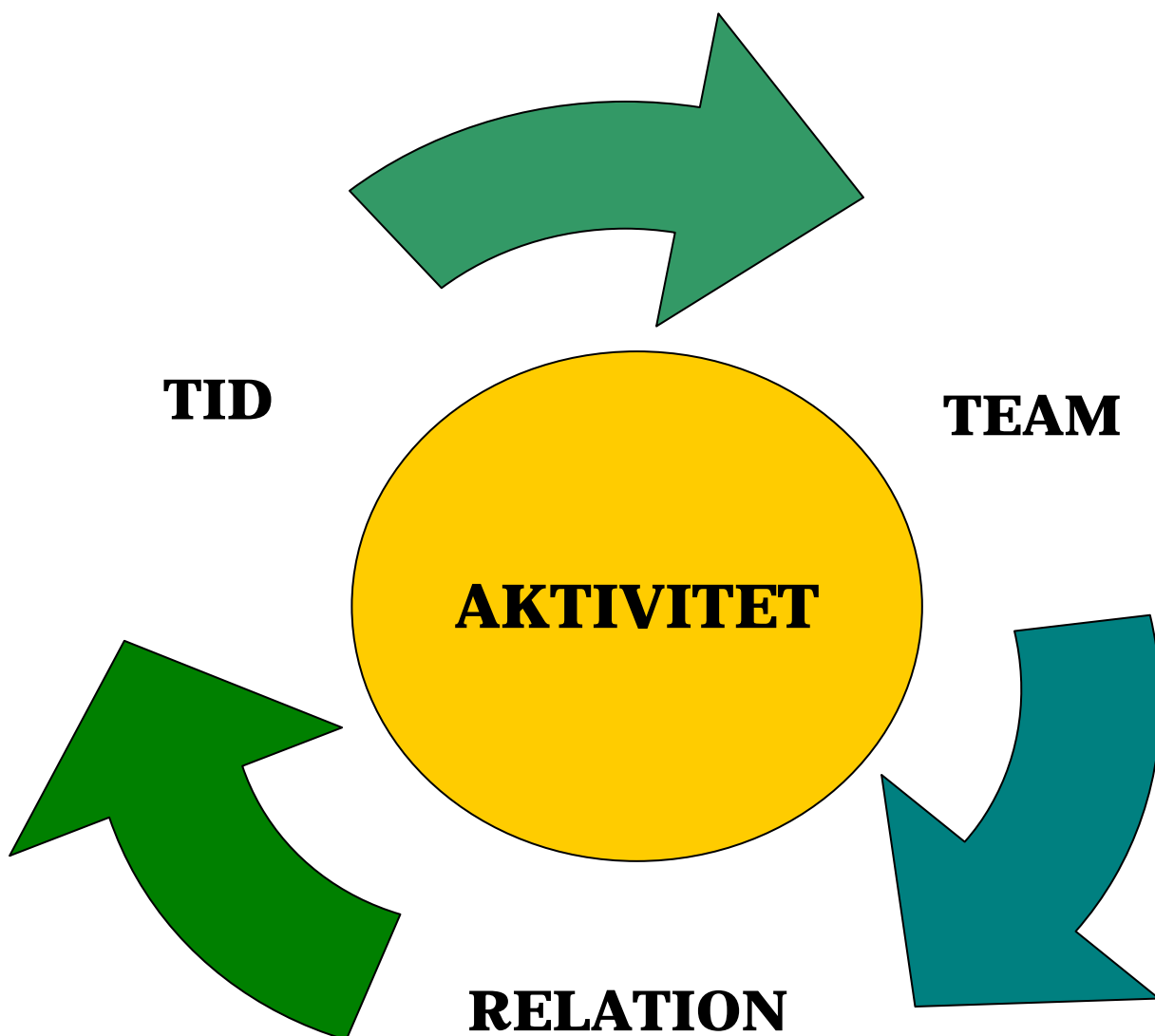


Självvärderingsrapport Projekt Rehabilotsen



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	s. 4
Sammanfattning	s. 5
1. Bakgrund	s. 8
1.1 Uppdraget	s. 8
1.2 Syfte och mål	s. 9
1.3 Målgrupp och behovsgrupp	s. 9
1.4 Vår placering i samhällets hela rehabansvar	s.10
1.5 Värdegrund och teoriförankring	s.10
1.6 Utvärderingsmetoder	s.12
1.7 Vad har vi lärt	s.12
2. Deltagarna	s.13
2.1 Det unika och komplexa	s.13
2.2 Stoppa rundgång	s.13
2.3 Mötet	s.15
2.4 Dokumentation och rapportering	s.15
2.5 Flöden och volymer och resultat/effekter – statistik per 101029	s.15
2.6 Vad har vi lärt?	s.19
3. Teamet	s.20
3.1 Tvärprofessionellt och tvärasektoriellt team	s.20
3.2 Roller och professioner	s.21
3.3 Teamprocessen	s.22
3.4 Vad har vi lärt?	s.23

4. Rehabilotsmodellen	s.24
4.1 Bild över deltagarprocessen; omställning & förberedande arbetslivsintroduktion	s.24
4.2 Intresseanmälan och Introduktion med INFO och FAS1	s.24
4.3 FAS 2 Aktivitet	s.25
4.4 FAS 3 Arbetsplatsen	s.25
4.5 Rehabcoachen "allt i ett" vid komplexa problem	s.26
4.6 Specialistfunktionen psykolog	s.27
4.7 Specialistfunktionen sjukgymnast	s.28
4.8 Specialistfunktionen arbetsterapeut	s.29
4.9 Specialistfunktionen psykiatrikonsult	s.31
4.10 Samlokalisering	s.33
4.11 Växelverkan Samtal – Aktivitet	s.33
4.12 Gruppaktiviteter	s.34
4.13 Vad har vi lärt?	s.35
5 Omvärldsfaktorer	s.35
6 Samverkan	s.36
6.1 Organisering Samordningsförbundet och Ägarmyndigheterna	s.36
6.2 Vad är det för vits med samverkan?	s.37
6.3 Ledning och styrning	s.37
6.4 "Golvnivå"	s.37
6.5 Information	s.38
6.6 Övrig samverkan...	s.38
6.7 Systemfel och hinder	s.38
6.8 Processen	s.39
6.9 Vad har vi lärt?	s.39
7. Livskvalité	s.40
8. Avslutning	s.41
9. Kontaktuppgifter	s.41

Inledning

Att känna delaktighet i samhället genom att ha ett arbete eller annan meningsfull sysselsättning är för de allra flesta människor grunden för god livskvalité. Verkligheten idag ser dock annorlunda ut. Ett stort antal människor står utan arbete av många olika skäl. Vi vet att långvarig sjukskrivning eller påtvingat bidragsberoende riskerar att leda till utanförskap och ökad ohälsa. Detta kan vara tungt att ta sig ur för den enskilde och kräver ofta samlade resurser från samhällets sida. Det är ytterst viktigt att fånga upp dessa personer, tänka nytt och erbjuda långsiktiga insatser.

Denna självvärderingsrapport handlar om ett projekt som försökt utveckla en samverkande arbetsmodell för förträning och omställning inom det arbetslivsinriktade rehabiliteringsområdet för de som står långt från reguljär arbetsmarknad.

Vi har reflekterat över deltagare och projektprocess muntligt på teammöten och i delteam samt i handledning under hela projektiden. Vi har samlat material och dokumenterat skriftligt då och då inför viktiga möten, presentationer eller bokslut.

Vi lyfter fram sex för oss viktiga punkter varför vi nu vill sammanfatta våra erfarenheter.

- Vi är stolta och nöjda och vill beskriva nyttan med det vi gjort på ett sakligt sätt för att kunna knyta ihop säcken och leverera kunskap om det vi gjort till andra.
- Vi vill berätta om fördelarna med och hur det är att arbeta i ett tvärvetenskapligt team som utifrån samlad kompetens kan bidra till en bättre helhetsbild.
- Vi vill visa vikten av att ha möjlighet och förmåga att individanpassa insatser och aktiviteter.
- Vi har erfårit att ett processinriktat synsätt på begreppen arbets- och funktionsförmåga ger mer hållbara bedömningar.
- Vi vill lyfta fram att det behövs acceptans för komplexa livsöden för att "stoppa rundgång"-målet ska realiseras respektfullt.
- Slutligen vill vi skriva en berättelse om att det är deltagarens små steg mot jobb som gör skillnad och att det tar lång tid att förändra en människas livsmönster.

För vem skriver vi?

Vilka önskar vi ska ta del av vår kommentar om den verklighet vi mött under två och ett halvt år i arbetet med att bygga en arbetsmodell, skapa verktyg och möta våra deltagare som är i behov av arbetslivsintroduktion?

Vi riktar oss till alla kolleger och handläggare i de samverkande myndigheterna som förhoppningsvis kan finna stöd och inspiration i sitt dagliga arbete. Vi hoppas att chefer i linjen och i samordningsförbund och styrgrupper för andra projekt erhåller kunskap och erfarenheter och kan omvandla dem till ännu bättre deltagaranpassad verksamhet. Inte minst skriver vi för oss själva för att tydliggöra vad vi har lärt så att vi kan gå vidare i våra respektive hemmaorganisationer och bidra med ökad kunskap.

Sammanfattning

Rehablotsen är ett projekt inom Samordningsförbundet Göteborg Centrum under perioden april 2008-2010. Projektägare är Primärvården Göteborg Centrum. Samverkande myndigheter är Arbetsförmedlingen, Försäkringskassa, Göteborgs Stad genom socialtjänsten i stadsdelarna Örgryte, Härlanda, Centrum, Majorna och Linnéstaden samt Västra Götalandsregionen/primärvård och psykiatri i Göteborg.

Bakgrund

Rehablotsen riktar sig till dem som i en kartläggning visade sig ha behov av att hitta en väg till arbete och egen försörjning eller annan meningsfull sysselsättning.

Målgrupp

- Personer över 30 år med psykisk ohälsa och/eller långvarigt bidragsberoende
- Behov av ett samlat stöd i arbetslivsinriktad rehabilitering från tre eller fler av de samverkande myndigheterna
- Deltagaren ska bo i Örgryte, Härlanda, Centrum, Majorna eller Linnéstaden.
- Inga pågående insatser sker inom specialist-/öppenvårdspsykiatri och ingen beroendeproblematik till alkohol eller andra droger föreligger.

Vår placering i samhällets hela rehabansvar

Vi har tagit emot intresseanmälningar från Försäkringskassan, Socialtjänsten, Primärvården/Öppenspsykiatri och Arbetsförmedlingen.

Rehablotsen är en utredande insats för personer med en komplex blandning av social problematik, somatik och psykiatri.

Syfte

Att erbjuda vuxna personer med psykisk ohälsa arbetslivsinriktad rehabilitering med fokus på omställning och förberedande arbetslivsintroduktion.

Mål

- samordna myndigheternas arbete kring deltagarens behov av rehabilitering
- begränsa rundgång mellan olika myndigheter genom att effektivisera handläggningen kring deltagaren
- öka kvalitén i rehabiliteringen genom ett tvärprofessionellt synsätt i ett samverkande teamarbete
- skapa ett nytt gemensamt instrument genom att skapa en gemensam rehabiliteringsplan
- ge en heltäckande bedömning av problem, möjligheter och arbetsförmåga för deltagaren som kommuniceras i den gemensamma rehabiliteringsplanen.
- genom praktisk prövning uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete och/eller studier för deltagaren

- förbättrad livskvalitet för deltagaren
- stärkt social delaktighet och kompetens för deltagaren

Därutöver skall kunskaper om de vuxnas möjligheter, problematik och situation samlas och spridas tillbaka till de samverkande myndigheterna för att förebygga psykisk ohälsa och långvarigt bidragsberoende framöver.

Genomförande och utvärderingsplaner

Projektledare och team samlades efterhand i provisorisk lokal från maj 2008 och utarbetade gemensamt arbets- och förhållningssätt med Rehab Söder- modellen som förebild och utifrån Projektplanens ramar.

Deltagare togs in på hösten och efter två flyttar har verksamheten varit på plats i ändamålsenliga lokaler under drygt ett år. Arbete med deltagare har utförts under drygt två års tid fram till intervjuperioden för en samhällsekonomisk utvärdering som genomförs som sammanfaller i tid med denna externa brukarutvärdering med två mätillfällen (före- och eftermätning) med frågor relaterade till hälsa och funktionsförmåga. En självvärderingsrapport kompletterar bilden av Rehablotsen för att kunna ge en rättvisande kunskapsöverföring av erfarenheter och nyvunnen kunskap från projektet till samverkande myndigheter.

Tvärprofessionellt team

Här ingår socionomer, psykolog, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykiatriker och projektledare som representerar sin profession och hemmaorganisations kompetens men har projektets gemensamma målbild och synsätt.

Metod "Rehablotsmodellen"

Start sker med kartläggning av tidigare insatser och huvudsakligen processinriktad utforskning av deltagarens individuella resurser med fokus på möjligheter och utveckling av förmågor snarare än hinder. Praktisk förberedande arbetsträning erbjuds fortast möjligt genom anpassade omställningsaktiviteter efter deltagarens egna förutsättningar. Därefter sker arbetsträning ute på praktik på arbetsplatser som man gemensamt letar fram som en del i omställningsarbetet. Sammanlagt tar alla aktiviteterna i modellen ca ett år men med möjlighet till individuell anpassning. Det helhetsperspektiv som teamet kan ge över tid visar sig vara öppningen till nyorientering hos deltagaren. Kärnan är ett tvärprofessionellt team som erbjuder ändamålsenlig växelverkan mellan samtal och samordnad aktivitet utifrån ett förhållningssätt som bygger på relation, respekt och samarbete. Rehablotsen erbjuder och bidrar till

- individuell coaching mot praktik/arbete eller studier (supported employment) och koordinering av myndighetsinsatser (case manager) av rehabcoacher som inte har en handläggarroll.
- stödsamtal och fördjupad utredning av specialistkompetenser
- gruppverksamheter utifrån deltagarnas behov
- att stimulera tvärsektoriell samverkan och minska rundgång

- att öka kunskapen om målgruppens behov

Framgångsfaktorer

☺ **Tvärprofessionella team - Komplexa behov**

☺ **Aktivitet & Relation**

☺ **Tid & Tålamod & Timing**

- Rehabilitering som tillåter deltagarna att växa "i sin egen takt"
- Samlokalisering av team och aktiviteter
- Samarbete med myndighetsutövande handläggare
- Invänta rätt läge för att starta ny insats genom risk för energi förluster vid oro för försörjning och att "Nästa steg" kan te sig oerhört stort vid byte av myndighet
- Anslut till nästa myndighet med överlappning genom noggrann planerad överlämning och parallella insatser för att skapa kontinuitet
- Acceptans och resurser för långa insatser i verksamheten

möta

bedöma

stödja

coacha

rusta

matcha

Vad har vi lärt?

