

# Slutrapport Vägen in 2010 - 2012

Vägen in – ett motiverande och rehabiliterande förstegsprojekt



## **Sammanfattning**

Vägen in är ett kognitivt motiverande förstegsprojekt som vilar på naturunderstödd rehabilitering. Projektet vänder sig till deltagare som är i åldrarna 16 – 64 år och har offentlig försörjning. Deltagarna ska ha en medicinsk problematik utifrån psykiska- och/eller fysiska (smärt) besvär samt behov av att stärka den egna självbilden för att komma igång med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Deltagarna kommer från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunernas försörjningsstöd. Insatsen är 8 veckors gruppaktivitet i skogligmiljö där kognitiva gruppsamtal ingår samt en kartläggning tillsammans med arbetsförmedlare, som senare håller i den arbetsplatsförlagda praktiken under ytterligare 8 veckor. Efter Vägen, in när en aktivitetsgrad bedöms finnas på minst 10 timmar per vecka fortsätter den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inom den tidigare nationella handlingsplanen. Från och med år 2012 fortsatte deltagarna som klarat hela Vägen in till det Förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Vägen in genomförs med två parallellspår som finansieras av Samordningsförbunden Västerås och Västra Mälardalen. Projektägare är LFC Västerås, Försäkringskassan i nära samarbete med sjukskrivningskommittén Landstinget Västmanland.

Insatsen startade under hösten 2010 och hade projekttid till och med den 31 december 2012.

Rapporten redovisar resultat fram till och med den 21 december 2012. 198 personer har startat. 29 personer har fått arbete eller studerar. Ytterligare 78 har en konstaterad arbetsförmåga men bestämning av nivå pågår och de är kvar i arbetslivsinriktad rehabilitering.

Resultaten, som tydligt framkommer i enkätsvaren, är att framförallt ångest finns markant i gruppen och den utvecklade metodiken minimerar inlåsningseffekter.

Deltagarna har i omdömen av Vägen in uttryckt att gruppgemenskapen har varit avgörande för det goda resultatet. Många skriver också att de fått ett ökat självförtroende samt insikt om sig själva och sin sjukproblematik. Denna start har varit avgörande för många att överhuvudtaget komma vidare i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Personalens integrerade teamarbete i kombination med deras empatiska förmåga har varit avgörande för projektets positiva resultat.

## **Innehållsförteckning**

Sammanfattning	2
Bakgrund - projektet	4
Bakgrund - några teoretiska modeller och tidigare forskning	4
Syfte	7
Mål	8
Metodik	8
Målgrupp	9
Kvalitetssäkring	9
Resultat	9
Barnperspektiv	12
Samverkan och styrgrupp	13
Personalbemanning och teamarbetet	13
Diskussion	15
Spridning och information	16
Ekonomi	16
Referenser	19

Bilaga: 1. Vägen in 2008 treårsuppföljning

Bilaga: 2. Fallbeskrivningar

Omslagsbild: Svånötorpet i Rytterne

Fotograf: Camilla Holm

## **Bakgrund - projektet**

Vägen in drevs som ett pilotprojekt år 2008 i samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i Västmanland. Deltagarna rekryterades från Försäkringskassan och syftet med projektet var att få deltagare med förutsättningar att klara den Nationella handlingsplanssamverkan.

Projektet Vägen in startade egentligen år 2006. Försäkringskassan köpte aktiviteten Grön Rehab av Skogsstyrelsen, vilken bestod av 10-veckors kognitiv-, fysisk- och socialrehabilitering i grön miljö. Februari år 2008 startade ett utökat Vägen in som bestod av 7 veckor Grön Rehab och 10 veckor arbetsplats förlagd praktik. Utfallet av projektet var mycket positivt vilket också bestod vid uppföljning efter 1,5 år och 3 år, se bilaga 2.

