

Personal och handläggare som deltog enkätundersökningen fick även ge synpunkter på hur den egna arbetssituationen påverkat och vilka behov den egna organisationen har av TROSAMs tjänster.

> *”Mkt bra projekt som också underlättat mitt arbete.”*

> *”Utifrån arbetssituationen mestadels neg. Påverkan. Utifrån org finns eller har funnits behov som tillgodosetts via projektet.”*

Någon menar att projektet har underlättat det egna arbetet medan någon annan anser att det påverkat den egna arbetssituationen mest negativt.

”Jag tycker att idén Trosam är bra o att Landstinget bör prova olika vägar för att minska sjukskrivningar.”

”Som ensam aktör kommer man en bit på vägen. Med projektet och dess samverkan med Af, Landsting, Kommun och FK når man HELA VÄGEN. Det finns ett stort BEHOV!!”

”Ett bra projekt med bra idéer. Tiden finns inte i en socialsekreterares tjänst att stötta på ett sådant sätt som jag har förstått att TROSAM kunnat.”

”Ett antal patienter skulle behöva liknande stöd som deltagarna i Trosam fått.”

”Vi har haft brukare som fortsatt vidare i Trosam och därefter vidare till jobb i någon form. Har också varit med att personerna prövat på att pröva steget-in-AME på väg ut i arbetslivet.”

”Klart att det finns ett behov då det kom fram en patientgrupp med både psykiska och fysiska besvär, som i hög grad var okänd för oss på mottagningen. Gällande arbetssituationen innebar det fler patienter inom befintliga ramar.”

Jag tror absolut att Trosam behövs i framtiden.

”Projektet bidragit till att många kommit ut i egen försörjning snabbare. Mycket gott komplement till andra insatser.”

”Projektet behövs utifrån arbetsrehabiliterande synpunkt samt som ett komplement till individualbehandlingen inom psykiatrin.”

”Jag har väntat på detta i många år. Dessa ”patienter” klarar man inte själv. Trosam erbjöd helhetsgreppet. Vi olika aktörer kom in vid behov. Projektledarens roll har varit ovärderlig!!! Det har varit ett nöje att delta i projektet. Likaså mkt utvecklande. Jag har sett sådana stora framsteg som aldrig tidigare. Det är enormt vad Madeleine har åstadkommit. Synd för Trosa att de har missat henne. Nu är hon på väg – vidare. Men hon har kämpat för projekt Trosams fortlevnad. Motstånd har märkligt nog funnits – no names!!”

Att idén med TROSAM är bra verkar de allra flesta vara överens om och att behovet av ett nytt sätt arbeta finns framgår tydligt. Några uttrycker att det finns fler människor i kommunen som skulle vara hjälpta av en verksamhet av TROSAMs karaktär. Man ser inte TROSAM som något som i första hand ska ersätta det som finns utan mer som ett komplement och son ett sätt att utveckla rehabilitering. Någon nämner psykiatrin och dess patienter som en målgrupp.

Om projektet implementeras är det av värde att veta vilka personer som ingår som behandlare. Blir det redan fast personal eller utifrån ”inhyrda”? Var tas resurserna ifrån?”

”Det som inte fungerat så bra är att sjukskrivna har blivit remitterade in i projektet via vården utan att FK fått information om den planeringen.”

”Den komplexa livssituation flertalet långtidssjukskrivna har, har de fått hjälp med. Mycket viktigt för var och en. FK är glada för allas ingång i arbetslivet, men då jag jobbade med dem med sjukersättning och även varaktig sjukersättning vet jag inte hur det slagit ut konkret med att återgå i arbete för dem.”

Några sätter fingret på viktiga frågor att diskutera. Hur en verksamhet ska organiseras och finansieras vid en eventuell implementering. Kanske måste även innehållsfrågorna diskuteras för att kunna möta olika målgruppers och individers behov.

”Samverkan och relevanta insatser är nödvändigt för människor som söker och har behov av insatser från socialtjänsten för att nå självförsörjning.”

”Kan vara värdefullt att människor kommer ”på banan” igen, men kanske det behövs ett mer direkt samarbete mellan myndigheterna och sökande.

Samtidigt kan man tolka utsagorna som att samverkan bara är i ett startskede och behöver utvecklas vidare.

MEDARBETARINTERVJU

Vid ett tillfälle, väldigt tidigt i utvärderingsprocessen, samlades medarbetargruppen för en gruppintervju. Intervjun hade mer karaktären av ett öppet samtal med fokus på deras egna upplevelser av Projekt TROSAM.

Kombinationen av våra kompetenser har varit helt outstanding. Jag har aldrig upplevt styrkan i något annat sammanhang. Det har gett mig större frihet att prova vägen fram.

Kombinerade metoder möter hela människan utifrån hennes egna behov.

Intervjupersonerna var överens om att deras olikheter varit framgångsreceptet. Man kunde komplettera varandra utan att hamna i diskussioner om vad som är rätt eller fel. I ett eklektiskt förhållningssätt handlar det om att se helheten och att tillföra de delar som behövs. Människans, i det här fallet, deltagarens behov ska stå i centrum.

Vi har haft samma grundinställning till människan och hennes förmåga till utveckling/förändring. Detta har varit oerhört viktigt.

Deltagarnas behov har fått styra om just jag skulle bli engagerad eller inte. Väl där har vi haft en lösningsinriktad inställning.

Deltagarna har fått bestämma själva, självklart med mycket stöd. Vår inställning har varit att dom vet bäst själva och valt att bemöta dem så.

Man gav även uttryck för en samsyn, en gemensam människosyn, där individen har egna förmågor till utveckling. Man menar också att deltagarna har vetskap och kunskap om vad de behöver för att komma vidare. Detta gemensamma synsätt, eller snarare grundinställning, har upplevts som framgångsrikt.

Projektledaren har tillsammans med oss matchat deltagarens behov av insatser löpande. På så sätt har vi kunnat erbjuda rätt insats till rätt person vid rätt tid.

Väl här har individen fångats upp och mötts. Eftersom innehållet har varit individanpassat har det fungerat väl och gått fort.

Man talade om en process med en ständig uppföljning och matchning av deltagare – tid – åtgärd. Medarbetarna har då varit beredda att gå in med just sin insats när det varit dags. Ibland har inte detta behövts vilket inneburit att alla medarbetare inte jobbat med alla deltagare. Man var överens om att det är effektivare att arbeta på det här sättet jämfört med när man har det fulla och många gånger begränsade ansvaret för en klient.

Min känsla är att allt har flutit på – som en båt.

Det har funnits ett stort utrymme att kunna lita på både omgivningen och den egna förmågan.

Det har varit en hög trivselfaktor vilket har skapat tillit och tilltro till den egna förmågan hos var och en.

Stämningen som har varit har haft en helande funktion. Den har byggt på omtanke.

Det har varit levande och organiskt och skapat en vi-känsla.

Stämningen och trivseln i arbetsgruppen och i TROSAMs lokaler har haft en positiv inverkan på både medarbetare och deltagare.

Projektet har ingett hopp hos deltagarna.

Projektet har lett till en genomgripande personlighetsförändring för många av deltagarna.

Alla har blivit sedda vilket de inte har upplevt i tidigare möten med myndigheter. Detta har skapat en tilltro som har lett till en mycket snabbare process. Startsträckan har varit kortare och resultaten har visat sig snabbare. Dessa verkar dessutom hålla i sig.

För deltagarna har detta inneburit att ett hopp har väckts och detta lett till en snabb utveckling och förändring. Många gånger en genomgripande förändring som håller över tid. Några medarbetare träffar ofta gamla deltagare på byn och talade just om denna hållbarhet som finns i förändringsarbetet.

I den kaos jag ibland har upplevt har det ändå funnits en struktur.

Jag kan ibland uppleva att det har varit rörigt i verksamheten och saknat en tydligare struktur.

Samtidigt har miljön inte alltid varit strukturerad och överblickbar. Det har växlat mellan struktur och kaos och ibland har bl.a. administrationen drabbats negativt. Möten har ställts in, samtal har avbrutits och folk har kommit och gått. Den typen av röra kan ju i sämsta fall skapa missnöje hos både deltagare, medarbetare och omgivning.

> *Tänket vi har haft skulle behöva förankras på myndighetsnivå. De olika parterna i LSG-gruppen tänker nog olika idag.*

Vi talade även om samverkan. Alla är överens om att samverkan har fungerat bra inne i projektet och med de närmaste runt omkring. Man menar att det handlar mycket om en gemensam strategi, ett gemensamt synsätt och ett gemensamt sätt att tänka runt processen. Man har haft ett stort utrymma att kommunicera med varandra och på så sätt forma denna gemensamma bild. Detta utan att ändra på sin profession eller på sina arbetsmetoder. Man upplever inte att denna samverkan finns i LSG eller mellan myndigheterna generellt och menar att det skulle behövas.

DELTAGARNAS UPPFATTNINGAR OM TROSAM

> *Det kändes spännande. Bara att få träffa andra människor i samma situation som jag själv var oerhört avlastande. Då kände jag att kanske, kanske kan det hända något nu.*

> *Jag upplevde att jag blev sedd och kunde med stöd därifrån börja jobba parallellt rätt så direkt.*

> *Jag insåg att jag inte var ensam och förstod att det finns många andra som levt och lever i samma utanförskap som jag. Som gjorde det av ungefär samma orsaker och som upplevt det hela på ett liknande sätt. Jag som trott att jag var unik i min isolering.*

> *Jag träffade andra människor i samma situation som jag och redan det var en vändpunkt för mig.*

Den första kontakten är alltid viktig, det vet alla som arbetar med människor. Deltagarna beskriver just detta när man säger att man blivit sedd och kände stöd. Att dessutom träffa andra människor i samma situation bröt den isolering många upplevde. Allt detta väckte ett hopp redan vid starten av utbildningen.

När de intervjuade ombads att med egna beskriva hur dom upplevde utbildningen var det med varma ordalag.

> *Jag kände igen mycket från en egen utbildning jag gick för 8 år sedan. Den handlade mycket om personlig utveckling och det gör det ju i Trosam också. Det kändes helt rätt för mig från början. Jag har ett stort intresse för sådana här frågor men har inte själv jobbat på det sättet. Det var helt fantastiskt att komma hit då jag inte har mött det här sättet att tänka eller förklara någon annan stans.*

> *Jag blev bemött som en människa och inte som ett objekt eller ett UFO.*

Jag fick stöd av M och de andra när jag bad om det. Vi byggde upp en härlig gemenskap i gruppen som gjorde att jag vågade visa mig mer och mer. Jag började sätta ord på mig och mina svårigheter och såg rätt snart lösningar.

Jag hade framför allt en bra kontakt med M. Jag deltog ju inte i allt men det jag deltog i var jättebra för mig.

I utsagorna ser man att upplevelserna av ett bra bemötande är starka. Man upplevde att stödet fanns när det behövdes och att man fått bra kontakt med medarbetarna.

På frågan om vad de tycker är specifikt med TROSAMs sätt att arbeta gavs bland många andra följande svar;

Att de ser till individen och till individens behov. Dom såg vad som var viktigt för mig och stöttade mina tankar. Inte att man bara presenterar en färdig modell. Känner du att du behöver massage så får du det. Känner du att du behöver prata med någon får du göra det. Och sen att man dessutom lägger in föreläsningar om sådant som man själv kanske inte har tänkt på alls. Det var en bra mix där alla inte behövde göra allt. Dom lyssnar på vad jag säger och har inte förutfattade meningar om vad just jag behöver göra.

Jag kände mig väldigt trygg.

Jag mådde genast mycket bättre av att delta i utbildningen. Bättre än jag gjort på många år. Jag fick struktur i lagom takt och utvecklade mig successivt.

Jag fick hjälp till självhjälp. Det var egentligen ingen annan som fixade någonting åt mig men jag fick hjälp att ordna upp mig själv och min situation med stöd av Trosam.

Jag blev bemött utifrån mig själv och kunde delta på mina egna villkor. Kände mig aldrig tvingad till någonting utan blev lyssnad på och fick lägga upp det hela tillsammans med projektledaren.