Att behovet av en verksamhet som vår förberedande arbetslivsintroduktion är mycket stort bland de samverkande myndigheterna.

Att inte minst på handläggarnivå har intresset varit stort redan från start och efterfrågan översteg snabbt tillgången på platser inom projektet. Vi har inte haft en tröghet med inflöde av deltagare i starten, vilket haft sin grund i att projektet var efterlängtat efter den behovsinventeringen som genomförts med gott ledningsstöd.

Att erbjuda processinriktad utredning sammanflätad med aktivitet och ett långsiktigt individuellt stöd har fyllt ett tomrum i början av individens rehabprocess.

Att avslut hos oss och anslutning till nästa rehabinsats utan glapp har varit viktigt.

Att deltagaren har varit väl förberedd för nästa steg och har med sig en samlad tvärprofessionell teambedömning uttryckt i en slutrapport till handläggande myndighet.

Att vi har kunnat konstatera att förväntningarna på projektets målgrupp och modell/metoder har varit spretigt och vållat en hel del diskussion i både team och styrgrupp, speciellt det första året.

Att vi har fått anpassa intagningsprocess, modell, teamsammansättning och förväntade effekter/resultat efter behovsgruppen.

Att målsättningen om meningsfull sysselsättning har behövts införas efter hand som komplement till egen försörjning. Deltagare som inte är redo att fortsätta sin arbetslivsinriktade rehabilitering i den takt som krävs i rehabiliteringskedjan kan rekommenderas och introduceras i annan verksamhet t.ex. sociala kooperativ. Forskning och erfarenhet visar på att passivitet skapar ohälsa. Härigenom har vi tagit ett ansvar för alla deltagare vi tagit emot.

Att de huvudmål som formulerats har uppnåtts enligt vår samstämmiga mening i teamet.

1. Bakgrund

1.1 Uppdraget

I projektplanen står beskrivet följande: Kansliet för Samordningsförbundets Göteborg Centrum sammanställde år 2007 en Kartläggning av behovsgrupper inom Centrumregionen samt genomförde en Inventering av insatser beträffande bedömning av arbetsförmåga och arbetsträning inom myndigheterna i Samordningsförbundet. Förslaget till Rehabilotsen växte fram i arbetsgrupper och via referensgrupper samt i styrgrupp för detta uppdrag bestående av representanter från Af Järntorget, SDF Majorna och Försäkringskassan Centrum-Väster.

Förslaget resulterade i ett remissförfarande med berörda organisationer under sommaren och hösten 2007.

Samordningsförbundets styrelse beslutade om ett treårigt projekt i samband med budgetbeslutet 2007-11-15 för 2008 med en beräknad start av projektet i början av 2008. Verksamheten kallades Rehabilotsen, som bestod av vissa redan befintliga verksamheter inom Samordningsförbundet samt kompletteringar med nya verksamhetsdelar.

Ambitionen var att skapa en gemensam verksamhet för samordnad rehabilitering. Primärvården Göteborg Centrum är projektägare, för att underlätta projektadministrationen, speciellt inför samlokaliseringen med PV på Skärgårdsgatan. Rehabilotsen utvecklades från vissa redan befintliga verksamheter inom samordningsförbundet samt kompletterades med nya verksamhetsdelar. Ambitionen var att skapa en gemensam verksamhet för samordnad rehabilitering för vuxna personer med psykisk ohälsa och/eller långvarigt bidragsberoende.

Befintliga projektverksamheter var

- Projekt VerkSAMt som bestod av två handläggarteam med en gemensam processledare som startade 2006 och
- Rehab Söder som införlivades i förbundet den 1 april 2007 från SDF Härlanda.

Nya verksamhetsdelar var

- gemensam projektledare
- samordnare – privata vårdgivare
- tre rehabilotsar i form av sjukgymnast, arbetsterapeut och arbetspsykolog
- psykiatrikonsult

Verksamhetsinnehåll och utformning är diskuterade i arbets- och styrgrupperna och skulle ses som förslag via den framtagna projektplanen. Medarbetare i projektet gavs viss frihet att utforma upplägg och metod utifrån deltagarnas behov. En ny verksamhet som byggs upp i samverkan mellan flera myndigheter bör vara flexibel och anpassas efter behoven hos de personer som utgör målgrupp.

1.2 Syfte och mål

Syftet enligt projektplanen med Rehabilotsen har varit att

- verksamheten skall erbjuda vuxna personer med psykisk ohälsa och/eller långvarigt bidragsberoende aktiviteter som arbetslivsinriktade arbetsförmågeutredningar, för- och arbetsträning genom praktisk prövning för coachning ut i arbete eller studier.
- verksamheten innefattar även en samordnande funktion gentemot privata vårdgivare
- generera och sprida ny kunskap om metoder, förbättra samverkan mellan myndigheterna och samordningen av insatser för att förebygga psykisk ohälsa och långvarigt bidragsberoende framöver.

Projektplanens målbeskrivning för verksamheten skall ligga i linje med de mål som ligger till grund för de samverkansinsatser som kan finansieras av samordningsförbundet.

Följande huvudmål för arbetet enligt projektplanen:

- samordna myndigheternas arbete kring deltagarens behov av rehabilitering
- begränsa rundgång mellan olika myndigheter genom att effektivisera handläggningen kring deltagaren
- öka kvalitén i rehabiliteringen genom ett tvärprofessionellt synsätt i ett samverkande teamarbete
- skapa ett nytt gemensamt instrument genom att skapa en gemensam rehabiliteringsplan
- ge en heltäckande bedömning av problem, möjligheter och arbetsförmåga för deltagaren som kommuniceras i den gemensamma rehabiliteringsplanen.
- genom praktisk prövning uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete och/eller studier för deltagaren
- förbättrad livskvalitet för deltagaren
- stärkt social delaktighet och kompetens för deltagaren

1.3 Målgrupp

Enligt projektplanen beskrivs målgruppen som:

- Personer över 30 år med psykisk ohälsa och/eller långvarigt bidragsberoende
- Behov av ett samlat stöd i arbetslivsinriktad rehabilitering från tre eller fler av de samverkande myndigheterna
- Deltagaren ska bo i Örgryte, Härlanda, Centrum, Majorna eller Linnéstaden.

- Inga pågående insatser sker inom specialist-/öppenvård psykiatri och ingen beroendeproblematik till alkohol eller andra droger föreligger.

1.4 Vår placering i samhällets hela rehabansvar

Vi har tagit emot intresseanmälningar från Försäkringskassan, Socialtjänsten, Primärvården/Öppenvård psykiatri och Arbetsförmedlingen.

Efterhand har det visat sig att de som sökt sig till Rehablotsen blev en annorlunda och tyngre behovsgrupp än den ursprungligt tänkta målgruppen.

Rehablotsen har blivit en utredande insats för personer med en komplex blandning av social problematik, somatik och psykiatri. Ett processinriktat utforskande har skett i växelverkan mellan samtal och aktivitet som syftar till växt och utveckling för individen. Vi har utvecklat en modell för arbetslivsinriktad rehabilitering med fokus på omställning och förberedande arbetslivsintroduktion.

1.5 Värdegrund, teoriförankring och forskning

Eftersom vi kom från olika organisationskulturer och med olika kunskapstraditioner utifrån våra professioner har arbetet med att komma fram till ett gemensamt förhållningssätt och modell fått grunda sig i att vi snabbt fann att vi redan från början kände att vi delade samma grundläggande människosyn:

- Alla människor bär inom sig grundläggande utvecklingsmöjligheter som kan leda i riktning mot goda lösningar
- Lösningar man själv kommer fram till är mer hållbara
- Rådgivarens uppgift är att respektfullt anpassa och leda mot personens önskade förändringar

Det gemensamma förhållningssättet vi har samlat kring innebär att vi vill utgå från:

- det friska
- nyfikenheten
- lusten, önskan och viljan
- möjligheterna och resurserna

hos dem vi möter.

Kulturen gestaltad i frågan: Ska det vara en kopp kaffe?

Vi har hela tiden önskat slå an en ton i mötet med deltagare. En välkomnande atmosfär med fika, vatten och frukt i väntrummet.

Kaffet eller te ses som en symbolisk handling för respekt för deltagaren, en uttryckt autonomi. Vi kommer att ha en relation under lång tid och under olika faser och där relationen går före metoden för att samarbetet ska utvecklas mot gemensamt satta mål.

- Relation
- Respekt
- Samarbete

Vad inspireras vi av? Mycket av arbetet i början av projektet, och som hela tiden prövats och utvecklats i praktiken, går ut på att inventera vad personen har för resurser som är bra att använda sig av i en rehabilitering.

Några av de teorier/metoder/modeller som vi har införlivat i vårt praktiska arbete och som väl stämmer överens med vårt förhållningssätt, vår människosyn och den kultur vi skapat och verkat i är:

- Lösningssinriktad samtalsmetodik

Att gemensamt konstruera lösningar istället för att lösa problemet

Att gemensamt utforska vad som kommer istället för "problemet"

- Motiverande samtal, MI

MI en metod som är lätt att använda i det praktiska arbetet och som innebär att:

Jobba med ambivalens, jobba med motstånd, ömsesidigt informationsutbyte, bygga upp den inre motivationen till förändring, hjälpa att fatta beslut, hjälpa att planera, stärka kompetenskänslan.

- Kognitiv beteende terapi, KBT

Ett utnyttjande av tankens kraft och dess påverkan på våra liv

En strukturerad inlärningsprocess

Att omsätta kunskaperna i praktiken

- Det salutogena perspektivet – läran om hälsans ursprung

Motsatsen till det patogena perspektivet

Söka efter de faktorer som skapar hälsa och välbefinnande

Skapa positiva bilder, och utforska vad det är i dem som gör dem positiva

- WHO The International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF

Publicerad av Socialstyrelsen på svenska 2003 "Klassifikation av funktionsförmåga och funktionshinder i relation till hälsa. Man särskiljer funktion och aktivitetsförmåga genom att använda begreppet

"Funktionsnedsättning" om enskilda funktioner t.ex. rörelsefunktion, minnesfunktion samt använda begreppet "Aktivitetsbegränsning" om aktiviteter som är sammansatta funktioner i en aktivitet t.ex. tillaga lunch.

Vårt synsätt är att funktion är viktigare än diagnos i vår praktik. Psykiska besvär är en fråga om grad - inte art. Funktionen kan vara nedsatt pga. psykisk sjukdom och påverka arbetsförmågan. Många vi möter har ingen diagnos. Diagnoser kan överlappa varandra. Man kan ha påtagliga psykiska besvär utan att man uppfyller kriterierna för en diagnos

Vårt synsätt är att funktion är viktigare än diagnos i vår praktik. Psykiska besvär är en fråga om grad - inte art. Funktionen kan vara nedsatt pga. psykisk sjukdom och påverka arbetsförmågan. Många vi möter har ingen diagnos. Diagnoser kan överlappa varandra. Man kan ha påtagliga psykiska besvär utan att man uppfyller kriterierna för en diagnos

"Två sanningar närmar sig varann. En kommer inifrån, en kommer utifrån och där de möts har man en chans att få se sig själv."

Tomas Tranströmer

1.6 Utvärderingsmetoder

Projektet utvärderas med tre olika perspektiv; deltagaren, samhällsekonomi samt verksamheten. Arbetet med 108 deltagare har utförts under drygt två års tid och ligger till grund för utvärderingarna som sammanfaller i tid med tre slutrapporter som redovisas på en dialogkonferens¹⁰¹²⁰⁹.

Den externa brukarutvärderingen omfattar 49 enkäter med två mättillfällen (före- och eftermätning), med frågor huvudsakligen relaterade till hälsa, livskvalité, socialt deltagande och funktionsförmåga. Den har genomförts av Magnus L Elfström, fil dr, leg psykolog.

Den samhällsekonomiska utvärdering grundar sig på 39 intervjuer, där man samlat information om deltagarnas försörjningssituation och dess användande av samhällets resurser. Den har utförts av Claes Malmquist, PayOff.

Föreliggande självvärderingsrapport kompletterar bilden av samtliga deltagare samt beskriver aktiviteter i Rehabilotsen för att kunna ge en rättvisande kunskapsöverföring av erfarenheter och nyvunnen kunskap.

1.7 Vad har vi lärt?

Att behovet av en verksamhet som vår förberedande arbetslivsintroduktion är mycket stort bland de samverkande myndigheterna.

Att inte minst på handläggarnivå har intresset varit stort redan från start och efterfrågan översteg snabbt tillgången på platser inom projektet. Vi har inte haft en tröghet med inflöde av deltagare i starten, vilket haft sin grund i att projektet var efterlängtad efter den behovsinventeringen som genomförts med gott ledningsstöd.

Att erbjuda processinriktad utredning sammanflätad med aktivitet och ett långsiktigt individuellt stöd har fyllt ett tomrum i början av individens rehabprocess.

Att avslut hos oss och anslutning till nästa rehabinsats utan glapp har varit viktigt.

Att deltagaren har varit väl förberedd för nästa steg och har med sig en samlad tvärprofessionell teambedömning uttryckt i en slutrapport till handläggande myndighet.

Att vi har vi kunnat konstatera att förväntningarna på projektets målgrupp och modell/metoder har varit spretigt och vållat en hel del diskussion i både team och styrgrupp, speciellt det första året.

Att vi har fått anpassa intagningsprocess, modell, teamsammansättning och förväntade effekter/resultat efter behovsgruppen.

Att målsättningen om meningsfull sysselsättning har behövt införas efter hand som komplement till egen försörjning. Deltagare som inte är redo att fortsätta sin arbetslivsinriktade rehabilitering i den takt som krävs i rehabiliteringskedjan kan rekommenderas och introduceras i annan verksamhet t.ex. sociala kooperativ. Forskning och erfarenhet visar på att passivitet skapar ohälsa. Härigenom har vi tagit ett ansvar för alla deltagare vi tagit emot.

Att de huvudmål som formulerats har uppnåtts enligt vår samstämmiga mening i teamet.

2. Deltagarna

2.1 Det unika och komplexa

De personer som varit aktuella för att samarbeta med Rehabilotsen har bedömts ha förutsättningar för att klara minst 10 timmars aktivitet i veckan. Eftersom de kommit olika långt i sitt arbete med att lära känna sig själva och vad som är bra för dem har vi fått göra individuella anpassningar i förhållande till tid i aktivitet.