Projektet startade om under hösten 2010 och finansierades av samordningsförbunden Västerås och Västra Mälardalen. Det som är nytt i Vägen in jämfört med pilotprojektet är att deltagarna rekryteras från Arbetsförmedlingen, Socialtjänsten och Försäkringskassan.

Deltagarna är ofta aktuella på flera av myndigheterna samtidigt, på grund av regelverk och livssituationer. Inflödet av deltagare från Arbetsförmedling och Socialtjänsten kunde genomföras efter dispens utifrån den forskning som bedrivs i Vägen in.

Resultatet från pilotprojektet har väckt intresse så väl inom Sverige som internationellt.

## **Bakgrund - några teoretiska modeller och tidigare forskning**

### Naturunderstödd rehabilitering

Naturen och dess påverkan på människor och hälsan har intresserat och reflekterats över sedan antiken. Hippokrates lyfte fram hälsobringande effekter av naturen. Den amerikanske filosofen Henry David Thoreau är ytterligare ett exempel på en filosof som lyfte fram hälsobringande effekter av naturen (Ottosson & Ottosson. 2006).

Förnyad aktualitet har tankegångarna fått när nya studier och teorier om natur och hälsa kommit fram under 1980-talet. Burls (2007) visar t ex i en intressant litteratur genomgång att gröna miljöer har påtagliga effekter på människors hälsa. Annestedt (2012) visar också i en genomgång av forskningsstudier att det finns evidens för att naturupplevelser kan ge påtagliga positiva effekter.

Teoriutvecklingen på området har också resulterat i andra intressanta idéer - att människan har en medfödd benägenhet att föredra natur miljöer – biofili. Människan anses ha en medfödd benägenhet att söka sig till naturens processer och mångfald. Stor betydelse har Psychoevolutionära teorin (PET). Tanken är att människan har en genetisk preferens, som förstärker återkopplingen från vissa naturtyper, och därmed förbättrar överlevnadsmöjligheterna för människan (Ulrich, 1993). Den bästa naturtypen är ett glest skogslandskap med utsikt över vatten. Påverkan sker bland annat genom att naturtypen reducerar effekter av stress och främjar återhämtning.

Ytterligare en grundläggande teoribildning inom området naturunderstödd rehabilitering är Attention Restoration Theori – ART (Kaplan. 1995). Enligt teorin har individen två typer av uppmärksamhet, aktiv (direkt) och spontan. Aktiv uppmärksamhet är när individen koncentrerar och fokuserar sig på vissa stimuli. Fokuseringen kräver mycket energi eftersom ett stort antal andra stimuli måste undertryckas. Hög långvarig fokusering kan leda till att den selekterade mekanismen blir utmattad (depleted).

Uppmärksamhet som inte styrs av viljan kräver inte så mycket energi från det kognitiva informationsbearbetningssystemet. (Kaplan. 1998) Genom att processen inte är viljestyrd så styrs den spontant utifrån olika intresse för stimuli. Icke viljestyrd uppmärksamhet sker i miljöer där antalet stimuli är hanterbart för individen, Den typen av miljöer refereras ofta till som återhämtande miljöer. Inom ART lyfter det fram fyra typer element i en återhämtande situationer/miljö:

- Att vara borta, antingen fysiskt eller mentalt, från den dagliga miljön.
- Intresse – dvs mönster som håller kvar intresset
- Utsträckning – betyder att stimulit har en utsträckning och sammanhang som håller kvar uppmärksamheten
- Kompatibelt - Hänger ihop med stödjer med det som individen vill eller tänker göra.

Naturmiljöer har visat sig ha starka inslag av återhämtande komponenter (Kaplan. 1995).