Jag fick verkligen hjälp med mina problem för första gången. Jag blev bra bemött vilket ökade min egen motivation.

De deltagare som jag har intervjuat ger en samstämmig bild av att utbildningen har varit till god hjälp. Citaten talar för sig själva.

På frågan vilka delar som var bra för dig i det här smörgåsbordet som Trosam erbjöd framkom många olika aspekter

Det var mycket som vara bra. Men jag tror att det bästa var att vi var en grupp. Jag fick prata med andra, lyssna på hur dom hade det och hur dom tänkte. Vi gjorde en hel del övningar tillsammans som jag lärde mig mycket av. Det stärkte min känsla av att jag är viktig, ja alla andra också förstås.

Jag använde mig av Qigong, massage, samtal. Jag har ju träffat psykologer och så innan men nu blev det på ett annat sätt. Det kändes som att vi kunde mötas och att jag blev lyssnad på. Kanske beror det på att det blev ett sammanhang, en helhet, när vi bearbetade på så många olika nivåer samtidigt.

Kontakten med coachen, terapi och massage.

Föreläsningarna gav mig jättemycket. Jag var med på de allra flesta och tycker att idag har verktyg som hjälper mig.

I arbetet kring sorg med Anders insåg jag att jag tagit ansvar för alla andra men att jag tappat bort mig själv i det hela.

Jag tror att vi alla kände samma sak, att man blev så bra bemött. Respekterad. Ibland kan det ju vara så, när man har träffat någon läkare eller psykolog, att man bara känner sig nedtryckt när man går därifrån. Här fick jag en helt annan känsla. Här kändes det som att vi var jämlika. Det var mänskligt.

Sorgebearbetningen var viktig för mig. Jag fick lämna saker bakom mig samtidigt som jag fick ett verktyg som jag bär med mig hela tiden. Jag har nog burit på en sorg väldigt länge och fick hjälp med den nu. Jag har ju inte blivit av med den helt och fullt men jag har lärt mig att leva med den, den har blivit tydlig och ligger inte bara och gnager på en omedveten nivå.

Det jag minns just nu är sorgearbetet med Anders. Det var otroligt bra och smärtsamt.

När vi målade och skapade hittade jag en helt ny sida i mig själv. För mig innebar det en ökad självkänsla men även ett nytt sätt att uttrycka mig.

Jag fick hjälp att jobba med min relation med arbetsgivaren som jag fortfarande har kvar. Jag har ju mått jättedåligt i det och känt mycket skam i den relationen.

Även här känns det överflödigt med kommentarer. Men några saker framträder tydligt som ändå kan vara värt att kommentera. Man kan tolka det som att livet och livssituationen som varit, under väldigt lång tid för många, har inneburit en stor sorg. Kanske en sorg som blivit manifest och som med sitt grepp har hindrat utvecklingen för individen. Man förstår att den sorgebearbetning som gjorts har varit frigörande för många.

Flera personer lyfter fram flera olika delar som tagit med sig och minns. Det kan tolkas som ett tecken på styrka i utbildningen, att man inte bara gör en sak eller åtgärd i taget. Kombinationen mellan bearbetande delar, skapande delar, föreläsningar och stöd i mötet med omvärlden ses som ett sammanhang som ger starkt stöd. Här har vi kanske den stora skillnaden mellan TROSAM och andra verksamheter.

PROJEKTETS EKONOMI

Landstinget har stått som ansvarig för verksamheten och därmed hanterat anställning av Projektledaren och den övriga ekonomin. Följande ekonomiska redovisning har gjorts.

Tabell 2. Ekonomiskt utfall		TROSAM	ESF	TOTALT
Lönekostnader	439300	620606	1059906	

Köpta tjänster/Konsultarvoden	909158	626745	1535903
Hyror	141959	121663	263622
Administration	111737	49014	160751
Övrigt	98074	3028	101102
	1700228	1421056	3121284
Fakturerat	1700000	1200000	2900000
Nettokostnad	228	221056	221284
Underskott			221 284 (belastar VC)

Till dessa kostnader kommer

Extra personal som kommunen finansierat 41633

Resurs 0,5 tjänst, sjukgymnast/kurator, VC 350000

Projektets totala kostnad hamnar då på 2.9 Mkr + 221 284 + 41 633 + 350 000 = **3 512 917 KR**

SOCIOEKONOMISK BERÄKNING

Många aktörer är inblandade i Projekt TROSAM. Inte minst i de människor som har deltagit i Projektet. En gemensam faktor för deltagarna är att de inte kunnat försörja sig själva av olika anledningar. Samhället har alltså stått för denna försörjning. Genom att finnas i olika myndigheters rullor har deltagarna försörjt sig via FKs olika system för sjukskrivning och/eller rehabilitering. Andra har ingått i Kommunens olika åtgärder, ytterligare andra har försörjt sig med stöd av socialbidrag medan några inte haft någon försörjning alls. De senare har antagligen blivit försörjda av en anhörig. Endast 1 deltagare har haft egen försörjning via ett timvikariat.

Majoriteten av deltagarna har, om man får använda det uttrycket, belastat samhällsekonomin på olika sätt, mer eller mindre. Totalt sett i riket innebär detta enorma kostnader för samhället och debatten om hur man ska komma till rätta med detta pågår för fullt inom politiken, organisationer och även bland allmänheten.

Vi har olika institut som har till enda uppgift att beräkna dessa kostnader och ge prognoser till beslutsfattare. Man avläser konjunkturer, man går in i register och för statistik om hur det ser ut för stunden, man gör framtidsprognoser, allt för att beräkna kostnader nu och framåt. De olika departementen gör egna liknande beräkningar och även de olika myndigheterna gör detsamma.

Finansdepartementet och Socialdepartementet har försökt att beräkna hur människor som befinner sig olika åtgärdssystem belastar ekonomin och har tagit fram schabloner för detta. Dessa ligger på en samhällsnivå och det finns självklart både lokala och individuella skillnader. Man har beräknat en schablon för vad en sjukskriven person kostar, vad en person med sjukersättning kostar och vad en

person med försörjningsstöd kostar. Med stöd från utvärderingar har man dessutom beräknat vårdkostnader för varje kategori. Slutligen har man satt ett pris på produktionsbortfall som sammanfattar bl.a. förlorade skatteintäkter och minskad konsumtion.

Följande tabell visar hur man skulle kunna beräkna att den grupp som har deltagit i TROSAM har kostat samhället i stort med stöd av dessa schabloner.

Tabell 3. Schabloner utifrån Finansdep. rekommendadtioner

	Sjukpenning	Sjukersättning	Försörjningsstöd	Kostnad per år	Kostnad per år
Per År	**150 000**	**130 000**	**114 000**	**för alla**	**per person**
Vårdkostnad	**60 000**	**30 000**	**15 000**		
Produktionsbortfall	**150 000**	**150 000**	**150 000**		
Kostnad per individ	**360 000**	**310 000**	**279 000**		
Antal individer	**13**	**26**	**9**		
Kostnad för alla	**4 680 000**	**8 060 000**	**2 511 000**	**15 251 000**	**317 729**

Utan att överdriva vågar jag påstå att samhället och i det specifika fallet Trosa Kommun har allt att vinna på att satsa på en fungerande rehabilitering. När jag presenterade motsvarande räkneexempel inför LSG var en kommentar att det inte kostar så mycket som beräkningen visar. Jag har fått den kontrollerad av en docent i ekonomi som menar att den håller generellt. Självklart finns differenser i praktiken men som schablon stämmer den bra med verkligheten.

Socialtjänsten valde att göra en egen studie på de kostnader har haft för den specifika gruppen som genomgått TROSAMs utbildning. Då jag inte vill redovisa den i sin helhet väljer jag att diskutera runt de uppgifter den innehåller. Tabellen visar i vilken grad 13 personer har erhållit socialbidrag 1996 – 2008. Ingen har haft ekonomiskt stöd hela perioden. Väljer man att titta på åren 2005 - 2007 ser man att 10 personer fått stöd i olika grad hela den perioden. 2 personer hade inget ekonomiskt stöd medan 1 person hade stöd de sista 2 åren. 2008 hade endast 6 personer ekonomiskt stöd varav 3 till hela sin försörjning.

Några av dessa personer har deltagit i TROSAM och är nu självförsörjande.

Man kan konstatera att de schabloner Finansdepartementet tagit fram inte gäller socialbidragstagare i Trosa kommun. Någon liknande kostnadsberäkning har inte gjorts av de övriga aktörerna i Projektet varför en generell lokal jämförelse inta kan göras inom ramen för utvärderingen.

MODELLER FÖR SAMHÄLLSEKONOMISK BERÄKNING

Utgångspunkten är att göra en samhällsekonomisk kalkyl för modellens effekter som både omfattar myndighetsinterna och externa effekter. Med ett företagsekonomiskt perspektiv fokuseras kalkylen på att beräkna myndighetsinterna effekter av bokföringsmässiga eller kalkylmässiga kostnader på kortare sikt. Med nationalekonomisk teori breddas kalkylen till att kunna värdera externa effekter på längre sikt.

Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog presenterar inom Institute for Socio Ecological Economics (www.seeab.se) nationalekonomiskt grundade principer för samhällsekonomiska kalkyler. De diskuterar sju skilda metoder som besvarar olika frågor:

1. Alternativkostnadsmodell Vad kan jag få istället?
2. Villkorade kalkyler Vad skulle hända om?
3. Vinnare & förlorare Hur fördelas effekterna mellan olika aktörer?
4. Prognoser och skattningar Vad kommer att hända?

5. Scenariometoden Vilken framtid går vi till mötes?
6. Socioekonomiskt bokslut Om vi har en helhetssyn?
7. Samverkansbokslut Om vi samverkar?

De första fyra är relativt enkla metoder för schablonmässiga kalkyler, medan de tre sista är mer arbetskrävande modeller. Tänk på att varje metod och modell har sina begränsningar och ger bara vissa aspekter. Jag tolkar de olika modellerna i förhållande till TROSAM:

1. Alternativkostnadsmodellen går ut på att visa vad man hade kunnat få för de pengar som spenderas i TROSAM om de användes på ett alternativt sätt, dvs. det sätt som man hoppas ska slippa i form av sjukskrivningar samt vård- och omsorgsinsatser av olika slag.

2. Villkorade kalkyler kan göras när man vet vad projektkostnaden är och kan jämföra den med kostnader för utanförskap. I TROSAM - fallet blir det likt alternativkostnadsmodellen ovan.

3. Vinnare & förlorare innebär en analys som tar hänsyn till vilka insatser som görs av respektive myndighet och utgångspunkten är att det ska leda till att en individ slipper utanförskap. Kalkylen visar hur snabbt respektive myndighet får avkastning på sina spenderade pengar.

4. Prognoser & skattningar går ut på att använda de kunskaper man har om respektive individ som ingår i projektet och att göra en prognos på vad som kan hända i framtiden beroende på om individen är med i satsningen eller ej.

5. Scenariometoden går ut på att i flera workshops låta experter och målgrupper diskutera vilka konsekvenserna är av att inte göra något respektive göra det som TROSAM innebär. För att granska resultaten bidrar också (1) en extern referensgrupp, (2) resultat som finns dokumenterade i litteratur, (3) jämförelse mellan framtagna scenarios och erfarenheter från

projektet samt att (4) sätta de olika expertgruppernas bilder mot varandra och söka efter inkonsekvenser.

6. SocioEkonomiskt bokslut: det företagsekonomiska bokslutet kompletteras med ett samhällsekonomiskt perspektiv på externa effekter för att fånga både kortsiktiga och långsiktiga effekter av en preventiv insats. Underlag är journaldata eller scenarioanalys enligt ovan.

7. Samverkansbokslut: ett Socioekonomiskt bokslut enligt ovan med samverkansperspektiv. Visar hur de positiva effekterna av TROSAM förstärks genom samverkan mellan olika myndigheter.

IMPLEMENTERING

Frågan om och i så fall hur en hur en implementering ska gå till är ju en av huvudfrågorna i utvärderingen Nedan presenteras olika intressenters uppfattningar om detta.