Efter ett drygt halvårs arbete med deltagare gjorde vi följande sammanfattande fynd i vår dåvarande behovsgrupp med 35 deltagare:

- Det finns en psykiatrisk aspekt/sjuklighet i alla ärenden.
- Gemensam nämnare är multiproblematik.
- Problematiken är likvärdig oavsett vilken myndighet deltagaren tillhör
- Majoriteten har svårigheter rörande relationer, sociala kontakter och att skapa egna sammanhang
- Många har påtagliga svårigheter att klara grundläggande ADL
- Ofta överträffar viljan hos deltagaren den reella förmågan
- För 60% av 35 deltagare är det mer än 5 år sen senaste arbete/studieerfarenhet.

Vi har i samarbetet kunnat fortsätta att utforska hur deltagarna ska gå vidare mot arbete samtidigt som de tar hänsyn till den information och kunskap de fått om sig själva i samband med sjukskrivning/ohälsa. Eftersom vi börjar med aktivitet från start har vi också nya upplevelser att diskutera samtidigt som rehabcoach och deltagare lär känna varandra. När det gäller detta har alla deltagare något gemensamt. I övrigt kommer var och en med sin unika och komplexa situation och livsberättelse. Tillsammans med coachen tar hon/han avstamp i nusetituationen för att se framåt. Det är olika hur stor plats det förflutna behöver ta, eller sorgen över att det blivit som det är. Här kommer den individuella anpassningen. En bild vi har skapat oss under projektiden och som står i samklang med brukarutvärderingen är att de flesta deltagarnas psykiska hälsa har varit av en sådan art att regelrätt psykoterapi eller annat socialt/psykologiskt/psykiatriskt stöd av fördjupad karaktär har varit motiverad då psykiska besvär av denna grad inte kan räknas till självläkande tillstånd.

2.2 Stoppa rundgång

Citat ur Broschyren Vad är det för vits med samordningsförbund?

"Huvudmännen har olika sätt att tänka rätt..."

Läkaren: "friskare än så här blir han inte" - Försäkringskassan nästa!

Tjänstemannen på FK: "det finns tillräcklig arbetsförmåga för att inte ha rätt till sjukpenning"

- gå vidare till Arbetsförmedlingen!

Arbetsförmedlaren: "ej job-ready, det behövs träning innan han står till arbetsmarknadens förfogande" - kontakta socialkontoret

Socialekreteraren: "han är för sjuk för att arbetsträna" - värden nästa! "

En tid in i projektet stod det klart för oss att många av de personer som handläggarna anmälde till Rehablotsen hade varit frånvarande från arbetsmarknaden under en mycket lång period. Ofta hade de även utretts i någon form tidigare. Det var tydligt i samarbetet att flera av dem var aktuella för en fördjupad bedömning hos vår psykiaterkonsult. Målet har i dessa fall varit att stoppa den rundgång som uppstått i ärendet. Parallellt med samtalen hos vår psykiatrikerkonsult har vi kunnat erbjuda samtal med coach och/eller aktivitet genom våra grupper. Det tvärprofessionella teamet har samlat kunskap och ringat in problemställningarna som fört ärendet vidare och bidragit till att stoppa rundgång. Ibland har vi upptäckt en "fastlåsningsseffekt" i en myndighet och genom att tillföra nya och flera perspektiv har vi istället skapat rörelse mellan myndigheter, vilket har gynnat rehabiliteringen.

Ett viktigt verktyg har varit flerpartsmöten där coachen samlat berörda personer för avstämning, utvärdering och planering.

Kommentar från brukarutvärderingen sammanställd av Magnus L. Elfström, fil dr, leg psykolog: "Ganska stora andelar av deltagarna ansåg att de blivit skickade mellan olika myndigheter som inte samarbetat, och/eller hade upplevt det som ett problem att bli runtskickad mellan myndigheter. Drygt hälften tyckte att Rehablotsen påtagligt minskat problemet med rundgång, vilket måste anses vara ett gott betyg. De som svarat att Rehablotsen i någon mån minskat rundgångsproblemet fick svara på den öppna frågan "På vilket sätt har Rehablotsen minskat problemet?". Det var 17 personer(40%) som svarade, några svar redovisas här ordagrant:

– *Behövde komma ut och arbetsträna (komma vidare), nu arbetstränar jag. Sådana här projekt behöver stabilitet och brett samarbete mellan olika instanser. Ni tog ett bra steg i rätt riktning!*

– *Det har varit skönt att ha ett ställe man hör till*

– *Genom att allt finns på samma plats*

– *Har fått mycket hjälp. Jag har för det mesta alltid kommit till samma plats/ställe. Inte blivit runtskickad.*

Alla aktiviteter har ägt rum i samma ställe och Rehablotsen har hjälpt mig när jag har haft frågor och

när jag har fastnat i något, för att när man är sjukskriven klarar man inte allting själv.

– *Har underlättat att ha en samordnare, kontakt, och som stöd*

– *Man har fått den hjälp man behöver. "problemet" har inte flyttats till någon annan myndighet.*

Bra och

empatisk personal som förstår individens behov.

– *Man har haft stöd och hjälp under en längre tid, känt att man kan pröva sig fram efter ens egen förmåga*

– *Problemet har minskat tack vare att tillgången till myndighetspersonerna arbetat "under samma*

tak". De har samarbetat sinsemellan och har var och en på sitt sätt kunskap om de regler jag behövt

information om, sådant som kan vara svårt för mig att ens tänka på och således inte heller söka information om

– *Är det ett problem man har så behöver man inte berätta/upprepa samma saker flera gånger.*

Man får

bra hjälp med vart man skall vända sig om man har frågor man vill ha svar på, men vet inte vart man ska gå."

2.3 Mötet

Att försöka ta emot varje ny person som en gäst har varit viktigt för oss. Vi bjuder alltid på kaffe eller té och är måna om att vid behov kunna se bortom vår metod för att kunna sätta relationen i fokus. Vi ser detta som ett effektivt sätt att komma vidare i samarbetet. Fördelen med Rehabilotsmodellens tydliga ramar för samarbetet är att det individuella mötet kan hjälpa coachen att formulera skäl till varför ramen ska frångås i det enskilda fallet. Avsteget från modellen blir på så sätt ytterligare en del i utredningen genom att visa på personens svårigheter. Tex att inte klara tidsramarna, att inte klara sociala kontakter i en grupp eller att hantera stress och krav. Att benämna personliga hinder på ett sätt så att deltagaren accepterar och känner igen sig har varit möjligt just på grund av en god relation

2.4 Dokumentation och rapportering

Vi var tvungna att helt på egen hand skapa dokumentationssystem. Vi har försökt utarbeta ett gemensamt och enhetligt begreppssystem för att kunna följa deltagarprocessen inom teamet, för att följa riktlinjer och dokumentationsplikt enligt myndighetskraven för den enskilda deltagarens rehabilitering samt att ha underlag för uppföljning och utvärdering. Gemensam deltagardokumentationen har bestått av:

1. Intresseanmälan
2. Samtycke
3. Mall för daganteckningar - för löpande dokumentation av deltagarprocessen
4. Mall för Plan för samordning (enligt Socialstyrelsens kriterier)
5. Aktivitetsdokumentation enligt ICFgrund
6. Mall för Handlingsplan individuellt för för fas 2,3, ev. använd som delrapport
7. Mall för Slutrapport (hänsyn taget till dokumentations kriterier inom Soc, Fk och Af)
8. Riktlinjer för och mallar Grupp verksamhet/dokumentation

Dokumentationsmallarna och acceptansen för rapporterna ute i myndigheterna vid kommunikation med handläggarna ses som ett första steg och bidrag till att skapa gemensamma rehabiliteringsinstrument (ett projektmål).

Då vi inte har haft kompatibla IT-system har vi fått arbeta med pappersakter för varje deltagarprocess samt samlad datoriserad deltagarstatistik på ett USB minne. Det kan inte nog poängteras hur svårt och tidskrävande det är att samordna IT-enheterna vid projektstart och en viktig lärdom att slicka vidare till samordningsförbunden centralt är att arbeta fram ett gemensamt datastöd för de ingående myndighetsutövarna/företrädarna i enskilda projekt. Om det finns kunskap, avtalade rutiner och ansvarsfördelning i respektive IT-enhet för samordningsförbundens projekt blir uppstarten smidigare och resursanvändning klokare.

2.6 Flöden och volymer och resultat/effekter – statistik per 101029

TOTALT antal deltagare - REDOVISNING Rehabilotsen		
Antal bearbetade intresseanmälda under hela tiden	TOTALT	102
		8

Med från RehabSöder – ingår ej i Rehabilotsens processmodell		
Enbart komplex psykiatribedömning – ingår ej i processmodell		4
Konsultationsfall - ej målgrupp som hänvisades vidare		25
DIS-uppgifter finns för (varav 5 är konsultativa och redan räknats i de 25 konsultativa ovan)		70
Antal som ingått i Rehabilotsens processmodell och avslutats/ska avslutas		65
Antal deltagare som erhållit fördjupad psykologsamtalsserie		22
Antal deltagare som erhållit fördjupad psykiatrisk bedömning		17
Antal deltagare som ingått i gruppverksamhet		Ca 50
Antal ej avslutade 101029		7
Antal avslutade 101029 som ingått i hela Rehabilotsens processmodell		58
Totalt antal brukarenkäter		49
Bortfall enkät - för sjuka för att klara av enkät/ vill ej pga. kort tid i projektet		9
Antal intervjuer PayOff		39
Varav har brukarenkäter 1+2 (Väl överlappande grupper för de två utvärderingarna)		34
sk" Livlina" -fortsatt stöd efter avslut för trygg övergång till nästa steg		12

Könsfördelning deltagare	Män	Kvinnor	Totalt
Antal	32	70	102
Procentandel	31 %	69 %	100 %

Antal individer utifrån olika årsintervall med offentlig försörjning före Rehabilotsen							
År med offentlig försörjning	1-2år	3-4år	5-6år	7-10år	11år-	okänt	TOTALT
	4	16	11	24	7	8	70 ind.
Okända antas vara 5år eller mer							
5 år eller mer med off. förs. 70 %			11	24	7	8	50 ind.

Brukarutvärderingens SLUTSATSER är att ur ett brukarperspektiv har:

- Förmågan till förvärsarbete ökat
- Livskvaliteten förbättrats
- Social delaktighet och kompetens stärkts
- Rundgångsproblem mellan myndigheter minskat

Dock föreligger ett klart behov av fortsatta hjälp- och stödinsatser.

Se vidare enskild utvärderingsrapport om Brukarna från Magnus Elfström

Den samhällsekonomiska utvärderingens SLUTSATSER är att:

Projekt av bedömningskaraktär kräver normalt en mer långsiktig uppföljning för att uppvisa lönsamhet.

- Payoff-tiden är 66 månader, motsvarande fem och ett halvt år.
- För regionen är lönsamheten negativ på kort sikt. Det relativt goda resultatet på medellång sikt är kopplat till att många av deltagarna minskat sitt behov av olika vårdinsatser. Payoff-tiden är 16 månader. Regionen är alltså den aktör som kortsiktigt tjänat mest på projektet.

Denna utvärdering visar att Rehabilotsen är ett projekt som är lönsamt på något längre sikt om deltagarnas situation bevaras såsom den varit under det första året efter att ha avslutat sitt deltagande i projektet. (Om deltagarna fortsätter att öka förmågan till förvärvsarbete ytterligare efter första året så förkortas Pay-Off tiden dramatiskt - Vår kommentar)

Projektet riktar sig till en målgrupp som har en relativt hög medelålder och ett långt gånget utanförskap i föreläget. Eftersom Rehabilotsen har som mål bl. a att "genom praktisk prövning uppnå eller öka förmågan till förvärvsarbete och/eller studier för deltagaren", skall resultatet av den samhällsekonomiska utvärderingen jämföras med stor försiktighet relativt projekt som primärt skall få deltagarna i arbete eller studier.

Se vidare enskild utvärderingsrapport från PayOff

Bakgrundsdata från DIS statistik

Boende Stadsdel	Antal	Procent
Centrum	17	27,0
Härlanda	6	9,5
Linnestaden	9	14,3
Majorna	26	41,3
Örgryte	5	7,9
Total	63	100,0

Aktualisering	Antal	Procent
Af	2	3,2
Eget initiativ	2	3,2
FK	31	49,2
Kommun	20	31,7
Primärvården	2	3,2
Privata vårdgivare	2	3,2
Öppenpsykiatri	4	6,3
Totalt	63	100,0

Försörjning IN	Antal	Procent
Af	5	7,9
FK	38	60,3
Kommun	19	30,2
Saknar inkomst/bidrag	1	1,6
Totalt	63	100,0

Försörjning UT	Antal	Procent
Pågående ärende	7	11,1
Af	16	25,4
Egen	3	4,8
FK	27	42,9
Kommun	9	14,3
Saknar inkomst/bidrag	1	1,6
Totalt	63	100,0

Status vid avslut	Antal	Procent
Pågående ärende	7	11,1
Aktuell Af	6	9,5
Annan övrigt	3	4,8
Arbete	2	3,2
Ej rehab	5	7,9
Rehab-arbetsförberedande	30	47,6
Rehab/behandling-medicinsk/social	9	14,3
Utb-yrke	1	1,6
Totalt	63	100,0

Nästa steg efter Rehabilotsen - Rekommendationer efter avslut tom 101029	Antal
Nationell HandlingsplanSamverkan (NHS) AF/FK; - Fortsatt praktik, ny praktik - Arbetslivsresurs, Rygghälsan - Sociala kooperativ ex ViaNova - Studier som rehab före NHS med förlängd sju. Fk	12
Fortsatt praktik och Arbetslivsintroduktion AF	2

Arbetslivsintroduktion, AF	7
AF övrigt	2
Lisa-projektet	1
Projekt Resa	1
Praktik Via Nova, Soc. koop, åter FK	3
Arbetsrätt	5
Arbetssträning Agora genom soc.tjänsten	1
Arbetsforum , SDF centrum /AF	1
FAS projektet Bräcke, Framtid arbete stöd (ADHD, Asperger)	2
ARIC team, Primärvårdsrehab	2
Psykiatri + fortsatt soctj. Ang. praktikplats	1
Remiss till psykiatri forts.utredning,/ via VC-läk	3
Rekommenderades ideella organisationer	1
Övrigt/Okänt	18
Ej avslutade	7
Totalt antal	70

Nästa steg efter Rehabilotsen – Vad händer efter insatserna som redovisats ovan?