### Rädsla eller ångest

Förmåga att känna rädsla är en medfödd affekt och har ett tydligt evolutionärt överlevnadsvärde. Rädslan förbereder oss för kamp eller flykt. Undvikande är nära förenat med flykt. Ur evolutionär synvinkel är naturligtvis en fördel att undvika situationer eller platser som innebär möjlig fara. Rädsla kan aktiveras via ett omedvetet men snabbt system där amygdala spelar en central roll. Ett långsammare system aktiverar hjärnbarken och resulterar i medvetenhet om rädslan och analys Rädslacentrum, där amygdala är lokaliserat, har också ett mycket långvarigt minne och kommer ihåg händelser som vanliga känslominnet inte längre känner igen eller minns. (Carlsson et al. 2004).

Rädsla / stress och ångest hänger därmed nära ihop. Enligt nyare stressteori ska ångest ses som en förstärkt form av stress/rädslreaktion. Ångesten är en negativt upplevd stress som kan variera i styrka från oro till panik och ren skräck.

En ångestreaktion kan delas in i fyra delar:

- Fysiologisk – kan uttryckas som motorisk oro
- Tankemässigt – i centrum är katastroftankarna
- Beteendemässigt, i första hand undvikande eller säkerhets och flyktbeteenden
- Känslan – kan beskrivas som oro, rädsla eller panik, ångest

Det finns minst sex olika ångestsjukdomar och breda forskningsinsatser inom området pågår. Vissa underliggande faktorer verkar vara gemensamma för flera ångestsjukdomar. Intolerans för osäkerhet (Intolerance of uncertainty / IU) framstår t ex som en betydelsefull sårbarhetsfaktor i flertalet ångesttillstånd (Boelen & Reijntjes. 2009). "Intolerans för osäkerhet" har rimligtvis också stor påverkan när det gäller rehabilitering.

Den vanligaste formen av dysfunktionell ångest är den fobiska ångesten. I huvudparten ångestsjukdomar finns också distinkta fobiska inslag. Fobier brukar grupperas efter situationen som väcker oro. Huvudkategorier är:

- Agorafobi – dvs rädsla för situationer utan tydlig flyktväg
- Socialfobi – att utsättas för andra värdering
- Specifika fobier

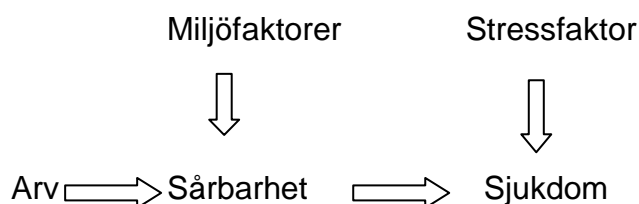
Prevalensen av ångest och fobier hos individer samhället är delvis osäkra eftersom ett huvudförsvar är just undvikande och att individen därmed inte söker hjälp. En klarläggande bild kan ses hos en omfattande kanadensisk studie (Shields. 2004) där 8 % av befolkningen över 15 år bedöms vid något tillfälle i livet uppfylla kriterierna för social fobi och 3 % bedömdes ha en pågående problematik. Problematiken var vanligare hos kvinnor och vanligare i lägre inkomstskikt.

Ångest, har som tidigare beskrivits, traditionellt också indelats i stimulusutöst och icke stimulusutlöst. Den icke stimulusutösta ångesten är diffusare och innebär ofta obehagskänslor utan att det går att peka på en konkret orsak. Många faktorer talar för att den ångest som bedömts inte vara stimulusstyrd ändå ofta är det. Det är bara att "stimulit" eller den utlösande faktorn är svårare att identifiera. Nyare forskning har visat att rädslacentrets informationsprocess kan förklara detta (Carlsson et al. 2004)

Rädslan eller ångesten som ett påtagligt hinder har uppmärksamats mycket under senare år inom den medicinska rehabiliteringsforskningen.

### Övriga teorier

*Stress – sårbarhetsmodellen*, först framtagen av Zubin och Spring (1977), har hög relevans när konsekvenser ångest och stress ska analyseras.



Figur 1. Stress - sårbarhetsmodellen.