SUS PERSONALENKÄT

På frågan om man anser att projektet skall implementeras i ordinarie verksamhet menar majoriteten att så bör ske. 1 person har avstått från att besvara frågan och 13 personer menar att en implementering bör ske. 7 personer är osäkra och väljer svarsalternativet ”vet inte”. Man kan tänka sig att de som är osäkra anser att Projektet gett impulser och nya kunskaper som kan implementeras, men att det inte handlar om en permanentning. Man kanske inte heller har en klar idé om hur det ska se ut.

Tabell 4. Personals uppfattningar om implementering

		Anser du att projektet ska implementeras i ordinarie verksamhet			
		Ja	Vet inte	Inget svar	Total
Vid vilken myndighet arbetar du	Försäkringskassan	1	2	1	4
	Arbetsförmedlingen	0	2	0	2
	Landstinget	7	3	0	10
	Kommun	5	0	0	5
Total		**13**	**7**	**1**	**21**

HANDLÄGGARINTERVJUER

Hur handläggarna ser på implementering framkom i intervjusituationerna. Att den ska implementeras verkar det inte råda någon tvekan om men hur det ska gå till finns många tankar och funderingar runt.

> *Det här tycker jag är svårast egentligen. Dels att ha ett individperspektiv och ge patienten/individen vad den behöver, det kan vara allt ifrån terapi till friskvård eller kostråd, mediciner. Så det blir väldigt svårt att ha alla de resurserna anställda. Och det kanske inte är det mest ekonomiska att ha heller. Däremot tror jag att man ska ha en fast kärna. Kanske bestående av sjukgymnast, beteendevetare och läkare. Framförallt dom tre och en coach*

> *Jag tror på en liten fast kärna som följer med. För annars blir det väldigt mycket på coachen, onödigt mycket. Jag tror det är viktigt att den håller sig fri, för att vara coach.*

Tankar om en fast men liten inte för dyr eller grupp återges här.

> *Flexibiliteten att köpa in tjänster efter behov måste finnas kvar. Det är en bättre, effektivare och billigare modell än att ha fast anställda funktioner. Med fast riskerar man att begränsa möjligheter, kompetens och man skapar en behovsförskjutning, från individen till verksamheten.*

> *Behov: Där man kan titta på hela människans livssituation. Behovet har varit stort och behovet finns fortfarande*

> *Systemet är inte dimensionerat för denna stora återgång mot sysselsättning. Systemet är ej heller synkroniserat fullt ut idag.*

Flexibilitet och fokus på individens behov är andra tankar som framförs som centrala. Även vinsten med att kombinera olika kompetenser ses som en viktig aspekt med implementering.

> *Det har gått för snabbt, projektet har nog varit för kort. Det tar tid att hitta alternativa lösningar och arbetssätt.*

Man kan ana en viss desperation i att formen ännu inte är tagen. Det uttrycks en rädsla för att det inte kommer att bli något efter Projektet men man hoppas självklart på att beslutsfattarna ska se behovet och vinsterna.

> *Vid en implementering måste vi vara med och välja innehåll, externa resurser såväl som enskilda individers planering.*

Andra menar att det måste fungera mer i dialog vid en implementering. Det man säger är egentligen att man vill delta i framtagandet av verksamheten, att man vill vara med och påverka innehåll och även vilka människor som ska vara verksamma

> *Jag tror att Trosammodellen kan möta de allra flesta målgrupper. Människor inom socialpsykiatrin, beroendeproblematik så länge missbruket inte är aktivt. Här kan man hämta stöd och resurser från psykiatrin och från kommunens alkohol- och familjeterapeut. Man kan t.ex. fungera som eftervårdsenhet eller utslussenhet*

Vilka som kan hjälpas inom ramen för en motsvarande utbildning verkar ha diskuterats på många håll. Ovanstående kanske sammanfattar de diskussionerna bra. I en flexibel modell kan man bemöta de flesta människor och många problem. Ett pågående missbruk är dock något som ingen tror är möjligt att möta, men väl eftervård.

PROJEKTARBETSGRUPP

Projektarbetsgruppen är även den positivt inställda till en implementering.

> *Trosam: Fantastisk Pusselbit för utveckling och Rehabilitering*
>
> *Med en permanentning av Trosam skulle vi kunna gå vidare i uppförsbacken.*

Man ger uttryck för de möjligheter en fortsatt verksamhet kan ge. Dels menar man att stödet man upplevt i samverkan haft en stor betydelse och dels anser man att utbildningen ger ett bra komplement till det redan befintliga.

> *Även utbildningstiden bör kanske vara flexibel. När man går vidare till Verksam eller arbetsprövning. Hur länge man får hänga kvar efter att tiden är ute.*

Tankar kring tid och innehåll finns det många. Ovanstående kan representera diskussionerna om att man vill nå målet oavsett om det ibland tar lite mer tid än vad som är sagt. Ibland kan det ju dessutom gå snabbare och då bör det finnas beredskap för att gå vidare.

> *Stora grupper, framför allt kvinnor, riskerar att bli utförsäkrade. Många har kanske försörjning ändå men långt ifrån alla. För individen är ju trots allt försörjning det primära – rehabilitering är sekundärt.*

Att försörjning är primärt för individen är ju en viktig synpunkt i sammanhanget. Hur man ska försörja sig under utbildningstiden och hur man ska försörja sig efter utbildningen är centrala frågor som måste lösas. Först då kan jag vara redo för att fullt ut gå in i en rehabilitering och/eller en förändringsprocess.

> *Frigöra/omstrukturera resurser inom enheterna är möjligt och därmed kunna arbeta enligt Trosam modellen.*

En implementering kanske inte behöver bli så kostsam. Då man ändå arbetar med klienterna, åtminstone förr eller senare då de snurrar runt i systemet, är kanske nya arbetssätt och nya prioriteringar lösningen på en implementering.

DELTAGARINTERVJUER

Även deltagarna har synpunkter på huruvida en verksamhet av TROSAMs karaktär behövs i kommunen.

> *Att det behövs en sådan här verksamhet är ju helt klart. Jag har läst om olika projekt i andra kommuner genom åren och längtat efter att något skulle hända här i Trosa.*

Myndigheterna måste ju börja prata med varandra och samarbeta. Vi ska ju inte behöva vara insatta i vad varje myndighet gör och hur. Man vet ju inte allt och då blir man ett offer….

Det är rimligt att man vill ha stöd och hjälp när man är i behov av det. Samtidigt är det svårt som vanlig medborgare att vara insatt i vad som finns och vad som krävs. Tjänstemännen själva har ibland svårt att veta trots att de har det som arbetsuppgift. Utsagan får tolkas som att den hjälp och det stöd man fått med myndighetskontakter fallit väl ut.

Jobbsökardelen eller arbetsträningen på slutet kan jag uppleva gick lite för fort. Här skulle en lite längre och lugnare process vara bra. .

Jag tycker att det blev splittrat på slutet när folk började försvinna ut på arbetsprövning. Här skulle man försöka hålla samman gruppen lite tydligare då jag tror att just den har betytt så mycket för många.

Jag skulle vilja att gruppen kan fortsätta att träffas då den har varit ett stort stöd för många av oss, åtminstone för mig.

A lite olika anledningar upplever många att utbildningen slutade för snabbt. Man vill här se en mer flexibel lösning där man kan fortsätta en tid till, tills allt fungerar. Samtidigt ges uttryck för det stöd man upplevt i gruppen och att man fortfarande kan behöva det.

SAMVERKAN

Beror det som hänt på en dålig styrning från LSG eller beror det på en egenmäktig Projektledare? Eller både och?

Detta citat från en handläggare kanske kan inleda avsnittet om hur Samverkan har fungerat i och runtomkring Projekt TROSAM. En allmän uppfattning är att samverkan inte fungerar som den bör på LSG – nivån. Huvudmännen har lagt olika grad av engagemang i Projektet och upplevs även som mer eller mindre positivt inställda. Deltagarna i gruppen har dessutom bytts ut sedan beredningen av Projektet och sedan starten. Kanske var idén mer förankrad från början? I samtal med representanter för LSG har jag förstått att alla funderar över hur det har fungerat. Jag vet däremot inte om det förs konstruktiva gemensamma diskussioner i frågan eller inte.

PROJEKTARBETSGRUPPEN

I Projektgruppen har det försiggått många och långa diskussioner runt samverkan. Under gruppintervjun framkom bl.a. följande kommentarer;

Förståelse för varandras perspektiv är en förutsättning för Samverkan. Den har jobbats hårt på och vi ser att den har utvecklats. Dessa diskussioner behöver även föras på LSG - nivå. I ett sådant här samverkansarbete kan inte varje verksamhet stirra blint på den egna vinsten.

Medvetenheten om varandras världar har ökat och varit viktig

Man förstår att diskussioner i gruppen ökat förståelsen för varandras perspektiv. Man menar att detta är en förutsättning och att det ökar möjligheterna för den hjälpbehövande att komma vidare. Detta resonemang får konsekvensen att om man inte samverkar eller i värsta fall motverkar varandra drabbar det klienten.

Det måste ges ett tydligt bemyndigande till Trosam att hitta vägen fram. Att utveckla sig för att på så sätt kunna möta olika grupper och individer.

Gruppen anser att bemyndigandet från LSG varit otydligt. Den tydlighet, eller styrning om man så vill, är nödvändig om man har till uppdrag att utveckla en ny arbetsmodell. Deta var ju grundambitionen med Projektet men verkar ha tappats bort på vägen. Lika viktigt som att säga vad som ska göras är att vara tydlig med vad som inte ska göras.

I en samverkan måste träfftid mellan handläggarna öronmärkas. Även insatserna måste prioriteras.

Samverkan bygger på relationer och när de finns blir det en bra funktion som underlättar oerhört i arbetet. Nu har t.ex. FK väldigt många olika handläggare som är i Trosa, svårt då med samverkan och relationer mellan de olika inblandade.

Denna gemensamma insikt har lett till att Projektarbetsgruppen träffats regelbundet, åtminstone det andra året. Det kanske kan tyckas vara bortkastad tid att mötas och diskutera men då kommunikationen mellan parterna är den som utvecklar samverkan är det förmodligen väl investerad tid. För de handläggare som måste resa hit för att mötas innebär detta en svårighet. Men med bemyndigande från arbetsgivaren är inte avståndet något hinder.

Samordnaren (coachen) i Trosam har varit viktig för många deltagare. En sådan funktion är nödvändig.

Coachen är en central funktion i samverkan. Inte minst för deltagaren men även som den som har mycket information och som den som får uppdrag av gruppen.

Många diskussioner förs om framtiden. Gruppen är överens om att man måste fortsätta att samverka och man uttrycker en stark vilja att göra det. Inte som ett självändamål utan för att kunna möta klienter med olika behov av stöd. Man ser att det finns en framtid och förstår att man måste samverka för att kunna möta den.

I framtiden kan vi arbeta med klienter som inte varit så sjuka som dessa. Processen blir då kortare och mindre omfattande.

När friskskrivningarna ökar kommer det förmodligen att innebära ökade nivåer av försörjningsstöd/socialbidrag. Tendensen kan nog redan anas.

Det som inte talats så mycket om under utvärderingens process är hur omvärlden påverkar arbetet med hjälpbehövande. Regelverk, politiska ambitioner, arbetsmarknad och ekonomiska kriser påverkar och förändrar förutsättningarna att utföra ett tillfredsställande jobb. Flykten från A-

kassorna kan utgöra ett exempel på hur människor kan drabbas. Man kan tala om ”överspillningseffekter”. Jag blir friskskriven men det finns inga jobb att få och har ingen A-kassa.

HANDLÄGGARINTERVJUER

Samverkan leder till gemensam syn som i sig lever vidare. Konsekvenserna av den samverkan som utvecklats inom ramen för Projektet måste integreras.

> *Genom att samverka på det här sättet får vi en naturlig helhetssyn som måste integreras i vården på ett eller annat sätt.*

Målgruppen i Projektet har ju varit vårdbehövande i många år. En intressant synpunkt är att modellen kan användas i förebyggande syfte. Genom att förebygga eller åtminstone komma in väldigt tidigt i processen kan både pengar och lidande sparas in.