En sammanfattning om deltagare avslutade fram till våren 2010 utifrån uppgifter som coachen fått av deltagare/handläggare (ej systematisk uppföljning av ca 10 deltagare). Mottagarinstansen rapporterar att Rehabilotsens deltagare varit "väl förberedda" för aktivitet och resultatet blev

- Jobb med stöd efter FAS-projekt Bräcke Diakoni
- Jobb med stöd efter Nationell handlingsplanssamverkan
- Genomfört Arbetslivsintroduktion AF och gått vidare till
 - AF och arbete
 - fördjupade insatser AF
 - tillbaka till sjukskrivning FK
- Sjukersättning - stoppat rundgång, ökat välbefinnande och minskad vårdkonsumtion
- Meningsfull sysselsättning och ökad livskvalité via Socialt kooperativ

8 RehabSöder-deltagare följde med in i Rehabilotsen under drygt ett halvår, men har ej redovisats som Rehabilotsdeltagare då de ej fått tillgång till hela modellen.

Vi har gjort egen uppföljning på hur det gått för dessa åtta personer ytterligare 9-15 månader efter avslut och funnit att 50% har egen försörjning dvs är i arbete eller studerar.

8 RehabSöder-deltagare	Dagsläget	4 egen försörjning	4 offentlig försörjning
Dessa avslutades vt 2009	ht 2010:	3 arbete (med stöd)	4 Fk
		1 studier	

2.6 Vad har vi lärt?

Rehab Söder- och Rehabilotsmodellen har erbjudit aktivitet varvat med samtalstöd och ett tvärprofessionellt teamarbete för en heterogen och komplex målgrupp. Men genom att ha

haft möjlighet till individuell anpassning inom modellens ramar har personerna fått utvecklas efter sina egna förutsättningar, vilket är nödvändigt med en så bred målgrupp. Våra erfarenheter är att det i ett första skede i intagningsprocessen är svårt att veta utifrån bakgrundsfakta i intresseanmälan hur samarbetet ska utvecklas. Vår princip har varit att "hellre fria än fälla" och givit den sökande en chans.

Psykatrikerens mening är att vi haft ett inflöde av personer med psykiatrisk sjuklighet som är utöver vad hon tidigare haft erfarenhet av i liknande projekt och att det har utvecklats en kompetens i teamet för denna svåra bedömning. Lärdomen av detta är att vi har blivit bättre på att sortera, men fortfarande föredrar att ha en bred väg in för de deltagare vi tror har nog resurser för att nå målsättningarna.

Resultatet för deltagarna stämmer med forskningsresultat från bl. a. Jenny Kärrholm, Med Dr, "Evidens finns för att tvärprofessionella team i multisektoriell samverkan ger effekt: Ändrat mående och beteende kan mätas 0-12 mån efter avslut"

En annan erfarenhet överensstämmer också med forskningen, nämligen att vi ser att man når fram till arbete 2 år eller mer efter vår insats

Kärrholm skriver: "Jobb kan mätas 2-6 år efter avslut. Beteendeförändring tar tid! Förändra livsmönster tar längre tid!"

3. Teamet

3.1 Tvärprofessionellt och tvärsektoriellt team

Teamet har bestått av flera professioner; en psykiater (8 tim/vecka), en psykolog (100%), två socionomer (100%+20-60%), en beteendevetare (50-100%), en arbetsterapeut (50%), en sjukgymnast (100%) och en projektledare (100-75-60%). Sammanlagt har bemanningen som högst motsvarat sex heltidstjänster, men oftare varit lägre pga. två nya rekryteringar under det andra året och för att under det sista året ha avvecklats och dragits ner till knappt tre tjänster. Vi har haft våra grundanställningar i de olika myndigheterna, försäkringskassan, arbetsförmedlingen, kommunen och primärvården. Våra respektive professioner såväl som myndighetstillhörighet har bidragit till en bred kompetens på många olika sätt.

Teamet har kunnat göra tvärprofessionella kartläggningar och bedömningar och kompetensen har kunnat utnyttjas kontinuerligt under hela samarbetet med deltagarna. De olika ursprungstillhörigheterna har varit en tillgång i fråga om information, kunskap och erfarenhet från respektive myndighets regelverk, arbetssätt, kultur etc. Då det skett stora förändringar inom myndigheterna under tiden som projektet har pågått, framför allt Försäkringskassans förändring kring sjukförsäkringen, har detta varit en viktig tillgång. Även Arbetsförmedlingens förändrade riktlinjer med utökad rehabiliteringsuppdrag har skapat behov av att nära kontakter med t.ex. det nya samverkanskontoret.

Vi var således 9 personer med olika bakgrunder, både till profession och myndighetstillhörighet, och det fanns ett stort behov av att skapa samsyn och ett gemensamt språk. Att ha lagt mycket tid på att i början i stor delaktighet skapa ett gemensamt arbetssätt, som blev Rehabilotsmodellens ramverk, har sedan underlättat arbetet avsevärt.

Nyttan av ett team.

Vi tror att det har varit positivt för deltagarna att de haft tillgång till flera såväl professioner som personer. Det har till exempel förefallit lättare för deltagarna att delta i de olika grupperna/aktiviteterna genom att alla har träffat sjukgymnasten som leder grupperna. Av samma skäl tror vi att det varit ett mindre steg att boka samtal med psykologen. Arbetet i det tvärprofessionella teamet innebär vidare att man kan jobba med parallella processer och ge stöd med rätt timing. För deltagaren innebär det att man ser en mening och ett samband mellan de olika aktiviteterna.

Möjligheten att kunna prata kring deltagarna i teamet belyser såväl frågeställningar som individer från många olika håll. Det ger nya infallsvinklar vilket ofta leder snabbare framåt och det skapar stöd och vägledning, för framför allt coacherna, som är de som samordnar och driver ärendena.

Tillgången till ett team gör att ansvaret delas och man slipper vara ensam med olika beslut och ställningstaganden. Att vi alltid varit flera som känner varje deltagare har gjort att det varit lättillgängligt att "bolla" frågor med någon vid behov, utan att behöva dra hela historiken.

Det skapar även en plattform för ett gemensamt internt lärande. De individer vi jobbat med har haft en komplex och omfattande problematik som krävt insatser på många plan. Här har teamets bredd varit en nödvändighet för att kunna erbjuda professionell och rätt hjälp. Exempel på konkret nytta av tvärprofessionalitet är vid Introduktionen Fas 1. Då har varje deltagare träffat flera professioner; en coach, sjukgymnasten eller arbetsterapeuten och psykologen under fyra olika samtal. De fyra introduktionssamtalen har vi sammanfattat vid ett gemensamt teammöte, där de tre som träffat individen deltar. Teamsamtalen har lett till en samlad och fördjupad bild som föder tankar och idéer om deltagarens behov, vad vi kan göra och hur en planering kan läggas upp. Ibland har deltagarnas berättelser varit relativt lik vid de fyra samtalen, men ibland har den varit förvånansvärt olik. Vi har också haft skilda perspektiv på samma deltagarberättelse. Oavsett profession har vi varit tre olika personer som har träffat samma person. Personkemi och den dynamik/process som skapas i de olika mötena ger utrymme för reflektion. I vissa fall har vi bedömt det viktigt att koppla in psykiatern. I de fallen har vi alltid dragit ärendet för hela teamet. Dragning för hela teamet har vi också gjort i de fall då coachen upplever ett behov av att få de övrigas stöd, nya infallsvinklar etc.

3.2 Roller och professioner

Sammansättning av det tvärprofessionella teamet bestämdes av en projektplanerande styrgrupp, som också rekryterade teamet. Hur de olika professionerna skulle användas fanns ej tydligt beskrivet, utan är något som vi gemensamt arbetat fram. Denna "rolldiskussion" tog initialt både mycket tid och kraft i anspråk. Det var många frågor kring hur vi kunde använda de olika professionerna på bästa och effektiva sättet. Vi kom fram till att socionomerna, beteendevetaren, arbetsterapeuten och sjukgymnasten skulle vara rehabcoacher vid sidan av sina professioner. Psykologen, psykiatrikern och projektledaren skulle enbart ha sina specifika roller.

Tillgång till psykolog och psykiater

Målgruppen har varit personer med psykisk ohälsa och personerna har ofta även haft en omfattande social problematik. Tillgången till både psykolog och psykiater har därför varit



ovärderlig. Förutom att det gagnat våra deltagare har det också erbjudit stöd och kunskap internt för hela teamet.

Psykologsamtalen har kunnat ge ett processinriktat och fördjupat stöd vilket för många varit nödvändigt för att klara av de utmaningar som en arbetslivsinriktad rehabilitering innebär. Att samtalen förts parallellt med den konkreta planering som coachen svarar för har många gånger gjort att planeringen kunnat fortskrida fortare. Det har också varit givande med de gemensamma avstämningsmöten, deltagaren, coachen och psykologen. Tillgången till en psykiater har till exempel erbjudit möjlighet att hjälpa de personer som inte har någon faktisk arbetsförmåga i form av att utifrån en specialistbedömning skriva intyg och LUH. Vår psykiater har lång erfarenhet från rehabilitering och samverkan. Kunskapen och erfarenheten från psykiatrin och i viss mån också allmän medicin, har också varit en värdefull tillgång. För deltagare med svårare psykiatrisk problematik har hennes funktion varit ovärderlig. Tillgången till en psykiatriker har gjort att vi inte behövt remittera många fall vidare. Något som vi vet hade orsakat långa och betydande glapp och gjort att helheten riskerat gå förlorad. Det har möjliggjort att vi kunnat skapa mera kompletta rehabiliteringsprocesser.

3.3 Teamprocessen

Att arbeta i projekt innebär något annorlunda än att arbeta i en enskild myndighet med en tydlig struktur och kontinuitet. Att vara ensam i sin profession i ett team är en utmaning som både breddar och fördjupar kompetensen. Och att förhålla sig till en projektplan och sen i teamet tolka den till gemensam handling, konkreta arbetsätt och verktyg är en annan utmaning som kräver både självförtroende i sin profession och öppenhet och respekt för andras perspektiv.

Teamet har gått igenom den klassiska grupputvecklingen med en första tillhörighetsfas, "smekmånad", rollsökningsfas med "storming" och har landat i en öppenhetsfas med möjlighet till kreativitet och nöjdhet där upplevelsen av att ha hittat en verksam rollfördelning och modell dominerar i de interna processerna inom projektet. Teamets beroende till externa processer har påverkat oss negativt.

Teamet hade successivt kommit på plats under våren och sommaren första året, vilket vi nu har kunnat se var mindre lämpligt. En utdragen uppstart har gjort att vi var på olika steg utvecklingen av teamet. Det var först i september som vi hade den första deltagaren på plats. Vi har lärt att vi kunde haft en smidigare och kraftfullare uppstart om projektledaren hade rekryterats först och sen fått delta i en snabbare rekryteringsprocess.

Förutsättningarna för teamet har resursmässigt skiftat (ekonomiskt och personalmässigt) och givetvis har utbyte av medarbetare påverkat processen tillbaks till "ruta ett", men så har vi tagit oss vidare igen. Om vi speglar oss i Thylefors (2005) klassifiering av tvärprofessionella team har vi tagit avstamp i det "Multiprofessionella teamet" med sekventiellt arbete och självständig rollspecialisering, men snabbt utvecklat det i önskvärd riktning mot ett "Interprofessionellt team" med samspelande specialister och ömsesidiga konsultationer. Därifrån har vi också utvecklat och situationsanpassat ibland använt mer "Transprofessionellt team" med högre grad av rollöverskridande specialister som kan täcka upp för varandra.

Tyvärr har denna positiva utveckling hejdat av medvetenheten om att projektet avvecklats i förtid med ett år av neddragna resurser och vetskapen om att inte ha fått fullfölja tre år

med aktivt deltagararbete. Det är det sista året vi har kunnat skörda frukterna av erfarenheterna och justera aktiviteterna så att de passar som bäst till behovsgruppen.

3.4 Vad har vi lärt?

En svårighet i tvärprofessionella team kan vara att de olika synsätten riskerar att krocka och det kan leda till missförstånd. Begreppsförvirring kan vara ett annat hinder. Flera av oss har också varit ensam i sin profession. Möjligheten till interprofessionella diskussioner har därmed varit begränsad, vilket lett till att man emellanåt "känt sig ensam" i sin del av bedömningarna.

Fördelarna överväger dock med råge dessa svårigheter. Med tiden har också svårigheterna blivit allt mindre. Detta i takt med att vi jobbat fram en ökad samsyn och att vi kontinuerligt har lärt oss mer, både av varandra men också om varandras respektive kompetens vilket effektiviserat utnyttjandet av den samlade kompetensen.

Under större delen av projekttiden har vi haft möjlighet att gå i gemensam handledning. Det har utgjort ett viktigt stöd för såväl arbetet med deltagarna som för teamets egna processer. Under handledningen har det gått att diskutera även mycket svåra frågor på ett utvecklande och konstruktivt sätt. Vidare har det varit ett forum för reflektion över deltagare, men på ett sätt som givit större utrymme än vad våra egna teamträffar kunnat erbjuda.

Så som vi har jobbat så har det funnits möjlighet för både mindre sammankomster i "delteam" och "storteam" där alla deltar. Teamet har kunnat jobba flexibelt i en mängd olika konstellationer från två personer till nio, som vi värderat som effektivt ur resurssynpunkt. Vi har därmed kunnat erbjuda individuella lösningar för våra deltagare där deras behov fått stå i centrum.

Vår rekommendation för ett team med en målgrupp som den vi haft är:

Det är också först nu i slutskedet vi har hunnit pröva och lärt oss hur den optimala fördelningen av andelen rehabcoacher i förhållande till specialistrollerna kan se ut. Detta för att få ett jämnt flöde, större volymer och maximalt utnyttjande av specialistfunktionerna och gruppverksamheterna.

Minst fyra till fem rehabcoacher (motsvarande heltider); med olika professions- och myndighetsbakgrund.

En psykolog (heltid); med psykiatrikompetens och även gärna arbetspsykologisk kompetens, men det är inte det viktigaste. Intresse för att arbeta med samtalsgrupper. Arbetar inte som coach.

En arbetsterapeut (heltid); Vill arbeta med och har vana från gruppverksamhet och som kan delge teamet arbetsterapeutisk kompetens men som inte arbetar med enskilda traditionella arbetsterapeutiska uppgifter. Kan också behövas som coach.

En sjukgymnast (heltid); Vill arbeta med och har vana från gruppverksamhet och som kan delge teamet sjukgymnastens kompetens men som inte arbetar med enskilda traditionella sjukgymnastuppgifter. Kan också behövas som coach.