### *Ambivalens*

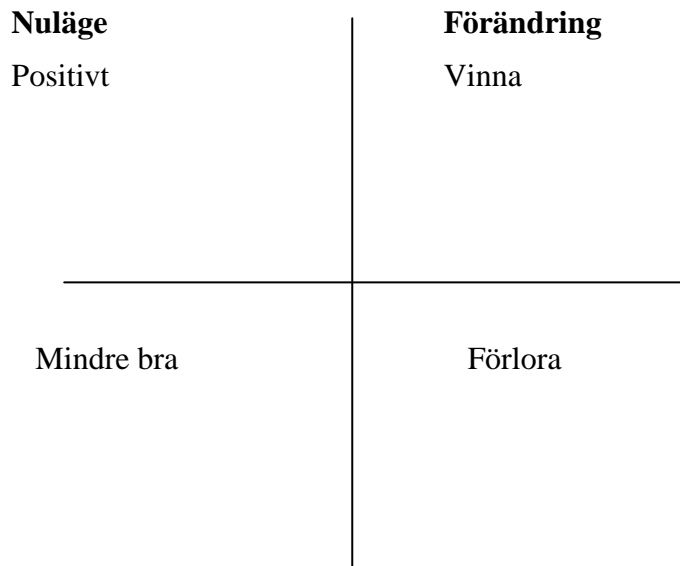
Deltagarna i Vägen in befinner sig i ett tydligt utsatt läge med utanförskap och i regel en mycket svag ekonomi.

Utifrån sett kan de se ut som att det finns starka skäl för att genomföra en förändring. Individen upplever däremot troligen en stark ambivalens. Hon känner behov av förändring samtidigt som det finns en stark underliggande rädsla för att genomföra denna förändring.

Processen kan ofta beskrivas som ett närmande / undvikande. Den här typen av ambivalens är mycket kraftfull och kan också ses i olika typer av beroende-beteenden. Avgörande verkar vara om individen ser en möjlighet till förändring eller

om hon / han upplever sig vara belåten med sin situationen, trots de ibland tydliga nackdelarna.(Janis & Mann. 1977)

Konfliktdelarna kan ofta tydliggöras av ett s.k ambivalens kors. Se fig 2.



Figur 2. Ambivalens kors

Det finns flera typer av konflikter i

1. Ett undvikande / undvikande innebär att personen måste välja mellan två onda ting. Som vart och ett innebär rädsla ,smärta, pinsamhet etc.
2. Närmande / undvikande innebär att personer är både attraherad av och rädd för något i processen.
3. Det dubbla undvikandet/närmandet där personen ser både tydiga fördelar med och nackdelar med två alternativ.

Betydelsefullt är också hur individen tolkar konflikten och beteende. Beroende på individens sociala kontext/sammanhang så kan olika val / handlingsalternativ upplevas som enkla eller, den andra ytterligheten, tungt skambelagda. (Brehm & Brehm. 1981)

### **Syftet**

Syftet med projektet är att öka rehabiliteringspotentialen hos personer i förvärvsaktiv ålder som annars har stor risk att fastna i utanförskap. Det långsiktiga målet är att deltagarna på sikt ska kunna försörja sig själva.

## **Mål**

Huvudmålet är att deltagarna ska komma till arbete eller studier alternativt ta avgörande steg i den riktningen.

Ett viktigt mål är också att deltagarna ska må bättre och påverkas mindre av bland annat ångest och depression.

## **Metodik**

Vägen in är totalt 16 veckor.

Anmälningarna till Vägen in kommer från handläggare på Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommunernas försörjningsstöd.

Vägen in startar med 8 veckor naturunderstödd rehabilitering som leds av en arbetsledare från Skogsstyrelsen. Reservintag kan ske under de två första veckorna.

Deltagarna träffar den kognitiva terapeuten för gruppsamtal en gång i veckan samt den arbetsförmedlare som ansvarar för den arbetsplatsförlagda praktiken och uppföljning av denna. Praktikperioden pågår maximalt 8 veckor startar ofta på en nivå av 4-6 timmar per vecka för att de sista veckorna vara uppe i en aktivitetsgrad på 10 timmar per vecka.