> *Jag tror att vi kan jobba mer förebyggande genom att samverka genom ett Trosam.*

Samverkan får inte innebära att man tullar på professionalitet eller kvalité. Tvärtom ska dessa aspekter stärkas och utvecklas. Återigen måste en levande dialog var utgångspunkten.

> *Det får inte gå till på det sättet att mina klienter helt plötsligt försvinner för att ingå i någon motsvarande aktivitet i Trosam. En sådan överlämning måste diskuteras och skötas professionellt. Jag ifrågasätter inte kompetensen hos den nya men det är trots allt människor vi har att göra med.*

DELTAGARINTERVJUER

> *Ja, hur de samverkar på högre nivåer har jag ingen uppfattning om. Men jag har ju fått hjälp i möten med myndigheter och det känns som att de samverkat runt mig. Inom Trosam har ju alla samverkat på ett bra sätt också.*

Var och en ser ju samverkan på sin egen nivå. Att det fungerar för mig här och nu med de jag har runt omkring mig är det viktigaste.

> *Det är ju så många olika myndigheter man har att göra med och jag har fått mycket hjälp av Madeleine i kontakten med dessa. Det känns som att de har samarbetat och dragit åt samma håll och jag har sluppit att kastas emellan hela tiden. Jag fick lugn och ro att få fatt i mig själv.*

> *Det har bara fungerat och det är så skönt. Jag har hela tiden fått söka kontakt innan och mött olika människor hela tiden. Den vet inte vad den har sagt och det förstärkte bara min egen känsla av vanmakt. Här drogs allt ihop och alla visste vad som gällde och vad som var sagt.*

> *Jag har kämpat så länge och träffat så många olika människor som tycker så olika. Det blir så splittrat och jag blev splittrad.*

Jag fick mycket stöd i mina kontakter med Försäkringskassa och Vårdcentral. Det ledde till att jag vågade berätta hur jag mådde och hur jag hade det och att även de började lyssna på mig.

Utsagorna ger en bild av hur deltagarna upplevt sina kontakter med myndigheterna innan de började utbildningen. Man kan tänka sig att Coachen haft en stor betydelse för dessa personer. Som följt med och varit stödjande, som sammanfört de myndighetspersoner som har haft makten över personens liv. Många människor behöver ett sådant stöd en period tills de har en sådan stark egenmakt att de själva kan klara situationen.

Jag tänker att människorna i Trosam samverkade med mig. Det har jag aldrig känt tidigare.

En intressant utsaga är den ovan. Att bli samverkad med, att andra samverkar med mig, det måste vara stort.

DISKUSSION OM SAMVERKAN

Mellan LSG (med något undantag) och Projektledaren har samarbetet fungerat dåligt. Vad detta beror på kan jag inte ha synpunkter på men jag kan bara konstatera att så har varit fallet.

I projektarbetsgruppen verkar samverkan ha fungerat bättre och bättre. Alla var inte representerade här det första året men i och med AFs inträde i gruppen har arbetet tagit bättre fart. Alla har inte kunnat delta på alla träffar men i det stora hela har det fungerat. Med en tydligare prioritering från arbetsgivarhåll kan denna samverkan bara bli bättre.

Samverkan mellan Projektet och övriga verksamheter har fungerat men behöver utvecklas. En tydligare kommunikation och återkoppling är nödvändig.

Inom Projektet har samverkan fungerat mycket bra. Om detta råder en samstämmighet. Att få så många personer med olika professioner och synsätt att samverka är i sig en bedrift.

Sist men inte minst har en god samverkan med deltagarna blivit tydlig. Här har flera aktörer och tjänstemän formulerat gemensamma mål med deltagaren och med gemensam kraft och styrka arbetat mot dessa.

Yrkesgrupper i en samarbetssituation behöver enligt nationella och internationella studier

- veta **varför** man ska samarbete
- arbeta efter klara, enkla, uppnåeliga mål
- ges möjlighet att se konkreta resultat av sitt samarbete

Detta för att samarbetet inte ska bli ett mål i sig, vilket riskerar att misslyckas.

De faktorer som tycks skapa problem i samarbetet mellan och inom organisationer kan sorteras in i tre grupper:

- de som rör den egna yrkesrollen
- de som rör förhållandet mellan yrkesgrupperna
- de som rör den organisatoriska hemvisten

Kärnan tycks vara frågor om den egna yrkesrollens kompetens och ansvar gentemot andra yrkesgrupper. Till detta kommer regelverk inom olika fält. De kanske viktigaste faktorerna i arbetet med att nå en fungerande Samverkan kan sammanfattas enligt följande;

- Respekt för varandras uppdrag
- Respekt för varandras yrkesroller
- Kommunikation
- Styrning
- Formella system kontra innovativ utveckling (inbyggd konflikt)

En grundförutsättning är att det finns en tydligt uttalad respekt för varandras uppdrag och för varandras yrkesroller. Man måste i någon mening exkludera sig själv och sin egen insats samtidigt som man ser sig själv och sin insats som likvärdig sina samverkanspartners. Så länge jag tänker att bara andra gör som jag så skulle allt bli bra, får det konsekvensen att samverkan motverkas. Om jag tvärtom är öppen för andras kompetenser och förmågor ökar chansen för en god samverkan. För den hjälpsökande blir detta helt avgörande.

Genom att kommunicera med varandra, kanske befinna sig i samma lokaler, kan man överbrygga de inbyggda hinder som finns. Ett flertal forskare (Dewey 1966, Vygotsky 1962, Freire 1972) lyfter fram dialogens betydelse för vår förståelse av de sammanhang vi lever i. Freire (1972) menar att idealt sett förutsätts båda parter motivera sina åsikter i diskussionen och fatta gemensamma beslut på grundval av vad de gemensamt kommer fram till. Detta betyder inte att t.ex. läraren behöver bortse från sina fackkunskaper men att studenternas erfarenheter och tankar måste mötas med största respekt.

Boklund (1995) menar att definitionerna av samarbete som form och som innehåll inte är tillräckliga när man försöker förstå vad som sker i samarbetssituationen mellan olika yrkesgrupper. Olika yrkesgrupper har olika utbildningar och identiteter som utvecklats via yrkessocialisering vilket visar sig bland annat i språket. Dessa yrkesgrupper möts och talar om något som de har eller önskar göra gemensamt, men att de kanske ger orden olika betydelser är inte alltid uppenbart. Därför krävs förståelse för varandras språk, eller att man har ett gemensamt språk som alla parter behärskar. Boklund refererar här till Wiig som visar hur olika yrkesgrupper kan vara överens om en viss uppgift, samtidigt som de ser den ur olika perspektiv och ger mål - och metodformuleringar olika innebörder. På ytan är man överens, men vars och ens *handlande* styrs av den egna tolkningen som man lärt via utbildning och socialisering inom den egna verksamheten. Detta ”consensus”-förhållande döljer då det rätta förhållandet, att

- samverkan mellan olikheter inte löses genom att olikheterna görs mindre
- samverkan mellan ”likheter” inte leder till kompetens- eller kunskapsutveckling
- om inte olikheterna bejakas hämmas *både* specifika som kollektiva möjligheter

För att kunna samarbeta, och verkligen uppnå gemensamma handlingar, krävs förutom en viss form eller ett visst innehåll, en kollektiv kompetens enligt Wiig, där olikheterna t.ex. i varandras språk blottläggs.

Boklund menar vidare att olika teoretiska utgångspunkter leder till olika sätt att se på ett fenomen. Dock finns inom olika ämnesområden latenta antaganden om verkligheten och människans natur. När dessa antaganden är dolda eller outtalade leder de till att de vävs samman med, eller är

förenade med, den enskilda personens ideologiska hemvist och sociala position. Definitioner av sociala problem rymmer en mängd sådana dolda antaganden.

De olika utbildningar som olika yrkesgrupper genomgår kan genomsyras av olika vetenskaps-teoretiska grundantaganden, och i sin tur leda till ifrågasättande grupperna emellan och t.ex. upplevelse av nedvärdering hos dem som har ”lägre” utbildning eller ingen alls.

Olikheterna i språket hänger samman med den enskilde personens ideologiska hemvist och sociala position. Detta vävs samman med teoretiska grundantaganden när man t.ex. diskuterar ett problem. Det finns dock ett gap mellan kunskaper förmedlade via utbildning och tillämpad kunskap i praktiskt arbete. Arbetet utförs delvis på andra grundvalar än den teoretiska kunskapsbasen. För att kunna förklara hur en specifik yrkeskompetens är inbakad i praktiken, och hur kompetensen används utifrån förutsättningar och situation, behövs andra kunskapsbegrepp, t.ex. reflekterande kunskap. Detta innebär att skillnaderna mellan olika yrkesgrupper egentligen inte behöver vara så stor, då själva situationen kan vara styrande för deras handlande och bedömningar.

ORGANISATIONSMODELL

Sammantaget ser jag att många efterfrågar en enhet eller en modell som kan fylla de behov man anser att TROSAM har fyllt. Detta måste ju organiseras på något sätt. Projektarbetsgruppen har i sin sammanställning punktat upp ett antal olika modeller för hur detta skulle kunna se ut.

I processen med utvärderingen har jag sakta men säkert kunnat skönja ett mönster. De flesta menar att behovet av en samverkansenhet finns och att man inom en flexibel sådan kan möta väldigt många målgrupper. Man anser alltså att den är generaliserbar.

De argument som jag har tagit fasta på är följande utsagor i utvärderingen;

- behovet finns i kommunen
- vi går mot sämre tider
- tillsammans kan vi möta människor på ett bättre sätt
- det är snabbare och effektivare att samverka
- våra samlade kompetenser är en styrka
- vi vill samverka på tjänstemannanivå
- människor ska inte behöva snurra runt i systemet

De aktörer som idag varit involverade i TROSAM bör vara det i en framtid. Några till behöver bjudas in som t.ex. drogterapeut, socialpsykiatri och psykiatri.

En coach 100 % är nödvändig och en administratör på åtminstone 50 %. Externa tjänster ses som nödvändiga även de, framför allt i syfte att inte tvingas till att bygga en fast och kostsam organisation som utvecklar egna behov av sin existens. I övrigt styr respektive huvudman tjänstgöringstid för sina medarbetare mot verksamheten. Denna tid kan variera beroende av målgrupp och kvantitet. Med fördel sker verksamheten i lokaler där de olika handläggarna finns den tid de har sin tjänstgöringstid i verksamheten. På sikt utvecklas ett vård-, behandlings och rehabiliteringsteam som kan agera kraftfullt.

Flexibiliteten att köpa in tjänster efter behov måste finnas kvar. Det är en bättre, effektivare och billigare modell än att ha fast anställda funktioner. Med fast riskerar man att begränsa möjligheter, kompetens och man skapar en behovsförskjutning, från individen till verksamheten.

Enheten kopplas starkare till både Rehabskelettet och till Verksam. Rehabskelettet utgör modell runt omkring verksamheten medan Verksam får en tydligare roll inom verksamheten och även efter. Deltagare kan starta inom Verksam redan efter en kort tid och kan å den andra sidan hänga kvar i verksamheten längre tid om så krävs. Rehabkoordinatorn måste få en tydligare roll och fortsatt stå för inskrivningarna. Dock måste alla passera den vägen.En tydlig koppling till och samverkan med företagarring och arbetsgivare utvecklas.

Ett rullande intag kan vara ett alternativ, inte minst för att förhindra pucklar i handläggarnas arbetssituation. Föreläsningar och aktiviteter kan ligga rullande så att alla kan tillgodogöra sig det de vill och behöver.

Efter projekttidens slut ska programmet integreras i befintliga verksamheter. Under projekttiden kommer därför gemensamma och tvärprofessionella utbildningsinsatser att genomföras. Utbildningen kommer att fokuseras på kognitiv inriktning.

Ovanstående står att läsa i Projektansökan till RAR. Då var det inte tal om annat än att utbildningen skulle integreras, man säger däremot inte hur denna integration ska gå till. Om denna ambition har förändrats under projekttiden är det något som hänt utanför den grupp av människor som jag har intervjuat i min utvärdering.