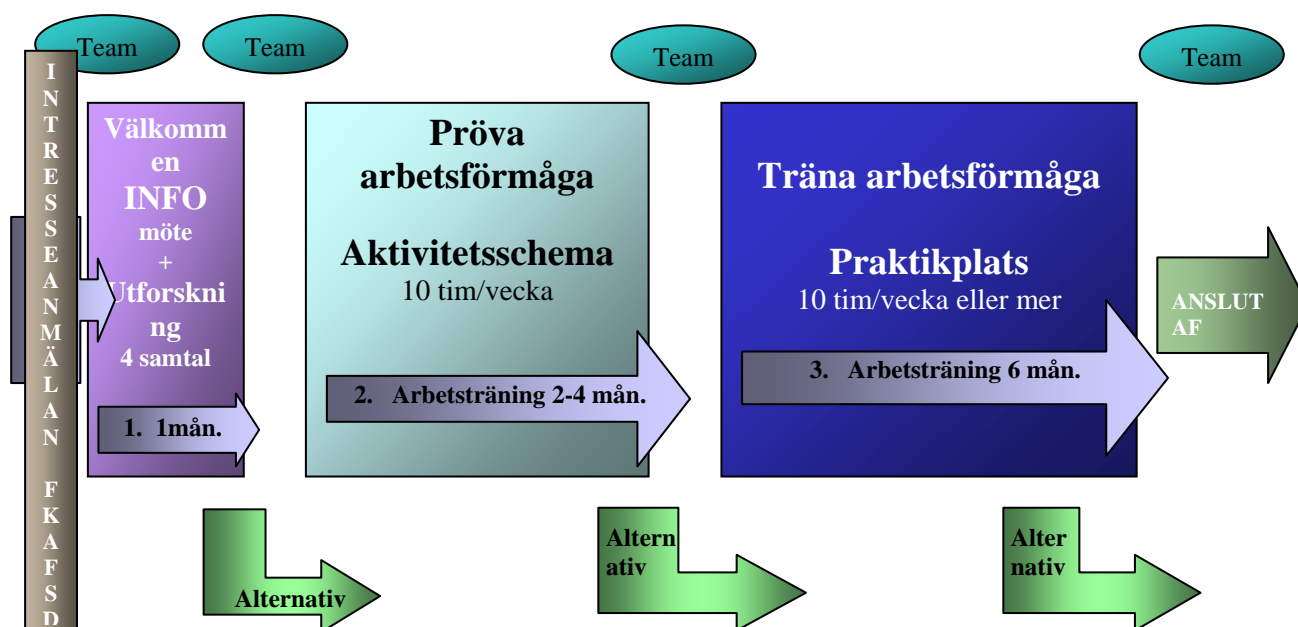
Psykiatri konsult (16-20 timmar/vecka): Omfattningen beror av målgruppens psykiatriska sjuklighet och behov. Psykiatern ska uppskatta teamarbete på jämbördiga villkor och se sin roll som en del till den samlade kompetensen vid teambedömningar och utredningar.

En projektledare; (hel/deltid) Om inte stor erfarenhet finns av rehabiliteringsarbete kan rollen kombineras med att någon i teamet har en processledarroll. Det finns fördelar med

att projektledarrollen inte är kopplad starkt till en myndighetskultur och professionstillhörighet utan kan ha helhets- och helikopterperspektiv. Det är också bra att kunna ha diskussioner och flera perspektiv på projektledningsfrågor. Nackdelen är att arbetet innebär komplexa frågeställningar som kräver att större ansvar tas av teamet, men även styrgrupp mfl ledarfunktioner, för att stödja projektledaren i professions- och sakfrågor som behövs för rollen som projektledare.

4. Rehabilotsmodellen

4.1 Bild över deltagarprocessen; omställning och förberedande arbetslivsintroduktion



4.2 Intresseanmälan och Introduktion med INFO och FAS1

Intresseanmälningsblanketten har utformats så att ansökan fylls i gemensamt så att den egna motivationen stärks och den gemensamma viljan med insatsen uttrycks och samtidigt har ett skriftligt samtycke till informationsutbyte mellan de berörda myndigheterna givits. Intresseanmälningarna har behandlats vid ett teammöte för att ge en tvärprofessionell bedömning av om vi kan erbjuda stöd för de behov som finns. Ofta har vi behövt komplettera anmälningarna med ytterligare telefonkontakt eller registersökningar (eftersom det redan finns ett samtycke) före ett ytterligare teammöte där beslut fattats om avslag och rekommendation om annan insats eller start hos oss. Därefter har vi inbjudit till ett Informationsmöte, där deltagaren och handläggaren har mött en coach som berättat mer detaljerat om Rehabilotsmodellen. Först här har den blivande deltagaren sagt sitt

slutliga "JA!" till att samarbeta med oss under ett års tid utifrån de ramar vi beskrivit. Väntetid mellan Informationsmötet och beslut om intagning och då vi har kunnat erbjuda verklig start i projektet i FAS 1 med de fyra Introduktionssamtalen har varierat från ett par veckor till tre månader beroende på arbetsbelastning, flyttar och resurser i form av medarbetare. Optimalt är att det går 2-4 veckor för att deltagaren ska kunna ställa om inför aktivitetsstart.

Under de fyra inledande samtalen har rehabcoachen mött upp kring frågor om resurser och målbilder, sjukgymnasten genomfört ett livsstilssamtal om mående och hälsoaktiviteter i vardagen och psykologen kompletterat bilden med ett samtal om mående, tidigare erfarenheter och om det finns behov av fördjupat samtalsstöd. Efter en teamdiskussion har det beslutats om fortsatt medverkan i Fas 2 och coachen har fått stöd i planeringen av nästa steg eller om det funnits bättre alternativa insatser som rekommenderats för personen.

4.3 Fas 2 Aktivitet

Metoden har kombinerat samtal och aktivitet där poängen har varit att börja med båda sakerna samtidigt för att kunna se att när man har börjat göra saker har deltagaren ofta kommit på andra uppgifter den önskat göra. Dialogen om vad som hänt i aktivitet har kunnat hjälpa personen framåt. Samtalen har koncentrerats till vad som händer här och nu. Rehabcoachen har gjort ett Aktivitetsschema individuellt med varje deltagare. Syftet har varit att få struktur i vardagen, se skillnad mellan vardag och helg, få en dygnsrytm som förbereder inför praktik m.m. Schemat har blivit ett underlag för en diskussion om hur det har fungerat, om förmågor och resurser. Denna diskussion har förts under uppföljningssamtalen med coachen och följt in i praktik eller blivit ett underlag för avslut/vidarekoppling till annan verksamhet.

4.4 Fas 3 Arbetsplatsen

Inför praktik har det varit coachens uppgift att i nära samarbete med deltagaren ta fram en praktikplats. Under Fas 2 har en schemalagd aktivitet ofta varit "praktikspionage" dvs. deltagaren har själv gått ut på staⁿ för att utan att ta aktiv kontakt ändå skapa sig bilder och känna in olika möjliga arbetsplatser. Nu kan erfarenheterna från detta användas. Man har diskuterat vad som ska berättas för arbetsgivaren och formulera syftet med praktiken. Det har varit viktigt att berätta om deltagarens behov och att arbetet med att träna arbetsförmågan ofta kommit i förgrunden framför arbetsuppgifterna. Att praktiken har kunnat övergå i någon form av anställning har inte heller alltid varit prioriterat. Coachen har besökt praktikplatsen och behållit kontakten med arbetsgivaren och deltagaren genom hela praktikperioden parallellt med att anslutning till nästa steg har förberetts. Det ser olika ut om deltagaren har fortsatt med sina samtal hos sin coach under praktiken eller om uppföljningen gjorts ute på plats.

Efter anslutning till nästa steg har en stödjande kontakt behållits vid behov, något vi kallat för "livlina". Det har känts skönt att ha någon känd person att vända sig till om det uppstått glapp mellan insatserna eller om nästa steg inneburit kraftigt minskat individuellt stöd. Erfarenheten har visat att det har varit enkelt sätt att skapa lite trygghet inför något som känts som nytt och osäkert, men att det inte utnyttjats av våra deltagare till den grad att det

blivit resurskrävande. Ett uppföljningssamtal med fika på stan efter tre månader har oftast blivit slutpunkten i kontakten.

4.5 Rehabcoachen är "allt i ett" vid komplexa problem

Vi har valt att kalla oss rehabcoacher inom projekt Rehablotsen. Vi har samarbetat med handläggare från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialtjänsten, behandlande läkare och annan berörd vårdpersonal inom primärvård och öppenvårdspsykiatri. En erfarenhet som vi har gjort är att kring vissa av våra deltagare finns det ett stort professionellt nätverk. För andra deltagare kan den enda kontakten ha varit handläggare på försörjande myndighet som man sällan träffat. I de fallen där det fanns många kontakter blev samordnarrollen viktig och i de fallen det fanns få kontakter har det tvärprofessionella teamet och rehabcoachrollen hos oss blivit viktigare.

I teamet har det varit coachens ansvar att föra ärendet framåt, att driva fram och ta beslut om insats. Coachen står i sitt samarbete med deltagaren för motivationsarbete och att göra bedömningar när och vilka insatser och aktiviteter som ska ske eller när det är läge för nästa steg. Detta görs både genom samtal och genom att erbjuda praktisk hjälp som att ringa och presentera personen eller att gå med på studiebesök. I samtalen kan coachen även gå igenom hur deltagaren kan genomföra en aktivitet t.ex. ett "praktikspionage" för att sedan utvärdera det vid nästa samtal då "uppdraget är utfört". En viktig aspekt som tillför energi i samarbetet är att coachen ägnar tankearbete åt att "ligga ett steg före" i planeringen. Sedan är det alltid upp till deltagaren att bedöma om det är rätt läge för insatsen. En sådan situation kan ge upphov till goda diskussioner.

Coachen har haft en sammanhållande roll i introduktionen, när det gäller att förmedla tider och vara den första kontakten på Rehablotsen och därigenom introducera ett möjlighetstänkade från första stund. Både i inledningsskedet och genom hela kontakten kan coachen personifiera möjligheterna med rehabilitering och vara ett ställföreträdande hopp för deltagaren via den relation som vi anstränger oss för att bygga upp. I takt med att förtroendet från deltagaren har kommit kan också relationen fördjupas. På så sätt har coachen fått en viktig roll i utformningen av det individuella upplägget.

När det är dags för praktik är det coachens uppgift att ta fram en praktikplats i nära samarbete med deltagaren. Samtal ägnas vid denna tidpunkt åt att diskutera vad vi ska berätta för arbetsgivaren och hur vi ska formulera syftet med praktiken. Det blir viktigt att berätta om deltagarens behov, t.ex. av stresshantering eller att träna på vardagliga sociala situationer – att arbetet med att träna arbetsförmågan ofta kommer i förgrunden framför arbetsuppgifterna. Coachen besöker praktikplatsen och behåller kontakten med arbetsgivaren och deltagaren genom hela praktikperioden parallellt med att anslutning till nästa steg förbereds.

Under hela kontakten har det varit coachens uppgift att återkoppla till ansvarig handläggare. Det är viktigt att det finns en pågående dialog – via mail, möten eller delrapporter. Detta blir byggstenar i berättelsen om vad deltagaren utför och utforskar i arbetet på Rehablotsen. Därigenom kan svårigheter och framsteg börja formuleras. Coachen har tillsammans med övriga teamet ansvarat för att hålla dialogen kring deltagaren respektfull och positiv, även när det handlat om stora bekymmer.

Vad har vi lärt?

En stor del av rehabcoachrollen bygger på relationen som skapas med deltagaren. I början av processen har rollen närmast kunnat liknas vid något vi har kunnat kalla för livscoach, för att sen i takt med växande och ökad fokusering på praktik och arbete övergått i en jobbcoachroll. Vi har också sneglat på innebörden av begreppet "case manager" inom psykiatri och Supported Employmentmodellen, SE, för att berika innehållet i ordet coach och för att inte blanda ihop det med den något mer lättviktiga synen på ordet coach som detta moderna begrepp har fått. Som viktig tredje komponent i rehabcoachs uppdrag är att tjäna som kontakt till och samordnare av alla myndighetskontakter.

4.6 Specialistfunktionen psykolog

Statistik över volym och innehåll av enskilda psykologkontakter

Ett utforskande samtal har genomförts med varje deltagare i Introduktionen Fas1, vilket har inneburit ca 70st.

Antal personer med fördjupad samtalskontakt har varit 22 st. Neuropsykologiska (2) och arbetspsykologiska (2) utredningar har genomförts. 1 st samtalsgrupp (10 tillfällen). Detta utgör 48 % av deltagare som har gått igenom Rehabilotsmodellen.

Återbud och uteblivanden hos psykologen är sällsynta.

När det gäller hur långa samtalsserierna har varit, är det svårt att ange antal pga individuell anpassning. Första året, då intaget av nya deltagare var högt var 5 fördjupande samtal vanligast med ytterligare 5 samtal vid behov. Någon enstaka 3 gånger bara, Sista året har minsta antal varit 5 ggr, men flertalet har utsträckt sig över allt från kanske tre mån till sex mån. Situationen har ju varit lite speciell, eftersom vi inte tog in fler deltagare från årsskiftet, och tid har funnits - vilket har gjort att det har funnits utrymme på ett sätt det kanske inte hade gjort om verksamheten hade fortgått. Dock har deltagarna haft så stora behov, att det inte har varit ett särskilt konstruktivt (eller produktivt) alternativ med kortare stödinsatser på 3-5 ggr. När det gäller någon (eller några) personer, har kontakten varit mer ett hållande i väntan på nästa åtgärd, då glapp tidsmässigt uppstått i anslutningen. I de flesta samtalen har det varit ett förändringsarbete, nära kopplat till var individen befunnit sig i sin rehabilitering. Flera av dem har haft kvarstående behov, och har fått fortsatta kontakter på annat håll (t.ex. AF) efter att vi avslutat.

Att jobba som psykolog i Projekt Rehabilotsen har innefattat flera olika delar

Det har varit viktigt att stå för det psykologiska perspektivet i införasens inledande teambedömningen som varje deltagare gått igenom. Psykologen har även fungerat som stöttning åt teamet i psykologiska frågeställningar kring deltagarna, både generellt och i enskilda fall. Vidare har enskilt stöd i form av fördjupad samtalskontakt, antingen av stödjande eller mer bearbetande karaktär kunnat erbjudas deltagarna där det har funnits behov. I viss utsträckning har även arbets- och neuropsykologisk testning genomförts, då det funnits frågetecken kring deltagares kognitiva funktionsnivå/kognitiva profil.

Psykologen har också tillsammans med sjukgymnast hållit i samtalsgrupper, där hon har ersatt arbetsterapeuten i motsvarande gruppverksamhet som hållits terminen innan.

Vad har vi lärt om psykologens del i "processen".