SAMMANFATTANDE DISKUSSION

METODPROBLEM

Ett problem har varit att genomföra utvärderingen inom den tidsram, som var planerat. Dels p.g.a. den komplexitet Projektet och dess innehåll rymmer inom och dels på grund av att så många har synpunkter på Projektet. Trosa är en liten ort och många i samhället har uppfattningar som de tycker är viktiga. Vid den första dragningen framkom just att några personer som varit involverade i Projektet inte tyckte att deras åsikter kommit med. En uppfattning som nu utvecklade sig var att jag som utvärderare inte förhöll mig objektiv och att jag medvetet undanhöll negativa bilder av Projektet. Min första reaktion på denna kritik var att lämna uppdraget men jag ändrade mig efter att ha diskuterat med vänner och kollegor. Det var kanske snarare så att personer i och runt Projektet hade behov av att färga utvärderingen utifrån sina behov.

Den andra stora svårigheten, som hänger samman med den första, har varit att det finns meningsskiljaktigheter och personliga motsättningar mellan de inblandade parterna. Det är kanske inte så ovanligt i sig men det tog tid för mig att förhålla mig till dessa. Min strategi har varit att om möjligt vara ännu tydligare med de olika perspektiven i utsagor och uppfattningar om projektet. Faktum är att det generellt sett är övervägande positiva uppfattningar om Trosam men att det självklart finns ifrågandesättande röster och även rent negativa. Kanske har jag i rapporten tryckt ”för” mycket på just dessa för att balansera diskussionen. En ambition är ju trots allt att beskriva Trosam på ett sätt som alla kan enas runt. Det borde vara det enda sättet att gynna en framtida samverkan och implementering.

Den kommunikation som har varit mellan framför allt LSG och Projektledaren är inte en kommunikation som bygger upp en god samverkan. Trots detta har Projektledaren, dels med egen kraft, men framför allt tack vare en god samverkan på Handläggar- och Personalnivå dragit Projektet i hamn. Hur man upplever projektet och dess resultat på den nivån framgår tydligt i ovanstående redovisning.

Vi har också konstaterat att det varit svårt att avgränsa materialet. Informationsmängden blir stor vid denna typ av utvärdering. Det är dock nödvändigt att balansera det kvalitativa innehållet med den mängd data som redan fanns dokumenterad. Egentligen är kanske inte mängden data svår att hantera i sig. Ett problem är snarare när man inte från början har haft en linje i inhämtandet av data. Det är alltför vanligt i projekt att man ändrar dokumentationssystem under tiden vilket får konsekvensen att dokumentationen dels blir svår att sammanställa på ett enhetligt sätt och dels blir svår att jämföra över tid. Detta borde vara en uppgift för RAR, att ytterligare utveckla system för utvärdering och att skapa system för den löpande dokumentationen.

Relialibiteten, eller tillförlitligheten, i studien får betraktas som hög. Intervjupersonernas uppfattningar redovisas och analyseras utifrån en vedertagen metod. Motsatta uppfattningar har inhämtats då intervjugruppen trots lottning inte var representativ. Statistiken är för det första hämtad från RARs databas men även från självskattningar. Redan i projektansökningarna står det klart och tydligt formulerat att självskattningsmetoden ska användas.

Validiteten, eller värdet i rapporten, måste även den betraktas som hög. Rapporten behandlar huvudsakligen avgränsningar och frågeställningar som beskrevs i början av rapporten och som låg till grund för uppdraget.

Rapporten säger däremot ingenting om vilka uppfattningar de deltagare som avbrutit Projekt TROSAM i förtid har. Det vore förvisso intressant att väga in deras synpunkter i sammanhanget, men det kräver en studie i sig. Gruppen är dessutom liten i förhållande till de nu tillfrågade så det generella resultatet skulle inte förändras.

HELHETSPERSPEKTIV

Ser jag symptomen och försöker åtgärda dessa eller försöker jag sätta in dessa i ett sammanhang och möta helheten?

Väljer jag det senare får jag snart en vidare syn och en mer rättvisande bild av den människa jag har till uppdrag att hjälpa. Jag får samtidigt en ökad förståelse för andra delar i hennes livssituation, inte bara symptomet. Med kunskaper om bakgrund, vilket sammanhang hon lever i, vilka hinder hon har och vilka tillgångar/resurser hon bär på kan jag möta henne effektivare och mer ärligt. Jag ser hela henne och inte bara problemet/diagnosen.

Om jag dessutom släpper öppnar mig för andra teoribildningar än de jag häller för sanna kommer jag per automatik att se att andra metoder kan vara verkningsfulla.

FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Ser jag individen som ett problem (patogenes) eller ser jag henne som en resurs och en tillgång (salutogenes)?

Som läsaren förstår får mitt förhållningssätt avgörande betydelse för hur en process kan komma att utveckla sig. Möter jag henne som ett problem får det konsekvenser i det samarbete som måste till. Frågan är om man över huvud taget når ett samarbete eller den allians som är nödvändig.

Om jag i stället väljer att se de resurser och tillgångar som finns i henne kan ett genuint möte uppstå. Genom att uppmuntra dessa *hälsobringande faktorer* hos henne sker ofta en konstruktiv utveckling. Den så viktiga alliansen blir grunden i denna utveckling. Ganska snabbt förstår man vilken effekt ett salutogent förhållningssätt har. I takt med att den hjälpsökande får nya positiva bilder av sig själv får hon också en annan attityd till sig själv och sin omgivning. Interaktionen med omgivningen blir mer positiv vilket i sin tur gör att hon blir mer mottagliga till förändring.

> "Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit att de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga (begriplighet), de resurser som krävs för att man ska kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga (hanterbarhet), och dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang (meningsfullhet)." (Antonovsky, 1991, s 41)

Om jag dessutom tror att hon själv äger både sina problem och sina lösningar kan vi tillsammans stärka den egenmakt hon behöver för att förändra sitt liv. Vi formulerar mål, förutsättningar, process och även resultaten tillsammans. En stärkt egenmakt (empowerment) anses av många vara vägen fram för individer i olika form av utanförskap.

Om vi inte prioriterar utveckling av egenmakt är risken att samhällets insatser (läs våra egna) motverkar sitt syfte och i stället skapar en "hjälplöshetens onda cirkel" och en situation präglad av vanmakt för individen som, trots de bästa intentioner, snarast kan uppleva sig kränkt och stigmatiserad.

Några faktorer som kan leda fram till känslan av maktlöshet är:

- Objektifiering till följd av att människor förnekas rätten att sitta vid ratten i sitt eget liv. Samhällelig institutionalisering skapar en "inlärd hjälplöshet".
- Marginalisering skapas ur en känsla av att inte vara behövd, ett utanförskap och främlingsskapande.
- Paternalisering syftar på att bli "klappad på huvudet" och reducerad till "den andre".
- Individualisering syftar på att systemfel hamnar på individen, som skambeläggs. (Nilsson&Wadeskog 2008, Bättre stämma i bäcken än i ån.)

Vi behöver titta närmare på hur vi kan undvika de mekanismer som leder till en marginalisering av människor och mer titta på hur vi skapar inkluderande mekanismer i samhället menar Nilsson&Wadeskog vidare.

Några faktorer bakom marginalisering som de nämner är stuprörstänkande, revir- och perspektivkamp, kortsiktighet, kostnadstänkande, en känsla av maktlöshet och inlärd hjälplöshet hos individen, fokus på symptomhantering, hierarkier och linjärt tänkande.

Faktorer bakom inkludering kan vara att man arbetar med samverkan och en helhetssyn, långsiktighet och ett investeringstänkande, delaktighet - egenmakt och, inte minst, systemorsakerna måste tacklas.

Problemet är bara att professionerna ofta bara ser sin bit, men missar helheten, och många drar åt olika håll. Individen uppfattas och behandlas också ofta som ett ”individproblem”.

Projektet, dess innehåll och dess medarbetare har bidragit till att majoriteten av deltagarna har funnit en känsla av Sammanhang. Konsekvensen av det citat som hänvisar till Antonovsky är metoden KASAM. Tillvaron har för många deltagare blivit begriplig, hanterbar och meningsfull. Detta har lett till att deltagarna fångat makten över sitt eget liv och nu är inne i en utveckling som inte verkar stanna av trots att projektet gjort det. Begripligheten ligger dels på en fysisk nivå vad gäller att förstå och hantera sin smärta, dels på en psykologisk nivå vad det gäller att förstå sina egna hindrande strategier både på en känslomässig och på en tankemässig nivå. Hanterbarheten kan beskrivas i hur personerna väljer att gå vidare och med vilka val de gör framåt. Dessutom kan deras nya förhållningssätt visa att tillvaron plötsligt har blivit hanterbar. Meningsfullheten slutligen beskrivs bäst av den framtidstro många ger uttryck för.

ANSTÄLLNINGSBARHET

Ett, för mig, nytt begrepp är *anställningsbarhet.* Begreppet uttrycks inte i målsättningar men används i olika sammanhang. Jag har mött det i mina intervjuer och samtal med inblandade i projektet. Som jag tolkar ordet betyder det att man står redo för att gå in på arbetsmarknaden och att man därmed är redo för att ta ansvar för sin egen försörjning. Man är inte längre bidragsberoende utifrån några personliga hinder eller funktionshinder. Man är inte beroende av olika åtgärder som FK, Kommun eller AF har att erbjuda utifrån att man fysiskt, psykiskt eller socialt är hindrad att ta en anställning.

Som redovisats ovan har många redan fått anställningar, börjat studera, är inne i arbetsprövningar osv. Tyvärr har inte alla i de senare grupperna fått samma chans att utveckla sig genom t.ex. arbetsprövningar men jag tror att just anställningsbarheten finns i den gruppen också.

OMGESTALTNING

TROSAM kan inte påverka det arbetsmarknadspolitiska läget i kommunen. Det är heller inte deras uppgift. Man kan emellertid tolka det som att verksamheten väcker ett hopp hos många och att de själva börjar ta tag i sitt liv på olika sätt. Ett sätt kan vara att börja tro på sig själv och fundera över sysselsättning eller utbildning. Intervjupersonerna har tagit sig ur den maktlöshet som den primära krisen föranlett, och det i sig är ett steg på rätt väg.

När intervjupersonerna beskriver sitt psykiska mående förstår man att tiden innan TROSAM måste ha varit en svår period i livet för dem. Man uttrycker att man känt ångest, skam, ilska och kanske framför allt maktlöshet. Flera personer i gruppen var på väg att ge upp och beskriver att de tappat livslusten och tron på att de skulle kunna få hjälp. Idag ger de uttryck för något helt annat.

Man förstår att livssituationen omgestaltats i någon mening för alla i intervjugruppen och för många som deltagit i TROSAM. De har tagit sig ur de i många fall mycket långa kristillstånden. Några uttrycker att de känns lugnare och att man mår bättre. Ökad självkänsla och en ny framtidstro nämns också. Begreppet livskvalité har ett subjektivt värde, dvs. människor lägger olika värdering i ordet. Min tolkning är sammantaget att samtliga intervjupersoner och de allra flesta av deltagarna, med några undantag, upplever en ökad livskvalité idag. Jag grundar det på den skillnad som framgår i utsagor om hur det var då och hur det är nu. Även de olika självskattningar som redovisas och övriga utsagor stödjer denna slutsats. Även omgivningens utsagor bekräftar detta, med några undantag.

Morén (1992) talar om två olika perspektiv i socialt arbete, anpassande åtgärder och omgestaltning. Han menar att dessa perspektiv, eller mål om man så vill, kräver olika förhållningssätt, förutsättningar och även metoder. Det allra svåraste i socialt arbete är just balansakten mellan dessa två förhållningssätt, menar han. Personalen på TROSAM är befriade ifrån denna balansakt, vilket har gett dem möjlighet att enbart arbeta med det Morén kallar för omgestaltning, med de förhållningssätt och metoder som just det kräver. Placerande handläggare har gjort både och men har balanserat åtgärd – omgestaltning på ett professionellt sätt. De ser möjligheterna och hoppas på en fortsatt Samverkan med varandra och med stöd av en form av TROSAM.

Revstedt (2002) menar att en akut kris kan leda till ”latent motivation”. Den latent motiverade har svårt att själv finna sin kärna till motivation och känner i regel hopplöshet och maktlöshet inför situationen. Om klienten nu får tillgång till en motiverad behandlare så uppstår idealt en motivationsrelation som är utvecklande. Motivationen blir nu ”manifest” och energi till lösningar av problemen skapas.

Några utsagor visar också personalens flexibilitet och genuina vilja att hitta lösningar. Man förstår att TROSAM inte har suttit fast i konventioner om hur psykosocialt behandlingsarbete skall bedrivas utan att man anpassar metoder utifrån den hjälpsökandes behov och förutsättningar.

Morén (1992) menar att omgestaltande insatser inte får vara problemorienterade då det kan bli både destruktivt och mystifierande. Om man går in i en behandlingsrelation i syfte att förändra den avvikandes beteende intar man ett objektperspektiv som i sig är dömt att misslyckas. Detta förhållningssätt leder till distans och en vi och de - syn och har en utgångspunkt i att det finns rätt och fel.

Morén (1996) talar om fyra bärande principer för den ”goda relationen” i socialt arbete; professionell närhet, respektfullhet, ömsesidighet och icke - moraliserande. Jag uppfattar det som att TROSAM haft förutsättningarna, och dessutom valt att arbeta utifrån dessa principer.

SYFTET MED UTVÄRDERINGEN

Jag vill här diskutera i vilken mening syftet med utvärderingen har uppnåtts. Syftet formulerades så här i samband att uppdraget avtalades.

- Redovisa ett underlag för diskussion och reflektion kring verksamheten.
- Skaffa underlag för diskussion om verksamhetens framtid.
- Sammanställa olika intressenters upplevelser av verksamheten.
- Redovisa ekonomiskt utfall

Den första punkten;

- Redovisa ett underlag för diskussion och reflektion kring verksamheten.

Rapporten ger underlag till diskussioner av olika karaktär. Definitivt kring själva verksamheten. Tillsammans projektarbetsgruppens och projektledarens rapporter ger utvärderingen en så samlad

bild som är rimligt att förvänta sig. Rapporten ger dessutom ett underlag för diskussion om samverkan. Syftet får anses vara uppnått.

Den andra punkten;

- Skaffa underlag för diskussion om verksamhetens framtid.

I ljuset av de erfarenheter projektet gjort kan en diskussion om verksamhetens framtid diskuteras. Intressant är de skillnader som uppvisas i resultatet mellan de första grupperna och de sista. Även de kritiska synpunkter som framkommer kan användas i diskussioner om verksamhetens framtid. Framför allt kan en utgångspunkt tas i de många goda exempel som redovisas.

Den tredje punkten;

- Sammanställa olika intressenters upplevelser av verksamheten.

Utifrån den både breda och djupa sammanställning som redovisas ovan kan mer generella slutsatser dras. Enskilda utsagor kan noteras och diskuteras i formandet av innehållet i en framtid verksamhet – inte som argument huruvida verksamheten ska implementeras eller ej.

Den fjärde och sista punkten:

- Redovisa ekonomiskt utfall

Redovisning av det ekonomiska utfallet redovisas i rapporten. Till detta biläggs en diskussion av mer socioekonomisk karaktär i syfte att även lyfta den ekonomiska diskussionen från en organisatorisk nivå till en samhällelig. Båda aspekterna är viktiga att ta hänsyn till och redovisade schabloner kan kanske fördjupa diskussioner kring samverkan. Redan en diskussion om vem som är vinnare och vem som är förlorare i en samverkan ger konstruktiva diskussioner.

FRÅGESTÄLLNINGAR

- Är verksamheten kostnadseffektiv i en permanentad form?
- Vad har verksamheten inneburit för deltagarna?
- Hur har samverkan mellan de olika huvudmännen fungerat?
- Vilka utvecklingsfrågor finns om verksamheten ska permanentas?
- Hur ser de olika intressenterna på verksamheten och dess resultat?

- Är verksamheten kostnadseffektiv i en permanentad form?

Frågan är inte besvarad fullt ut inom ramen för utvärderingen. Man kan däremot konstatera att projektet har varit kostnadseffektivt då det, åtminstone med Finansdepartementets beräkningsschabloner har betalat sig självt. För varje enskild individ som blir självförsörjande tjänar samhället i stort ca 300 000 Kr. Jag påstår inte att kommunen gör det men jag inbillar mig att ökade

skatteintäkter och ökad konsumtion gagnar även kommunen. Man har dessutom vunnit en person som tillför samhället av sin kreativitet i stället för att belasta detsamma.

Om en verksamhet av TROSAMs karaktär kommer att bli kostnadseffektiv i en permanentad form beror helt och fullt på hur den bedrivs. Kostnaden behöver inte ligga på samma nivå som projektet gjort utan kan förmodligen göras billigare. Genom att implementera mycket av det som ska göras i redan befintliga tjänster kan kostnaderna hållas på en rimlig nivå. Vissa av kostnaderna för externa tjänster kan på detta sätt minskas. Genom att fördela de kostnader som trots allt finns kvar, coach, lokaler, drift och externa tjänster på de olika huvudmännen behöver inte någon spränga sin redan ansträngda budget.

Även om den permanentade verksamheten skulle drivas på samma kostnadsnivå som nu skulle den vara kostnadseffektiv även med ett sämre resultat än det som projektet presterat.

- Vad har verksamheten inneburit för deltagarna?

Jag tror att det med tydlighet framgår i rapporten vad verksamheten har haft för betydelse för deltagarna. Att återigen upprepa detta känns överflödigt. Detta syfte kan konstateras vara uppnått.

- Hur har samverkan mellan de olika huvudmännen fungerat?

Rapporten pekar på både fungerande delar och brister i den nuvarande samverkan som varit. Just samverkan är kanske ett av de områden som behöver prioriteras under nästa syfte. Samverkan är inte lätt att nå då det finns många inbyggda krafter i värt system som motverkar. Kanske kan RAR ta ansvar för att initiera utbildning och senare fortbildning och handledning i syfte att främja samverkan?

- Vilka utvecklingsfrågor finns om verksamheten ska permanentas?

I rapporten presenteras många utvecklingsfrågor men på olika ställen. Jag kan här räkna upp några av dessa;

  - Samverkan behöver utvecklas på framför allt de högre nivåerna
  - Utrymme behöver skapas med tydlighet till de tjänstemän och handläggare som blir direkt berörda
  - Hur LSG ska ge både styrning och stöd till verksamheten behöver tydliggöras
  - Konsekvenser på en mer professionell nivå bör diskuteras för att arbetet ska kunna fungera
  - Inskrivningsrutiner måste utvecklas och finslipas
  - Administrativa uppgifter måste förtydligas och skötas löpande
  - Målgrupper bör definieras
  - Organisation och finansiering måste beslutas
  - En delegationsordning bör upprättas där det tydligt framgår vilka befogenheter verksamheten har

- Hur ser de olika intressenterna på verksamheten och dess resultat?

De olika intressenternas uppfattningar framgår med tydlighet i rapporten.

Min bedömning är att livskvalitén ökad för de personer som vi intervjuat. Att mäta detta är inte enkelt men om man läser analysen av intervjuerna framgår ändå att det skett en förändring i positiv riktning för de flesta.

När intervjupersonerna beskriver sitt psykiska mående förstår man att det måste varit en jobbig period för dom. Man uttrycker att man känt ångest, skam, ilska och kanske framför allt maktlöshet. För de som levde i familj mådde hela systemet dåligt och var splittrat. Flera personer i gruppen var på väg att ge upp och beskriver att de tappat livslusten. Uppgifterna är väldigt starka och samstämmiga. Vid analysarbetet tillsammans med personalen på TROSAM blev de lite skärrade över tyngden i ovanstående citat. De hade inte uppfattat läget såpass allvarligt hos sina klienter, kanske beror detta på att klienterna inte vågat eller kunnat beskriva sin situation och sitt mående så tydligt.

SLUTORD

Min ambition med utvärderingen har varit att få fram och redovisa olika uppfattningar om Projektet, dess innehåll och dess relationer till omgivningen. En viktig frågeställning för mig har varit; finns samstämmiga uppfattningar och finns det avvikande? Genom att fråga inblandade parter får man snart en tydlig bild och jag tror att jag med mitt utifrånperspektiv får en mer nyanserad bild än vad någon annan egentligen kan ha. Jag har ju inga personliga intressen i Projektet, mitt intresse ligger just i att ge en nyanserad bild. Det är s.a.s. mitt perspektiv.

Om jag har en stark koppling positiv till Projektet vill jag automatiskt föra fram och även höra positiva omdömen om detsamma. Jag kanske inte vill lyssna på negativa åsikter utan förkastar dessa. Om jag å den andra sidan har en negativ hållning till Projektet eller det som verksamheten representerar har jag förmodligen svårt att ta till mig positiva omdömen. Att reagera på det här sättet är mänskligt för vi är i grunden inte särskilt förändringsbenägna utan håller in i det sista fast vid våra egna föreställningar och tolkningar om hur det är.

Om jag lyckas ge en bild som är nyanserad i den meningen att olika perspektiv kommer fram i texten har jag lyckats. Om jag ger en ensidig bild som grundar sig på att jag medvetet undanhåller motsatta åsikter har jag misslyckats. Jag har färgats och blivit alltför ensidig i min beskrivning.

Uppfattningarna om Projekt Trosam är ungefär lika många som det finns invånare i Trosa Kommun. Alla vill dessutom att just deras uppfattning eller åsikt ska vara den som sänker alternativt höjer värdet av Projektets insats. Trots detta framträder en samstämmig bild av hur projektet uppfattas. Det går inte att ifrågasätta den tyngd som det samlade resultatet visar.

För att ge en så nyanserad som möjligt inom ramen för utvärderingen har jag intervjuat deltagare, projektledare, projektarbetsgrupp, medarbetare, handläggare i samtliga berörda organisationer. Jag har träffat LSG - gruppen vid ett par tillfällen. Jag har dessutom, som läsaren redan förstått, tagit del av dokumentation, utvärderingar och skattningar som har genomförts så här långt och även dubbelkollat en hel del statistik. I slutskedet fick jag hjälp att göra en rundringning till samtliga deltagare för att säkerställa uppgifter om försörjning före och efter projektet.

När jag intervjuat olika intressenter i Projektet framkommer både ros och ris. De positiva utsagorna kan man ta med sig in i framtiden och veta att processen har varit lyckad. Vid en eventuell implementering eller integrering kan man utifrån de goda exemplen gå vidare. De negativa åsikterna kan man använda i ett utvecklingsperspektiv och förändra det som behöver förändras. Man bör ta den negativa kritiken på fullt allvar även om man är i grunden positiv till verksamheten. Tvärtom måste man göra detsamma om man har en motsatt position, man tar till sig de positiva omdömena även om man är i grunden negativ eller ifrågasättande. I en samverkan är denna hållning ett

grundelement. Om man kan förhålla sig på ett kritiskt sätt, inte minst till sig själv, skapar man ett utrymme för dialog vilket i sig är verktyget för att utveckla en samverkan.

Trosa den 11 november 2008-11-11

_____

Björn Bolin

REFERENSER

Molander, B.

Vetenskapsfilosofi. Thales, 1988.

Morén, S.

Förändringens gestalt, om villkoren för mänskligt bistånd. Publica, Stockholm, 1992.

Morén, S.

Att utvärdera socialt arbete. Publica, Stockholm, 1996.

Patton, M.Q.