Det Rehabilotsens deltagare har gemensamt, är att de under en längre period haft en oförmåga till arbete, pga. av psykisk och/eller fysisk ohälsa. Det har dock funnits stora

skillnader i var i sin rehabilitering de befunnit sig när de remitterats till Rehabilotsen. Det finns de som redan varit föremål för omfattande insatser, som haft pågående eller avslutade kontakter med psykiatri eller primärvård, medan andra i större utsträckning hamnat mellan stolarna, och trots långvarig psykisk ohälsa inte kommit i kontakt med rätt vårdinstans. Det har också funnits stora skillnader i grad av psykisk ohälsa.

Rehabiliteringen inom Rehabilotsen har ju kunnat erbjuda en individuell utformning utifrån varje enskild deltagares förutsättningar, och psykologstöd har erbjudits i de fall där man har bedömt att det har funnits ett behov, som har kunnat tillgodoses av de resurser som funnits inom teamet. I vissa fall har deltagaren själv uttryckt önskemål om extrastöd, ibland har det varit teamets rekommendation efter introduktionsfasen och i ytterligare andra fall har behovet uppmärksamats av deltagarens coach, då det under någon av faserna blivit uppenbart att deltagaren behövt extra stöd eller behövt jobba med något specifikt område för att kunna gå vidare i sin rehabilitering.

Rehabilotsmodellen har ju tillhandahållit en ram som varit utgångspunkt för det psykologiska arbetet med deltagarna. Utifrån detta har målformuleringen med de olika deltagarna skiljt sig åt, utifrån var och ens historia, situation och problembild. Att återigen (eller för första gången) etablera sig på arbetsmarknaden, efter en längre tids utanförskap är ett stort steg, och det behövs mycket stöd. I arbetet med att bygga upp ett självförtroende, är det viktigt att identifiera var man befinner sig, och få en realistisk bild både av sina resurser och förmågor, och de ev svårigheter och hinder som finns, för att utifrån detta sedan våga prova och ompröva sin förmåga i en verklig situation. I vissa fall kan det vara så att hindren/svårigheterna, i alla fall i "nuläget", är för stora för att det ska vara realistiskt att tänka sig en återgång i arbete. Man kan då behöva stöttning, i att arbeta med insikten om och sorgen över att man kanske har förlorat delar eller hela sin arbetsförmåga, för att nå fram till acceptans och omorientering.

Ibland har det också funnits behov för deltagare att arbeta med att ändra (beteende) mönster som gjort det svårt för dem att fungera på ett bra sätt i relationer och arbetsliv. I de fall det framkommit att en deltagare haft en allvarigare psykiatrisk problematik, eller andra behov som inte kunnat tillgodoses på Rehabilotsen, har teamet försökt remittera vidare till rätt behandlingsinstans/sammanhang.

4.7 Specialistfunktionen sjukgymnast

Att jobba som sjukgymnast i Projekt Rehabilotsen har innefattat flera olika delar

Som sjukgymnast har jag ansvarat för ett av de fyra bedömningssamtalen i introduktionen. Det samtalet följer en samtalsmodell som är inspirerad av ett salutogent förhållningssätt och bygger på frågan vad som skapar hälsa, harmoni och välbefinnande. Syftet har framför allt varit att kartlägga hur våra deltagare har det med hälsan och de mest basala delarna i livet såsom sömn, mat och relationer.

Vid behov har jag kunnat erbjuda konsultationer och praktisk rådgivning kring träning, värk/smärta och andra sjukgymnastiska frågor. Jag har även skrivit recept på fysisk aktivitet, FaR. Jag har inte utfört någon individuell behandling, men däremot har det funnits möjlighet att få hjälp med ett träningsprogram i gym vid behov.

Under våra teamdiskussioner har jag kunnat bidra med den sjukgymnastiska infallsvinkeln i de fall där det behovet funnits, liksom varit delaktig i bedömningen av om vidare utredning och/eller behandling inom sjukvården krävs med mera.

Jag har haft huvudansvaret för Rehabilotsens egna utbud av grupper och aktiviteter. På 50 % av min tjänst har jag varit rehabcoach. Se beskrivning av coachrollen. En delad rollfunktion mellan att vara både gruppledare och coach har diskuterats inom teamet. Fördelar har varit att det blir flexibilitet i teamet så att arbetsfördelningen kan justeras efter aktuell efterfrågan på t.ex. coachfunktionen. Nackdelen är att det inte har ansetts så lämpligt att vara coach för en person som samtidigt ingår i en gruppverksamhet. Pragmatisk lösning har varit att skilja på samtalsgruppen där det inte varit okej att dubblera och övriga grupper av mer praktisk karaktär där rollerna har kunnat kombineras. Här har vi inte kunnat enas om en absolut principiell uppfattning utan frågeställningen har fått sin lösning i varje enskilt fall.

Reflektioner kring sjukgymnastrollen

Rollen som sjukgymnast i teamet har varit bred, då den även innefattat att vara rehabcoach samt att jag har haft ansvaret för samtliga aktiviteter, också för aktiviteter som traditionellt anses vara mera arbetsterapeutiska. Detta blev resultatet då vi i teamet gemensamt fördelade arbetsuppgifter och ansvarsområden. Upplägget baserades på såväl deltagarflödet, våra respektive erfarenheter och intressen. Då jag har lång erfarenhet av att jobba med grupper, både med olika former av fysisk aktivitet och samtalsgrupper så fick det uppdraget. Ur projektets synvinkel blev det vidare lämpligt att en person var ansvarig för aktiviteterna, så att övriga kunde hantera så många coachärenden som möjligt.

Att vara ensam i sin profession har varit på både gott och ont tycker jag. Många gånger har jag saknat sjukgymnastkollegor att konsultera och diskutera med. Att diskutera med de övriga i teamet har dock alltid gett nya infallsvinklar som varit både berikande och lärorika och jag har under projektets gång lärt mycket nytt. Vid behov har jag kunnat ta kontakt med mina före detta kollegor inom primärvården.

Att i huvudsak en person haft ansvaret för samtliga aktiviteter har samtidigt som det varit effektivt inneburit en sårbarhet. I de fall då jag inte varit på plats det ofta kunnat lösas genom att någon annan i teamet ersatt mig. Detta har varit möjligt i promenad- och fredagsgruppen. Qi Gong- och kroppskännedomgruppen däremot har fått ställas in de gånger jag inte varit här. I samtalsgruppen behövde det aldrig bli ett problem då vi alltid var två ledare. Att vara två ledare har även den fördelen att man kontinuerligt kan bolla idéer och på så vis utveckla aktiviteter på ett inspirerande sätt. Två eller flera personer innebär alltid ett mervärde i det sammanhanget. Det ger bredare kompetens, delat ansvar, två par ögon ser mer än ett par liksom två par öron hör mer och så vidare. Även om teamet funnits där för att bolla tankar och idéer med är ett större samarbete kring grupperna/aktiviteterna något som jag har saknat emellanåt.

Vad har vi lärt om sjukgymnastens del i "processen".?

Min sammanfattande reflektion är att min individuella insats blivit mera meningsfull då den alltid satts i ett större sammanhang där övriga teamet erbjudit de andra bitarna nödvändiga för att skapa en helhet. Förutom att det lett till personlig tillfredsställelse tror jag att våra gemensamma krafter lett till att ge våra deltagare i många fall kunnat få en god hjälp på vägen.

4.8 Specialistfunktionen arbetsterapeut

Arbetsterapeutens roll har varit att bidra med specialistkompetensen i teamdiskussioner och aktivitetsarbetet men att huvudsakligen verka som rehabcoach.

All rehabilitering, behandling och omställning från ett till ett annat tar tid. Detta vet man från av erfarenhet och det finns även forskning som säger så. Förändring tar tid, detta är självklarheter som väldigt ofta glöms bort.

Min syn är dessutom att relationen, mötet med klient, patient är oerhört viktigt, vilket också finns stöd för i forskningen.

Omorientering, förändring fungerar bara om du själv är på allvar delaktig. Frivillighet, klientcentrering, full respekt för individen är vägar till delaktighet. Ett förhållningssätt där du strävar efter att respektfullt bemöta, *försöka* förstå, göra delaktig är framgångsrikt. Motsatsen att t.ex. *lära* ut, sätta dig över m.m. försöker vi avstå från. Detta finns också forskat på, liksom kontakt och engagemang hos hjälpare och terapeuter som den viktigaste markören för förändring.

Teamarbete där diskussioner tillåts och där respekt och nyfikenhet för olika perspektiv finns tror jag också på. Att alla ska stå efter samma mål är viktigt - här ligger det i själva modellen, det handlar om meningsfull sysselsättning, arbete eller ökad livskvalitet, men jag tror inte den forskning som säger att alla måste arbeta precis efter samma modell. Jag tror ändå det är omöjligt - tror på relationen långt mer än något färdigt koncept där du som behandlare följer en manual. Vi bör dock förenas i en humanistisk grundsyn (dessvärre svärdefinierat), respekt för individen, en grundsyn där du inte är tvärsäker på att du vet. Ska vi kalla det en gemensam tyst kunskap som inbegriper dessa värden och som får sitt uttryck i mötet med deltagaren?

Det är också mycket värdefullt att myndigheterna, fk och af har funnits under samma tak och varit så nära i och med att personalen själva kommit därifrån, saknade bara större närhet till socialtjänsten via teamet.

Nyckelord

TID
RELATION
AKTIVITET
SKAPANDE VERKSAMHET
GRUPPVERKSAMHET

HUMANISTISKT FÖRHÅLLNINGSSÄTT
KLIENTCENTRERING

TEAMARBETE
NÄRHET TILL MYNDIGHETER - SAMARBETE

Vad har vi lärt om arbetsterapeutens del i "processen"?

Ur arbetsterapeutiskt perspektiv är görandet-aktiviteten både behandlingsredskap och utredningsverktyg. Gruppverksamhet, ofta aktivitetsgrupper, är nödvändigt i denna typ av verksamhet. Begrepp som aktivitet; mellanområde, produkt, självkänsla, delaktighet, normalisering, glädje, finnas i ett sammanhang, flow... alla viktiga ingredienser för rehabilitering.

Man börjar också alltmer förstå och forska kring sambandet hälsa-aktivitet-görande-konst-kultur-bild-natur-trädgård, vilket vi försökt ta fasta på i utformandet av aktiviteter.

Det har det varit oerhört roligt att, från att ha träffat personer som varit sjukskrivna länge och funnits i psykiatrin, fått se att med framför allt TID (inte oändlig, men väl avvägd) och respekt för den enskilde människan går det att komma vidare till arbete eller annan meningsfull sysselsättning. Jag tror absolut på den här formen av verksamhet och tycker det är väldigt ledsamt att det inte på ett enkelt sätt går att mäta att det lönar sig, inte bara för den enskilde, utan också för samhället.

4.9 Specialistfunktionen psykiatrikonsult

Statistik över volym och innehåll av enskilda psykiatrikerkontakter

Ca10 ärenden har i första hand krävt ett ställningstagande till sjukersättning. Minst 7 ärenden har krävt en bedömning av hur man ska gå vidare i handläggningen. Detta utgör 11 % av deltagare som har gått igenom Rehabilotsmodellen. Ytterligare ca13 deltagare har tydligt krävt psykiaterkompetens i teamdiskussionerna för att stötta coachen.

Att jobba som psykiater i Projekt Rehabilotsen har innefattat flera olika delar:

Uppdraget har bestått av att

- i egenskap av psykiater delta i teamdiskussioner och ge ett psykiatriskt perspektiv på deltagarna i projektet.
- träffa deltagare i samtal i syfte att utreda och formulera psykiatriska frågeställningar och göra en diagnostisk bedömning
- att efter diagnostisk bedömning sortera ut de deltagare som har en sådan problematik att prognosen inte förbättras av ett rehabiliteringsarbete
- skilja ut psykosocial pålagring på det somatiska tillståndet
- gå igenom och analysera tidigare skrivet mtrl (utredningar etc.) kring deltagaren och vara bollplank till övriga teamet när det gäller olika dokument
- vara med och guida i de processer som ibland skapas kring psykiatriska klienter
- skriva psykiatriska intyg och utlåtanden
- vara med i trepartsmöte mellan myndigheter kring deltagaren
- bedömning av de somatiska tillstånd som ibland är invävda i det psykiatriska tillståndet och där klienten inte själv tagit tag i frågan
- bidra med kunskaper om sjukvårdens möjligheter/begränsningar

Rehabilotsens deltagare har haft en komplex problematik med många slags psykiatriska och psykosociala frågeställningar och även vissa somatiska tillstånd.

Man ser i gruppen effekter av att psykiatrin inte längre tar sig an vissa diagnoser och problemställningar vad gäller psykisk ohälsa. Gruppen tillhör idag Primärvården men kräver i många fall en psykiatrisk måttstock och psykiatrisk handläggning.

Upplägget har varit sådant att utifrån få timmar för psykiatrin i projektet så har övriga teamet förmedlat deltagare till psykiatrisk bedömning när man sett problem av olika slag. Under projektiden sker en utveckling där allt fler bedöms ha mer av psykologisk - psykiatrisk problematik än vad man såg inledningsvis kunnat se. Flera personer har inte full arbetsförmåga.

Eftersom dessa personer har gått runt under många år bland olika samhälleliga insatser så har det funnits ett stort behov av att analysera "dolda" psykiatriska frågeställningar i deras livshistoria. Detta för att ta ställning till hur man skall gå vidare med en rehabiliteringsinsats. Lika viktigt är att sortera ut de personer där man inte skall göra någon insats alls – den gruppen har också funnits i Rehabilotsen.

I många fall har det funnits behov av skrivna utredningar och intyg angående psykisk ohälsa till olika myndigheter och arbetsgivare. Det är en tidskrävande uppgift att skriva dessa dokument. Genomgående är psykiatriområdet ett svårt ämne att skriva intyg och utredningar för. Det är tidskrävande och det fordras erfarenhet för att se igenom den

”skyddande hinnan” hos den psykiatriska klienten. Andra områden inom ”sjukvårdens sfär” är mycket enklare då det finns mycket man kan se ”med ögat”. Det framgår tydligt i Rehablotsens arbete att Primärvården i Centrum har svårigheter erbjuda dessa bedömningar kring psykisk ohälsa. Många av de privata Vårdcentralerna har mycket litet av utbud kring psykologisk/psykiatrisk bedömning och utredning och allmänläkarna har här en besvärlig situation.

Under tiden som Rehablotsens projekt har Försäkringskassans förändrat regelverket kring sjukskrivning och kriterierna för sjukersättning. Det man allmänt kan säga utifrån vad man ser i kliniskt arbete är att den nya Rehabkedjan fungerar sämre för personer med psykisk ohälsa och komplex sjuklighet. Det är idag också mycket svårt för individen att få hjälp från sjukvården med ett LUOH till Försäkringskassan – alltså intyg som beskriver patientens psykiska funktionshinder i förhållande till sjukförsäkringen.