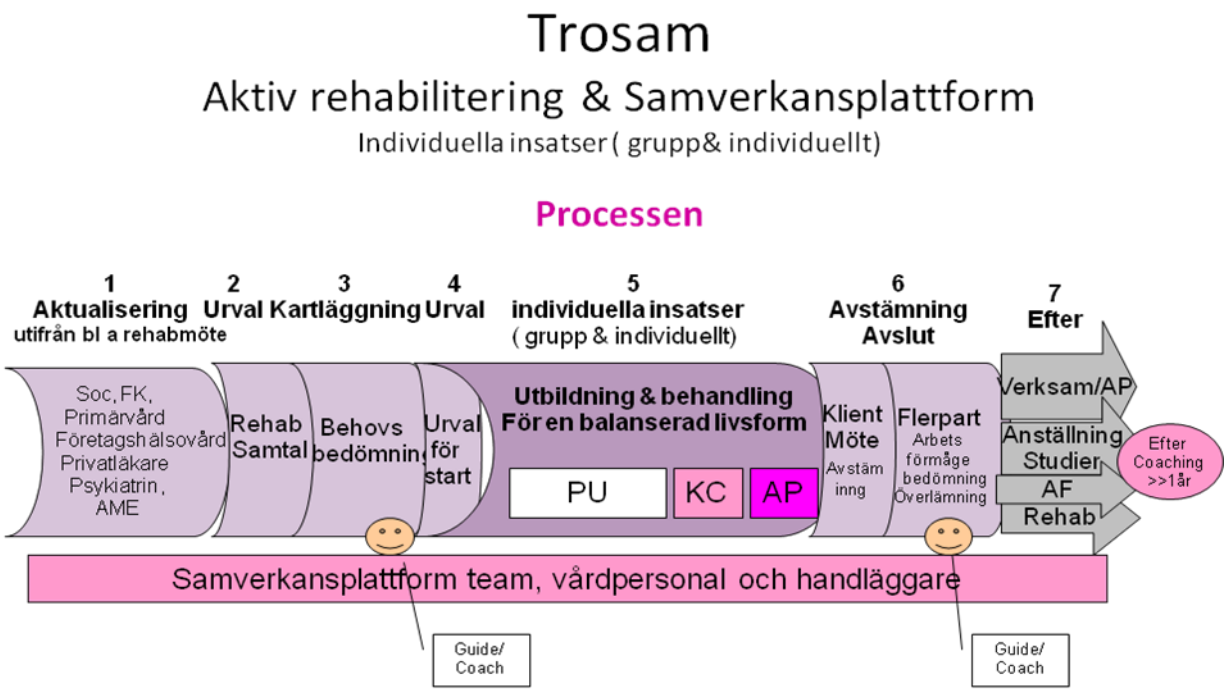
Utilization Focused Evaluation. SAGE Publications Inc, California / USA, 1986.

Revstedt, P.

Motivationsarbete. Liber, 2002.

Nilsson, I. & Wadeskog, A. *Individen i centrum, Det är bättre att stämma i bäcken än i ån.* Skandia Försäkringsaktiebolag 2008

Bilaga 3



Genomgripande utveckling för långsiktigt hållbar förändrad livsform, hälsa och egen försörjning

Trosam

Genomgripande utveckling för förändrad livsform med långsiktigt hållbarhet

1 Aktualisering

2 Urval

1 Aktualisering

Handläggare alt vårdpersonal bedömer att individen behöver insatser för att utveckla hälsa, återskapa sin arbetsförmåga eller identifiera det som hindrar individen att upprätta/upprätthålla egen försörjning. Beredningen sker vid t ex ett rehabmöte.

Klienterna kommer från: Soc, Fk, Primärvård, Företagshälsovård, Privatläkarmottagning, Psykiatrin, AMC

Insatsen kan fungera som vård/rehabilitering för individen alternativt yrkesvägledning eller arbetsförmåge bedöming. I de fall då individen är sjuk och då inte är färdig medicinskt utredd, är läkarens utlåtande viktigt vid aktualisering samt samarbete med densamma under vägen

Orsak till aktualisering kan vara:

Behov av en förändrad livsform för bibehållen/utveckla hälsa och möjligheten till egen försörjning

Diagnoser såsom;

Panikångest, Ångest, Utmattningssyndrom, Depression, Behandlat missbruk, Fibromyalgi, Värk, högt blodtryck , eller andra diagnoser som kräver en förändrad livsform

Annat:

Svårt att få eller behålla jobb

Personlighetsproblematik

Nevrologiska hinder

Kommunikation, Attityd, Språkproblem

För Aktualisering vid sjukskrivning/ersättning behövs ett läkarbesök/möte för behovsbedömning och intyg för ersättning under rehabiliteringen. Viktigt att dessa beslut tas innan start!.

Samma ersättning hela vägen som vid uppstart.

2. Rehabsamtal

Rehabsamtal/flerpartsmöte

De parter som är inblandade i ärendet såsom FK, rehabkordinator, läkare, socialhandläggare alt AME/socialpsykiatri rehabansvarig på aktuellt företag.

Rehabkordinator har varit mottagare av anmälningar till projektet och är ofta en part på dessa sammankomster

Kommentar:

Bäst för rehabiliteringen är en Läkare kopplad till Trosam

Samma ersättning under hela processen är viktigt för fullt fokus på hälsoutveckling och återgång.

Trosam

Genomgripande utveckling för förändrad livsform
med långsiktigt hållbarhet

Kart läggning

Urval

3 Behovsbedömning

Förberedande samtal klient/handläggare

Informationsmöte i grupp för personer som är aktualiserade

Genom mötet har deltagaren fått en bred information som beslutsunderlag för deltagande.

Vid behov har mötet varit individuellt då deltagaren haft svårt att delta vid stora sammankomster.

Vid ett fåtal tillfällen har insatsen varit villkorad.

4 Urval för start **Samt Innehålls planering**

Prioriteringsformer som använts:

Rehabkordinator, Trosampersonal och anmälande part (te x FK, soc) går igenom de anmälda deltagarna för prioriteringar gällande gruppstart. De anmälande parterna har haft företräde på ett tilldelat antal platser. Delvis har även kö ordning varit underlag för prioritering. Deltagande noteras i journalen.

Vid sjukskrivning/ersättning: Innan start bedömning av läkare för ev sjukskrivning.

Under kursen bibehålls samma försörjningsform som vid inträdet

Kartläggning: enkät, djupintervju genomförs av utbildningsansvarig trosamguide/coach.

SUS/ Eurocol mätverktyg, mätning vid början och avslut

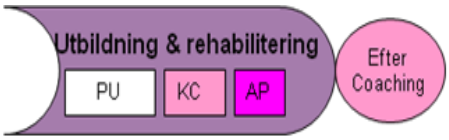
Innehålls planering

Planering grovt och delar av detaljerna i Kursupplägg formas utifrån grupp/individ/ diagnos behov

Kommentar:

När flera parter skall använda tjänsten bör kvotering användas. Tex att man har x antal platser tilldelat sig och sin organisation Därutöver gäller en kö för deltagande.

Mätinstrument som tydligare mäter hälsoutveckling/psykiska måendet på ett tydligare sätt(såsom tex SCL -90) är viktigt att ta in i modellen



Trosam

5 Utbildning

Trosams rehabutbildning spänner över hela processen, från rehabilitering för hälsoutveckling, genom yrkesprofil, karriär ccoaching, ny målsättning och delmål, till arbetsprövning och arbetsförmåge bedömning. Utbildningens mål är hälsoutveckling och egenförsörjning.

Detta förändringsarbete skapas genom ökad medvetenhet om min del i det som sker samt att genom utbildningen skapa sin egen formel för att genomföra framgångsrika handlingar och val, för en balanserad livsform. Målet är också att återgången och hälsoutvecklingen skall vara långsiktigt hållbar. Utbildningen är uppdelad i 4 olika delar enligt nedan. Deltagaren genomgår alla eller utvalda moment . Utbildningens innehåll och intensitet är individanpassad. Projektet har innehållt 4 gruppstarter sammanlagt 60 personer. Rehabiliteringen sker både i grupp och individuellt.

Personlig utveckling/ Behandling/ samtal/terapi

Jag utbildningen är ryggraden i rehabiliteringen där individen bit för bit skapar sin egen formel för balans i/mellan kropp, tanke, känsla, privatliv och arbete . Genom mötet med olika föreläsare, behandlare, personal, sig själva och kurskollegor ökas medvetenheten kring det egna Jaget. Med hjälp av "jag utbildningens" olika övningar arbetas den egna formeln för balans i livet fram bit för bit. Formeln omprövas under vägen och utvecklas i mötet med människor, händelser och uppgifter/arbete.

Föreläsningar/workshops och grupp/individuella övningar utgår från olika teman. Flera teman är förekommande i alla grupper, Andra teman väljs efter individens/ gruppens "nuläge", medvetenhet och mognad. Veckans schema har en bas med utbildningspass med olika innehåll samt gruppcoaching (för denna mål grupp med många år av sjukfrånvaro 3 dagar/v + individuella pass). Upplägget har en färdig struktur där det också finns ett stort utrymme för flexibilitet.

Moduler i utbildningen är bl a: Min kommunikation, Tankens kraft, Fullbordad kommunikation. Kreativitet. Tanke/Känsla/Aktion/Realktion, Balans & Livs Q. Självkänsla/självförtroende, fysisk aktivitet,/avspänning /kropp & kost/energi. Människans profiler. Mål & Möjligheter

Upplägget & kompletterande behandlingar utgår från utbildningsledarens bedömning med stöd av arbetsteamet (se nedan) samt i interaktion med klient och/eller grupp. En del deltagare deltar i alla moment och har gruppassen som sin ryggrad i utbildningen. Ett fåtal med svåra sjukdomshinder har individuella terapisamtal som ryggrad i sin utbildning och därutöver innehåller schemat för dessa, behandling samt ev delar av gruppaktiviteterna. Majoriteten av dessa går efter några veckor in i den stora gruppen. 58/60 har deltagit i någon del av gruppaktiviteterna.

För många varvas utbildningen med olika former av behandling/terapi utifrån medicinsk prioritering som teamet tillsammans med gruppledare bedömer:

Fysioterapi /behandling	Olika former av Medicinsk behandling såsom sjukgymnastik, naprapati samt Taktil.
Individuella samtal	KBT, KPT, Psykoterapi, EMDR, MI, Coaching
Teammöte:	Arbetsteamet möts varje vecka och består av en mix av olika medicinska och andra kompetenser som mött deltagaren såsom t ex; Fysioterapeut, psykoterapeut, kpt terapeut, utbildningsledare. Under senare delen av kursen (mot arbete) ingår även en coach i dessa möten. Utbildningsledare leder team mötet.

Trosam

Genomgripande utveckling för förändrad livsform med långsiktigt hållbarhet

Karriärcoaching

Vi skapar en ny yrkesprofil uppdaterad utifrån alla delar av individens kompetensområden.

Mål & Möjligheter samt handlingsplan och fortsatt personlig utveckling ingår också i detta moment

Arbetsprövning & PU

Arbetsprövning integrerat med personlig utveckling för ett balanserat förhållningssätt till arbetsuppgiften och vardagen.

Arbetsprövning sker på en reell arbetsplats som matchas utifrån kompetens och nuläge. Deltagaren och coach bildar ett team i denna process. Matchningen på flera plan är en av framgångsfaktorerna i denna fas. Majoriteten genomför en arbetsprövning på en reell arbetsplats som tas fram individuellt eller tilsammans i i teamet i profilverkstan.För en del deltagare har steg ett varit arbetsprövning på Trosam med en närmare coching för att utveckla ett sund förhållningssätt till arbetsuppgiften. Dessa arbetsuppgifter har då varit matchade utifrån individens handlingsplan och beteendemässiga utvecklings områden. Trädgårdsarbete, färg & form, vaktmästeri, administration har varit de oftast återkommande rollerna på Trosam. De flesta (i grupp 1 & 2) har hunnit med ett steg till inom projektet med en reell arbetsprövning ute på ett företag/organisation.

Efter coaching

Gruppträffar för att bibehålla sunda mönster och/eller fortsätta förändringsarbetet. 2h varannan vecka fram t o m ett år från kursstart. Mi och coaching är den mest förekommande arbetsmetod i detta moment. Ibland är det föreläsning.

Kommentar:

En integrering med Verksam vore att föredra för att korta process tiden alternativt att full arbetsprövning med rehabersättning kan ske inom Trosam. Detta för att få fler att nå hela vägen ut i arbete på genom en integrerad men kortare process.