Primärvården har idag inte kunskap och erfarenhet kring den psykiska ohälsan i tillräcklig utsträckning för att beskriva det psykiska funktionshindret inför Försäkringskassan.

Patienten hamnar här i ett tomrum och i en mycket *rättsosäker* situation då man inte kan få sin psykisk ohälsa vederbörligen utredd och bedömd speciellt i förhållande till sjukförsäkringen.

Skulle man ha gått vidare med Rehablotsen skulle man med vissa ändringar kunnat få ett välfungerande resursteam för psykisk ohälsa i centrala Göteborg. Utifrån den komplexa bilden av sjuklighet, diagnostisk bredd och stort behov av skriven dokumentation kring det psykiska handikappet bör man ha en psykiater i teamet på minst halvtid. Att bara som en ”extra krydda” - ha ett fåtal timmar psykiater är i längden ingen lyckad lösning och blir lätt frustrerande för alla parter.

Viktigt hade varit att, utifrån de utvärderingsinsatser som gjorts kring Rehablotsen, man hade haft en jämförelsegrupp där man hade mer av psykologisk behandlingsinsats för de personer som var i behov av detta. Vissa personer skulle sannolikt ha kommit längre i sin utveckling med ett sådant tillägg. Men gruppen deltagare är komplex och det behövs insatser av olika slag. Det är däremot ingen omöjlighet att erbjuda gruppen terapeutisk hjälp – det finns behandlingsstrategier utforskad kunskap kring vad typ av insatser som skulle behövas. De flesta i Rehablotsens grupp kan inte gå in i den typ av KBT behandling som erbjuds idag inom Primärvården. De har också konsekvent blivit avvisade vilket är en riktig bedömning. Många har behov av annan typ av behandlingskontakt, men möjligheten att kunna välja annan inriktning på behandlingskontakter finns knappast idag. Det finns alltså ett behov av ett mer differentierat utbud av behandlingskontakt som behövs för denna grupp.

Det vi också har konstaterat är att det är svårigheter lämna över deltagare med komplex problematik till inremitenten. Det behövs tid till att förankra analys och handläggning av olika ärenden till inremitenten. Ibland är inremitenten inte nöjd. Exempelvis har man kring en viss klient önskat en bedömning inför t.ex. sjukersättning och när bedömningen kanske inte utfallit såsom inremitenten önskat så är det inte alltid så lätt brevledes/eller via mail förklara varför. Det är också så att patienten/klienten måste vilja göra en ansökan om exempelvis sjukersättning för att sjukvården skall kunna gå vidare – här kommer etiska frågor för psykologiskt/psykiatriskt behandlingsarbete in och dessa är viktiga att beakta. Samma resonemang gäller kring medicinering. Det svåra i de psykiatriska frågeställningarna är ju att individen själv inte alltid ser sitt eget problem, däremot kanske alla runtomkring ser det. Frågor kanske också behöver tid för att mogna vilket vi inte haft

tidsmässigt utrymme för i detta projektarbete. Undertecknad skulle ha behövt mer av tid för att träffa inremitenten och gå igenom ärendet – tid som vi tyvärr inte alltid haft.

Vad har vi lärt av psykiatrikerns del i "processen".?

Viktig slutsats är att ett resursteam med flera professioner är det bästa sättet hantera psykisk ohälsa. I olika utredningar kan man läsa om "jakten på olika instrument" som skall ge det sanna svaret på frågan – "vad är det med patienten". Utifrån många år i psykiatri är min slutsats att det finns inget sådant instrument. Instrument som skattningsskalor och frågeformulär är endast hjälpmedel. Ett team som arbetar kring psykisk ohälsa är den bästa och mest kvalitativa vägen att gå när det gäller bedömning av psykisk ohälsa. Ett team är också bästa väg för att nå en framgångsrik rehabilitering.

Ett team i arbete kring psykisk ohälsa är en kvalificerad verksamhet som kräver skolning, kunskap och erfarenhet. Det kräver också en *person* bakom *professionen* som har fallenhet och intresse inför sitt arbete. Att arbeta med psykisk ohälsa är många gånger ett arbete som är fyllt av utmaningar, svåra frågeställningar och kräver energi. Det är därför viktigt att genom disciplin men också genom trivsselfaktorer skapa ett gott samarbetsklimat och hålla teamet "friskt". Personalen är det viktiga verktyget i all slags rehabilitering. Att ha tillit och förtroende till sina medarbetare gagnar till syvende och sist klienten/patienten – då blir det ett bra resultat.

Alla individer är olika det är därför kan de inte behandlas lika. Det kräver en ödmjukhet och en villighet att lyssna till den man möter. Vi har haft många sådana goda medarbetare i teamet och sannolikt är det också det - som trots en komplicerad resa för Rehabilotsen - skapat ett efter förutsättningarna bra resultat.

4.10 Samlokalisering

Utredningsinsatser i kombination med aktivitet i teamsamverkan kräver en lokal med gruppaktivitetsrum, vilket vi fick tillgång till efter ett år i anpassade lokaler. Det underlättar processen att ha egna Fas-2 aktiviteter samtidigt som det ibland finns vinster av att också ibland kunna erbjuda köpt arbetsträning "ute" t.ex. från Arbetskraft i Härlanda som ett halvt steg vidare mot en arbetsplatspraktik

4.11 Växelverkan Samtal - Aktivitet

I början var det svårt med aktivitet eftersom vi inte hade egna aktiviteter. Vi hade uppfattningen att vi kunde använda oss utav aktiviteterna som redan fanns ute i samhället, men med förändringar med köpa/sälj system där Af/Fk köpte platser, fick vi inte tillgång till dessa. Vi ser att det finns ett värde att dialogen mellan deltagare och coach kompletteras med handledarperspektivet i aktiviteten.

Det har funnits en bestämd tid i veckan som coacherna har kunnat träffa handledarna på Arbetskraft i Härlanda och få feedback. I vissa situationer behöver coachen komplettera aktivitet med samtal från psykolog för fördjupat stöd. Detta kan medföra att det frigörs tid hos coachen för att fokusera och planera nästa steg. För deltagaren har det inneburit att man kan ge ett fördjupat stöd där vi kan möta och bekräfta personen tillräckligt för att möjliggöra att personen klarar att tänka framåt. Det gör att det aktivitetsinriktade samarbetet sker parallellt med det fördjupade stödet. (Inre och yttre processer) Vi har upptäckt att behovet av det fördjupade stödet ofta kommer en bit in i processen. Eftersom



coachen och psykologen är kollegor i samma team ger det oss möjlighet att tidigt kunna diskutera behov och erbjuda insatser vid rätt tillfälle (Timing).

När vi väl hade kommit till våra ordinarie lokaler kunde vi skapa aktiviteter. Vi såg att det fanns behov av aktiviteter som komplement till Arbetskraft i Härlanda och att kunna erbjuda tillräckligt goda aktiviteter som tillfredställer olika viktiga behov hos våra deltagare.

4.12 Gruppaktiviteter

Sjukgymnasten har haft huvudansvaret för Rehabilotsens egna utbud av grupper och aktiviteter. Grupper som kontinuerligt har funnits, vardera en gång/vecka i ca 2-2½ timme, är en promenadgrupp, en Qi Gong- och Kroppskännedomsgrupp, en aktivitetsgrupp, "Fredagsgruppen", med olika innehåll beroende på årstid och intresse i gruppen (tex. plantering, bakning, betonggjutning mm). Vi har också haft en samtalsgrupp som sjukgymnasten lett tillsammans med först arbetsterapeuten och senare psykologen. Samtliga grupper utom samtalsgrupperna har varit öppna grupper där deltagare kunnat anmälas kontinuerligt och fortsätta så länge som behovet funnits. Samtalsgrupperna har vid bägge tillfällena varit slutna grupper som har träffats vid totalt 8 respektive 11 tillfällen under en termin. Även enstaka "After-Work" träffar med tema har ordnats under senaste året, i samarbete med projekt ArbetsRätt, på tema "Vardagsekonomi", "Tillgänglighet", "Stress" och "Diskriminering". Ytterligare pilotgrupp för att pröva samarbete med ArbetsRätt har genomförts, en Betonggrupp 4 gånger à 2,5 tim
Deltagarantal: Skiftande antal deltar varje gång, ner till hälften av anmälda ibland. Man har kunnat delta i en eller flera grupper samtidigt.

GRUPP	Vt 09	Ht 09	Vt 10	Ht 10
Promenadgrupp	6	12	15	16
Qi-gong			10	13
Fredagsgrupp		4	10	16
Betonggrupp				4
Samtalsgrupp		6	9	
After-Workgrupp			5-7	5-7

Erfarenheter och reflektioner från grupperna

Att lägga in aktiviteter i ett schema kan ha många syften. Några av de viktigaste i den rehabilitering inom vilken vi verkar har varit att skapa en vardagsstruktur, bryta isolering, börja passa tider, lära känna nya människor, göra något lustfyllt samt jobba med sig själv på olika sätt. En grupp kan vidare erbjuda en gemenskap, möjlighet att träffa andra som befinner sig i liknande situationer och det är en bra arena för dialog och erfarenhetsutbyten. I kombination med den individuella fortlöpande kontakten med coachen har det för många varit ett bra komplement. Vi har strävat efter att våra grupper ska erbjuda ett trivsamt, socialt och öppet sammanhang. Därför har till exempel fika varit ett stående inslag i alla grupper, utom i Qi Gong-gruppen.

Grupperna hos oss har varit ett alternativ bland flera att fylla den förberedande fasen (Fas2) inför praktiken med. Vissa har deltagit i alla eller flera grupper under en längre sammanhängande period. Andra har varit med i någon av grupperna och kan parallellt med detta ha haft aktiviteter i annan regi. Ytterligare ett antal har inte alls deltagit i våra egna grupper utan haft andra externa aktiviteter. Det har varit möjligt att gå in och ut ur

grupperna (utom samtalsgrupp). Behovet att komma åter har visat sig i de fall då det uppstått ett längre glapp av någon anledning. Det kan till exempel ha handlat om att en person behövt avbryta en praktik och i väntan på att man ska hitta en ny kan de komma tillbaka. Syftet har då oftast varit att upprätthålla vardagsstrukturen och undvika att på nytt hamna i negativa, passiva livsmönster, vilket varit en risk hos många av dem vi träffat. I aktivitet och i samvaro med andra får man ofta utlopp för, och visar, andra sidor av sig själv än de som framkommer i individuella kontakter. Därför har det gett oss möjlighet att skapa en bredare bild av deltagarna. Det kan exempelvis handla om hur man hanterar att komma i nya sammanhang och hur man agerar i sociala sammanhang, hur man tar sig an en uppgift, hur det är med uthållighet och koncentration. Det är information som kan ligga till underlag för resonemang tillsammans med deltagarna och som kan vara värdefull inför en praktikplacering och så vidare.

En lärdom som vi har gjort är det inte alltid är det som vi själva förväntar oss som blir det som får mest betydelse för personerna, nya saker kan framträda efterhand. Det kan vara att en annan person i gruppen blir viktig, att aktiviteterna väcker ett intresse som personen sedan söker sig till och fortsätter med på sin fritid, att man får ny information om sig själv på olika sätt och som kan leda vidare etc. Sammanfattningsvis har vi sett att det legat ett värde i att vi kunnat erbjuda aktiviteter av olika slag.

4.13 Vad har vi lärt?

Framgångsfaktorer som vi ser det:

- ☺ **Tvärprofessionella team - Komplexa behov**
- ☺ **Aktivitet & Relation**
- ☺ **Tid & Tålamod & Timing**
 - Rehabilitering som tillåter deltagarna att växa "i sin egen takt"
 - Samlokalisering av team och aktiviteter
 - Samarbete med myndighetsutövande handläggare
 - Invänta rätt läge för att starta ny insats genom risk för energi förluster vid oro för försörjning och att "Nästa steg" kan te sig oerhört stort vid byte av myndighet
 - Anslut till nästa myndighet med överlappning genom noggrann planerad överlämning och parallella insatser för att skapa kontinuitet
 - Acceptans och resurser för långa insatser i verksamheten

möta

bedöma

stödja

coacha

rusta

matcha

5 Omvärldsfaktorer

Projektet har verkat i en period av extremt stora omvälvande samhällsförändringar. Frågor som på ett avgörande sätt påverkat verksamheten under perioden är omvärldsfaktorer som utgår från finanskrisen och som innebär ökad arbetslöshet och därmed ökad belastning på

kommunens socialtjänst samt de politiska beslut som påverkat de samverkande myndigheternas uppdrag och agerande runt socialförsäkringsfrågorna. Socialtjänsten har tvingats till omprioriteringar under 2009 och har också påbörjat en stor organisationsförändring med stadsdelssammanslagningar från 21 till 10 stadsdelar som genomförs 2011.

Regeländringar som skett i Rehabkedjan hos Försäkringskassan, där tidsbegränsad sjukersättning upphört samt hanterandet av utförsäkringar är något många av våra deltagare har blivit berörda av. Den oro som osäkerhet i försörjningsmöjligheter skapar är kontraproduktiv i rehabiliteringsprocessen. Förmågan att fokusera på beteendeförändringar och nya målbilder försämras drastiskt.

Nytt uppdrag inom AF med Arbetslivsintroduktion under tre månader har blivit vår nya samverkansutmaning för att hitta bra former för överlämningar av de ofta sköra individer som det gäller. Den nya verksamheten inom AF Samverkan har också blivit "nygamla" samarbetsparter ffa gällande Nationell Handlingsplanssamverkan.

Primärvården Göteborg har genomgått stora omvälvningar. Offentligt drivna vårdcentraler har konkurrensutsatts genom möjligheten till nyetableringar av privat ägda vårdenheter på lika villkor. Detta har inneburit delvis en förändrad bemanningsbild där de psykosociala resurserna har minskat på primärvårdsnivå, förhoppningsvis bara kortsiktigt. Samtidigt sker en omfördelning av patientflöden med psykisk ohälsa från psykiatri till primärvårdsnivå enligt den vertikala prioriteringsordningen. Regionens vårdförändringar har påverkat möjligheten att nå fram till både psykiatrisk och psykosocial kompetens. Allt detta har påverkat myndigheternas möjlighet att både styra och ta ansvar för projektet och dess erfarenheter.

6 Samverkan - externt

Samverkan internt beskrivs under rubrikerna Teamet, Rehabilotsmodellen

6.1 Organisering Samordningsförbundet och Ägarmyndigheterna

Sedan 2004 finns möjlighet att med stöd av lagen om finansiell samordning skapa ett samordningsförbund där insatser från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad samordnas. I Göteborg Centrum skapades ett samordningsförbund år 2005. Tanken med ett samordningsförbund är att de samverkande myndigheterna varje år lägger en del av sin budget i en gemensam kassa som samordningsförbundets styrelse beslutar över. Pengarna skall sedan gå till insatser för personer som behöver stöd från mer än en myndighet för att återfå eller förbättra sin arbetskapacitet.