Då regelverken ändrades efter halva projekttiden så blev det inte möjligt att arbetspröva mer än 15 dagar för grupp 3 och 4 varför arbetsprövning i 2 steg i projektet hindrades. Samtidigt uppstod kö till verksam varför flera fick avsluta arbetsprövningen och gå hem och vänta in sin plats på Verksam. Väntetiden blev då mellan 3-7 månader.

Fortsättning...

Trosam

Genomgripande utveckling för förändrad livsform med långsiktigt hållbarhet

Grundfundament för utbildningen
Perspektiv & Förhållningssätt

Innehållet med föreläsningar, samtal och behandlingar är en del av konceptet där vi delvis har ett flexibelt upplägg som "följer" individens nuläge

Perspektiv: En lika viktig del är perspektivet att process och lösning skall presenteras ur deltagaren. Innehållet matchas utifrån nuläge, medvetenhet och uttalade behov. Matchningen av behandlingen blir härmed mer "vältimad" och drivkraften att använda nya verktyg och kunskaper starkare. Deltagaren själv äger och driver härmed processen på ett kraftfullt sätt.

Förhållningssätt: Utöver detta så är ett genomtänkt förhållningssätt & bemötande i alla delar hos personalen en viktig ingrediens för att snabbare bygga det fundament som är en stor förutsättning för en kraftfullt förändringarbete. Detta plattformsbygge innefattas även den fysiska miljöns påverkan, estetiskt, ergonomiskt m m . Stor vikt läggs på det som mötet skapar. Mötet mellan deltagare, personal, miljö, kollegor i utbildningen m fl (se även trosam guide, nästa ruta).

Detta fundament skapar en god förutsättning för ett kraftfullt utvecklingsarbete och kortar processen.

Trosam Guide/coach

Varje deltagare har en **individuell coach/guide** från Trosam, främst som bollplank och ibland som stöd i den administration och de möten som behöver arrangeras kring deltagaren. Betänker vi vilka kognitions och t ex ångest hinder som uppstår hos människan vid flera av vår nutids diagnoser så är en guide i denna komplexa administration, för en del, nödvändig. Guiden/coachen blir också en bro i samverkansarbetet .

Denna guide/coach har en medicinsk/beteende kompetens samt kunskap om utbildningsmodellens innehåll, teorier och perspektiv. Guiden är bl a en viktig part för att arbeta fram den trygghet och tillit som ligger till grund för att förändringsprocessen skall starta och ge mod till eget ansvar. Hon/han leder gruppens övningar och blir därmed väl insatt i klientens ärende. Hon/han har även en grundläggande kunskap om de olika enheternas regelverk .

Vid behov deltar Trosam guide/coach vid möten för att stötta i att göra dialogen tydlig för de som deltar vid mötet inkl deltagaren. Trosamguidens roll är inte att föra fram deltagarens talan utan hjälpa alla deltagande parter att förstå de olika parternas situation och regelverk, samt skapa trygghet så att samtalet blir ärligt och sunt. Guiden/coachen deltar alltid i avstämningsmötet vid avslut

Ibland är mellanrummen gigantiska mellan de olika systemen varför Trosam guiden är viktig för kommunens invånare Den har ofta fått kliva in och stötta samverkansarbetet genom att förtydliga dialogen mellan klient, läkare och försäkringskassa.

Guiden/coachens roll är även att ge kraft till att reducera de hinder som ligger i vägen för utveckling/förändring. Hinder kan vara kognitiva, fysiska, emotionella eller praktiska

Trosam

6. Avslut - Avstämning

Klient
Möte
Avstäm
ning

Klientmöte

Samtal Trosam coach och deltagare
(Innan avstämningsmötet, avstämning med handledaren på arbetsprövningsplatsen)

- Hur ser nuläget ut.
- Hur fungerar arbetsprövningen
- Hur utvecklas hälsan av arbetsprövningen
- Vad är närmaste vägen mot arbete?
- Vad behöver framtiden innehålla för fortsatt hälsoutveckling?

Kontakt och bokning av möte med anmälande handläggare/läkare och/eller annan part såsom vårdpersonal eller facklig representant. Personal från Verksam deltar då den vägen bedöms kunna vara närmaste vägen till arbete.

Flerpart
Arbets
förmåge
bedömning
Överlämning

Avstämningsmöte

Med på mötet:
Handläggare från FK, SOC, AF klient, Trosam coach, vid behov Verksam.
Vid sjukskrivning/ersättning: **Läkare**
Vid behov: **Arbetsgivare, Fack**

Avstämningsmöten kan även bokas tidigare under utbildningen då behov av bedömning av t ex avbrott eller en sjukersättningsbedömning uppstår.
Vid slutavstämningsmötet är det bra om många perspektiv iakttas varför det är bra med bredd i kompetenser på detta möte, även då aktualisering ej är klar för respektive myndighet. Detta för att rätt beslut skall fattas och att förflyttning inte sker till annan enhet utifrån fel underlag
Vid avbrott under kursen sker ett avstämningsmöte med handläggare och ev läkare. De parter som ej deltar meddelas om avbrottet i brevform

Trosam

Samverkansplattform

Trosam Guide

Länk för dialogen då problem uppstått i kommunikation eller förståelse. Som inspiratör/ informatör för att inspirera deltagaren till egna kontakter och initiativ. Alternativt medverka i möten vid behov för att hjälpa dialogen till förståelse och ärliga möten

Team

Vårdpersonal och coacher som arbetat med gruppdeltagarna. Denna grupps innehåll har varierat utifrån vilka som haft tät kontakt med deltagarna. Av ekonomiska och praktiska skäl så har inte alla kontaktpersoner alltid kunnat varit närvarande i projektet/teammötet samma dag, varför gruppledaren/coachen då har fått samlat ihop information från desamma inför Team mötet

Handläggare, Vårdpersonal - Projektarbetsgrupp

Arbetsgruppen med handläggare och vårdpersonal har kontinuerligt arbetat med utvecklingsfrågor. Gruppen har haft 1,5 tim/ månad i projektet. Den tiden har använts till samtal och utveckling kring arbetsformer. Tid för samarbete kring ärenden har därmed varit kraftigt begränsad.

LSG

LSG möten 1 ggr per månad. Projektledaren har rapporterat om nuläget vid dessa månatliga möten.

Not: För en fullt ut fungerande samverkansplattform är en utökad handläggar tid och dialogform viktigt att utveckla. Kring de ärenden där samverkan har fungerat fullt ut, ser vi hur långt vi når och vilket brett beslutsunderlag som skapas. Då handläggar tid utöver ordinarie inte har funnits i projektet så har Trosam guiden täckt upp och skapat samverkan kring varje reellt ärende. Vårdpersonal har haft tid inlagd i projektet vilket har hjälpt handläggning och kunskapsöverföringen mellan projekt och vård, vård och projekt. Samverkansplattformen täcker även in privat och företagshälsovården i kommunen

Trosam

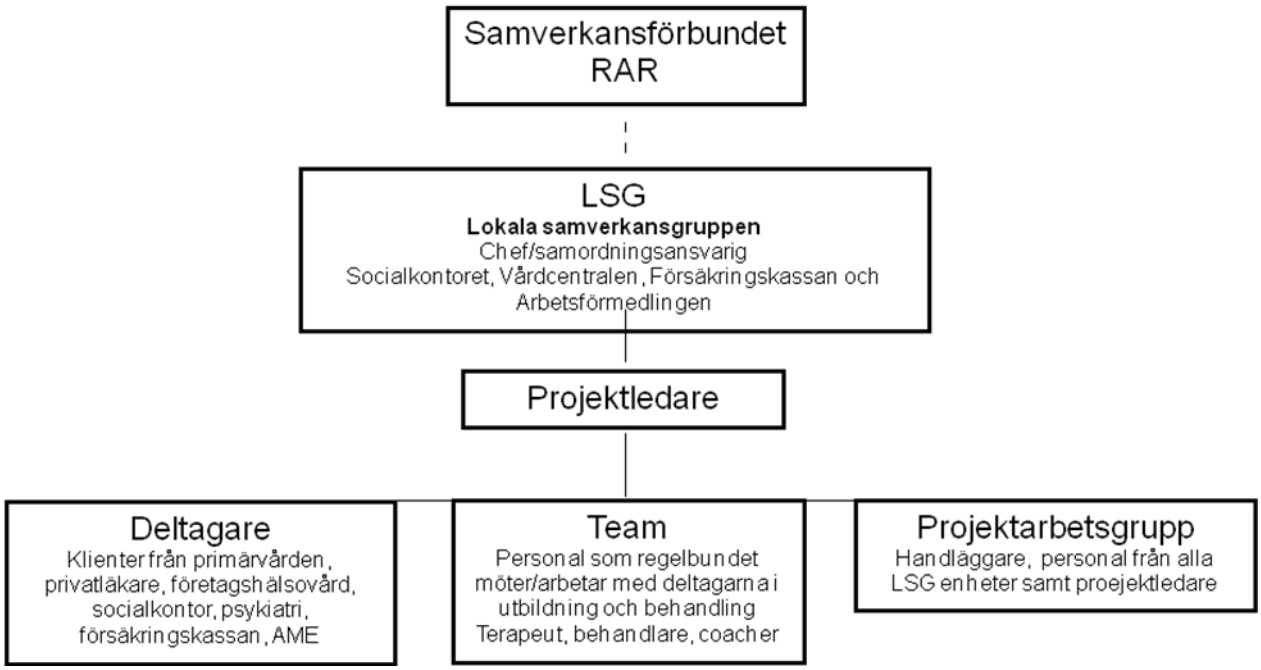
Genomgripande utveckling för förändrad livsform med långsiktigt hållbarhet

- Kommentarer & Utvecklingsmöjligheter
- Bäst för rehabiliteringen är en Läkare kopplad till Trosam
- Ha en bas bemanning samt delar av teamet flexibelt
- Samma ersättning under hela Trosam perioden.
- Vi har prövat olika antal i de 4 grupperna. Personalens bedömning är att antalet bör vara bör ligga på mellan 12-15 personer.
- En utvecklad gemensam samverkans plattform för överbryggande av olika regelverk är viktigt
- Engagerad styrning och dialog kring arbetet inom de olika LSG enheterna
- Projekttiden för kort (2 år) för att både utveckla modellen, utvärderingen samt implementeringsdiskussion
- Extern utvärdering in tidigare i projektet för evidens
- Skilja på ledningsroll och gruppledare/coach/guide
- Gemensamt bedömningsverktyg för arbetsförmåga
- Synkronisering av system och flexibelt avslut
- Sätta in åtgärden tidigare och för en bredare målgrupp
- Tidigare start av Trosam i bidrags/sjukskrivningsperioden och öppna upp för en bredare målgrupp för att korta ner process tiden/ bidrags perioderna.

Möjliga Implementerings vägar, förslag:

- 1. Gemensam rehab/ tillbaka till jobb plattform. Samfinansierad - Vc, FK, kommunen, AF. eller delar av dessa. Kan även byggas ut till en samverkan/familjeplattform
- 3. Lanstings/kommundriven rehabilitering/mot jobb enhet
- 2. Landstingsdriven rehabilitering
- 4.Bolagsdriven rehabilitering samfinansierad av alla parter samt näringslivet/företagshälsovård
  Övriga företag som ej samfinansierar köper sina platser.
- Externt bolagsdriven rehabilitering
- .....

Trosam projekt



Processbilderna är framtagna av projektledare och genomarbetade av projektarbetsgruppen med utgångspunkt från hur processen har sett ut under projektets två år, inkluderat noter med utvecklingskommentarer

Kartläggningen av aktivitetsnivån har framtagits ur socialkontoret, försäkringskassan och arbetsförmedlingens databaser. Mätningen har gjorts februari 2008 och nu uppdaterats gällande nuläget vid projektavslut 2008 05 31

Anna Hanner Rehabkordinator Trosa VC

Marie Lindqvist Hull 1,e socialchef Trosa kommun

Cristina Forsander chef AME Trosa kommun

Inga-lill Karlsson Försäkringskassan

Sverker Alm, Verksam/Arbetsförmedlingen

Madeleine Söderström, Projektledare Trosam