Samordningsförbundet Göteborg Centrum har beslutat att prioritera följande grupper:

- Unga vuxna, särskilt de som har psykisk ohälsa.
- Personer med psykisk ohälsa
- Långtidsberoende av försörjningsstöd

6.2 Vad är det för vits med samverkan?

Vinnarkonceptet Rehabilotsen ger positiva effekter avseende minskad vårdkonsumtion och minskad kostnad i sjukersättningsystemen visar den samhällsekonomiska utvärderingen. Minskad rundgångsproblematik rapporteras av deltagarna. Brukarenkäten visar på ökad förmåga till förvärvsarbete genom ökad aktivitetsförmåga och stärkt socialt deltagande och kompetens, vilket sannolikt leder till arbete, åtminstone på deltid, på sikt. Långsiktig effekt på samhällsekonomin i sin helhet förväntas vara positiv på sex års sikt med Rehabilotsens insats som språngbräda. En behovsgrupp som står så långt från egen försörjning vid ingång kan när myndighetsinsatserna samordnas hos oss anslutas till nästa instans väl rustade för nästa steg. Många deltagare beskriver i positiva ordalag den hjälp, det stöd den tröst - det "extra" man fått. Samverkansekonomi kan sammanfattas som: "En insats här kan ge förtjänst där och att en åtgärd nu minskar kostnaden sen". Om balansräkningar sträckte sig över längre tid skulle det vara enklare att visa att slutligen går alla med vinst!

Vi vet att det fungerar. Vi hoppas att det i framtiden inte handlar om en liknande arbetsmodell behövs utan snarare om *vem* som ska ta över ansvaret och ett fördjupat och ytterligare utvecklat *hur* det ska gå till.

6.3 Ledning och styrning

Samordningsförbundet Göteborg Centrum leds av en styrelse. Till sin hjälp har styrelsen även en beredningsgrupp och ett kansli. Varje projekt har en styrgrupp med representanter från alla huvudmän och verksamheter som berör inriktningen på projektet. Styrgruppens medlemmar är representanter för sin hemmaorganisations kompetens men ska styra mot de gemensamt framtagna projektmålen.

Styrgruppen ska tillsammans med projektledare/processledare och kansli styra utveckling av arbetsmodell utifrån projektplan och förändrade omvärldsförutsättningar på en övergripande ramnivå. Viktigt är att man samtidigt kan vara en diskussionspart och "bollplank" för projektledaren både i strategisk planering liksom i detaljerade kunskapsfrågor som berörs av hemmamyndighetens verksamhet. Önskvärt är att styrgruppsmöten genomförs med respekt för allas perspektiv och med öppet klimat samtidigt som projektets målsättningar och framgång bör överstyra särartsintressen vid beslut.

En bild för ledning av ett projekt är att tänka sig ett triangulärt spänningsfält mellan Projekt, Myndigheter och Samordningskansli. Mitt i spänningsfältet befinner sig de som vi är till för- brukarna och den insats som de får ta del av. Om inte triangeln kan verka i balans försämras förutsättningarna för verksamheten vilket drabbar deltagaren i projektet.

6.4 "Golvnivå"

Rehabcoachens roll som kontaktlänk till den handläggare som ansvarat för myndighetsutövning och gjort intresseanmälan är central. Att hålla sig ajour med förändringar i regelsystem som påverkar tex försörjningsläget har visat sig spela stor roll för att det inverkar så på rehabiliteringsprocessen. Coacherna har nästan alltid haft gott samarbete med handläggare och vårdkontakter. Det är i ett fåtal fall det har krånglat och



det beror då bla på att man upplever att vi har agerat långsamt eller att man saknat den återrapportering som varit önskvärt. Vi har tagit till oss kritiken att vi ibland varit dåliga på att återföra hur det går för deltagaren och ökat återrapporteringen när den efterfrågats. Några enstaka gånger har krockar uppstått pga kulturskillnader eller för att myndighetens regelsystem helt enkelt motverkar rehabiliteringens intentioner.

Då flera av våra medarbetare har året börjat arbete i myndigheterna underlättas samarbetet där och vi är stolta över att de med Rehabilotsens samlade erfarenheter av rehabilitering har visat sig platsa väl i de nya organisationerna. Detta kan ses som en slags implementering "light"; förhållningssätt och arbetsmetoder kan överföras på det interpersonella planet från projekt till ordinarie arbete. Detta gäller såväl övergångar till AF som till FK, PV/VGR och arbetsmarknadsenhet inom kommunen.

6.5 Information

Tillgång till Rehabilotsens verksamhet har de haft som ingått i målgruppen. Information om projektet skedde vid en Kickoff och via linjecheferna i styrgruppen samt via informationsmöten som har genomförts kontinuerligt på handläggarnivå ute i de samverkande myndigheterna. Informationsfoldrar om Rehabilotsen har producerats i samband med uppstart och nyhetsbrev via e-post har skickats ut under den period vi tagit emot nya deltagare.

6.6 Övrig samverkan...

Att nå ut till handläggare via linjens chefer har fungerat bra, då styrgruppsrepresentanterna hjälpt oss att kommunicera ut information om projektet. Informationsmöten hölls det första året på enhetsnivå i de samverkande myndigheterna med gott resultat. Frågor och problemställningar kunde diskuteras på "golvnivå" och föras vidare till chefer eller styrgrupp vid behov.

Projekt VerkSAMt var inledningsvis en bra gemensam in/utgång från/ till handläggare och behandlare. Efterhand som utvecklingen inom Af pågått har det konsultativa team som VerkSAMt utvecklats till inte blivit den dörr för återgång till Af som vi skissade i uppstarten. Den rollen har snarare Samverkanskontoret kommit att spela för projektdeltagarna som var redo för nästa steg mot praktik/arbete eller blivit utförsäkrade.

Projektet Samverkan Privata Vårdgivare, som en rehabcoach hade som uppdrag att utföra efter hand inom projektets ram, var också ett bra fönster mot privata allmänläkare och god grund för samverkan.

6.7 Systemfel och hinder

Några försök att exemplifiera systemproblematik som vi har mött

- Psykiatrins viktiga roll och svårigheterna att nå in dit.
- Gränssnittet primärvård/specialistpsykiatri är i förändring - bättre fördelning av resurser och kompetens som följer den vertikala prioriteringsordningen för psykiatri inom regionen.
- Rundgång - att lita på varandras utredningar och bedömningar är första prioritet för att minska rundgången.

- Kartläggningar och bedömningar måste följas av rätt aktivitet. Insatser behöver finnas som kan ta hand om rekommendationerna på rätt nivå tex tidig förträning i arbetsförberedande modeller jmf Rehabilotsen. Resultaten från bedömning i "sorteringsinstansen" måste följas av anpassad aktivitet direkt utan avbrott - behov måste matchas när förändringsvilja väckts.
- Utförsäkrade från Fk men saknar arbetsförmåga - komma överens om hur man ska hantera dessa personer så att de inte blir nya "kastebollar" i systemen.
- IT-stödet har varit mycket svårt att samordna och det finns inga upparbetade kanaler mellan de olika myndigheternas IT-avdelningar. Det verkar saknas intresse på ledningsnivå att försöka underlätta för lösningar i praktiken. Allt görs "ad hoc" och kvalitén blir därefter.

6.8 Processen

Man kan se kunskapsutvecklingen i ett samverkansprojekt som en labyrint. Medarbetarna måste hålla sig inom vissa givna ramar, men de ska också få tillgång till verktyg så att de själva kan välja vägar — och kanske hitta helt nya. En forskare från Singapore, Soh, har tagit fram nio kriterier för kreativ pedagogik som också kan ses som förutsättningar för hur man leder processutveckling i samverkan. De är: baskunskap, självständigt lärande, samarbetsinriktad organisationsmiljö, uppskjuten bedömning, flexibelt tänkande, självvärderande arbetssätt, medarbetarinflytande, breddande av kunskap och villkor, samt förmåga att hantera frustration och motgång. A

Att spegla och värdera en samverkansprocess i ovan nämnda kriterier finns inte plats för här men vore ett intressant vidare arbete.

6.9 Vad har vi lärt?

Ett problem som projektet upplever är att styrgruppen under rådande turbulenta period med stora organisationsförändringar för flertalet ingående myndigheter inte har måktat med att vara aktiva och ta ansvar för gemensamma projektmål och projektmodell. Det verkar som om man har varit upptagen av tillse att egen verksamhet fungerar och få egen utväxling av projektet, vilket har verkat negativt för utveckling och implementeringsmöjligheter av arbetsmodell och erfarenheter. Vi kan inte annat än ställa oss frågande till vem som verkligen är villig att tillgodose målgruppens behov av långsiktiga, kontinuerliga och tålmodiga insatser. Enligt den samhällsekonomiska utvärderingen tjänar värden mest på projektet på medellång sikt, vilket skulle kunna var en indikation på vem som skulle ha möjlighet att motivera ett åtagande inom sin organisation. I dagsläget ser vi inte att någon tydligt övertar och erbjuder samordnad aktivitet för projektets sköra och utsatta målgrupp, men vi ställer förhoppningar på att huvudmännen tar sitt ansvar. Och att Samordningsförbundet och dess styrelse anslår en viljeyttring i sin budget för 2011 med en öppenhet för att skapa nya aktiviteter för dem som står längst från arbetsmarknaden med stort och långvarigt samordningsbehov är bra. Det är olyckligt om ingen startar upp något för det är vår erfarenhet att det går att göra något tillsammans. Vi ser med spänning fram mot nya planer för framtiden för denna inte så stora grupp, men som samtidigt upptar stora resurser och mycket tid i våra ägarorganisationer.



7. Livskvalité

I dialog med andra kan vi höra oss själva säga nya saker om oss själva och våra liv. Så småningom tar livet en ny riktning. Deltagandet i Rehablotsen har möjliggjort att den vardagliga dialogen utspelats sig i ett nytt sammanhang, där återgång i arbete och arbetsförmåga har varit i fokus. Rehabcoachens erfarenhet har gett deltagaren nya perspektiv och när utmaningarna varit på rätt nivå har omhändertagandet i kombination med verklighetsanpassningen bildat det vi kallar rehabilitering.

Att påbörja en förändring är krävande. Alla som gjort det eller samarbetat med någon som gjort det vet att det väcker känslor och tankar som behöver tas omhand. Omställningen underlättas av tydliga ramar och av att det från början räcker med att koncentrera sig på något praktiskt – t.ex. att delta i grupper och att få vardagen att fungera. I det läget gynnas man av att få sin situation normaliserad. Där kan coachen/teamet bidra med reflektioner kring hur det är att påbörja något nytt – att det är normalt att vara trött, vimsig eller extra känslig.

Här har det varit rehabcoachens uppgift att göra en bedömning av hur påverkad deltagaren är av denna omställning. När vänder det? Blir bördan för stor, ska vi backa? Finns det andra aspekter, så som personlig historia eller extraordinära händelser att ta hänsyn till? Kontinuerlig utvärdering skapar både trygghet och tillfälle för coachen att ge beröm, feedback och utrymme för personen själv att beskriva och utvärdera sitt nuläge, samt planera framåt. Då kan nya tankar prövas och förkastas. Eftersom deltagaren ofta känner flera i teamet har vi även haft möjlighet att sammanställa våra intryck och den information deltagaren lämnat – ibland till en annan än coachen.

I vårt arbete har bland andra metoder valt att arbeta lösningsinriktat, framförallt i introduktionen. Dels för att vi tror att det är en bra metod när man ska sätta igång ett förändringsförlopp, och också för att vi redan från start vill erbjuda personerna en metod för att tänka nytt, kanske utmanas de i att se saker de inte lagt märke till på flera år. Vi är angelägna om att inte reducera detta arbetssätt till "positivt tänkande" – för vi tror som den amerikanska författaren Barbara Ehrenreich att "det positiva tänkandet" riskerar att bli "den kritiska reflektionens motsats".

I en rehabilitering mot arbete är reflektionen över process och relation motorn. Att avsätta tid för reflektion i teamet är att gynna produktionen. Att möta deltagarna ur ett existentiellt perspektiv ligger i linje med detta. Att som individ efter en svår period i livet få bekräftelse på att man klarat sig igenom och att livet innehåller ibland mycket svåra saker gör att det öppnas möjligheter för nya tankar. Vi hoppas att vi med detta arbetssätt bidragit till att ge personer redskap som gör att de är väl förberedda för att gå vidare i sin arbetslivsinriktade rehabilitering. Att berättelsen om deras egna liv har fått en ny aspekt och att de små betydelsefulla förändringarna blivit lättare att se. För det är trots allt så att en ökad livskvalitet det övergripande målet med all rehabilitering.

8. Avslutning

Vi vill förmedla en bild av arbetslivsintroduktionens första steg som skiljer ut sig från den bakgrund och samspelar med. beskriva och upplevelser från arbete ganska omfattande för svepande och formuleringar hoppas att våra framförallt kan på gräsrotsnivå som en inblick i



omvärld som vi Vi har valt att reflektera över våra vårt praktiska detaljerat och att inte hamna i allmänna och "floskler". Vi erfarenheter komma praktikern tillgodo samtidigt beslutsfattare kan få

arbetsrehabiliteringsprocessen för en individ. Arbetet med att dra slutsatser av de tre utvärderingarna samt att besluta och planera för kommande rehabinsatser, som kan dra lärdom av Rehabilotsen, överlämnar vi härmed till de ansvariga i ägarmyndigheterna.

Tack för oss!

Johanna Almlöf, Karin Blixt, Karin Deines,
Petra Gunnarsson, Bie Holtz, Charlotte Stenberg, Yvonne Thorsson

9. Kontaktuppgifter

Petra Gunnarsson, sjukgymnast, AR-steget Projekt ArbetsRätt
Tel. 0730 800046

E-post petra.gunnarsson@vgregion.se

Bie Holtz, projektledare,

Tel. 0707 641678

E-post bie.holtz@vgregion.se

Johanna Almlöf, processledare, socionom/jobbcoach, Arbetsmarknadsenheten, SDF

Härlanda/Örgryte

Tel. 0707 850050

E-post johanna.almlof@harlanda.goteborg.se

Karin Blixt, socionom/jobbcoach, AF Samverkan

Tel. 0104861514

E-post karin.blixt@arbetsformedlingen.se

Samordningsförbundet I Göteborg Centrum, kansli, Förbundschef Eva Magnusson

Tel. 0703 013443

E-post eva.magnusson@centrum.goteborg.se