Antalet deltagare är maximerat till 8 per spår och start. Det innebär att arbetsförmedlaren har som maximalt 16 deltagare att arbeta med, 8 att kartlägga, lära känna och leta arbetsplats förlagd praktik till samt 8 att följa upp och stötta under pågående praktik.

Personalen i den tidigare Nationella handlingsplanen får information av arbetsförmedlaren om de deltagare som bedöms klara 10 timmar per vecka när ca 2 veckor återstår av praktikperioden. Remitterande handläggare från försörjningsstöd bjuds in efter genomförd insats i Vägen in till inskrivning och fortsatt planering av den ordinarie Rehabiliteringssamverkan.

Från och med år 2012 får deltagare som klarat Vägen in fortsatt stöd från Förstärkt samarbete, den ordinarie rehabiliteringssamverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Det innebär att arbetsförmedlaren har fler handläggare att överrapportera deltagare till. Den tidigare handlingsplanssamverkan hade speciellt utsedda handläggare som arbetade med arbetslivsinriktad rehabilitering i samverkan, vilka också satt samlokaliserade och arbetade heltid med uppdraget. Skillnader i resultat efter den förändringen har ännu inte framkommit.

Om problem uppkommer under tid i Vägen in kontaktas remitterande handläggare för att ta diskussion om lämplig fortsättning, vilket ofta resulterar i ett gemensamt möte mellan myndigheterna.

Under projektets gång har det visat sig värdefullt att få tillgång till boendestöd och hemtjänst för vissa psykiatriska patientgrupper. Kommer personerna upp och igång på morgonen så fungerar ofta dagen.

Värdefullt är även en bra kontakt med försörjningsstöd så att ekonomin flyter på, då gruppen ofta har mycket begränsade ekonomiska resurser. Under perioden Vägen in varit i drift har det hela tiden skett en metodutveckling. Personalen har uppmärksammat behov som funnits och avhjälpt dessa med att ha en tät kontakt med andra myndigheter och personalgrupper.



## **Målgrupp**

Målgruppen är personer som bor i Västerås eller området Kungsör, Arboga, Köping (KAK) och som har offentligt försörjningsstöd i form av sjukpenning, aktivitetsersättning, sjukersättning, tidsbegränsad sjukersättning (enligt övergångsreglerna), arbetslöshetsersättning, aktivitetsstöd eller försörjningsstöd.

Deltagarna ska också ha en bedömd nedsatt funktionsförmåga på grund av psykiska- och/eller fysiska (smärt) besvär.

## **Kvalitetssäkring**

Inför anmälan till Vägen in behövs information om lämplighet med att starta rehabiliteringsinsatser. Avstämningsmöte för att kvalitetssäkra intagningen är det optimala men ses av många handläggare på Arbetsförmedlingen och Försörjningsstöd som en tidskrävande insats. Den ingår oftast i ordinarie handläggning på Försäkringskassan.

En rutin har etablerats för att underlätta avstämningsmötet men också för att ta in aktuella medicinska underlag som styrker att Vägen in är en lämplig rehabiliteringsinsats.

Deltagarna får inför starten svara på aktuell medicinering, detta för att ytterligare kvalitetssäkra att adekvat behandling pågår utifrån de svar som inkommer på enkäterna för forskningen. Projektet har en psykiatriker på konsultnivå att tillgå vid behov.

## **Aktivitetsnivå**

Förutsättning att deltagaren ska komma vidare till den tidigare Nationella handlingsplanssamverkan är att deltagaren ska ha klarat perioden i Vägen in samt uppnått aktivitetsgrad på minst 10 timmar per vecka. Målet är att 70 % av alla som startar insatsen ska komma vidare. Därefter mäts deltagare som går till arbete eller studier, där har projektet lagt målet på 60 %.

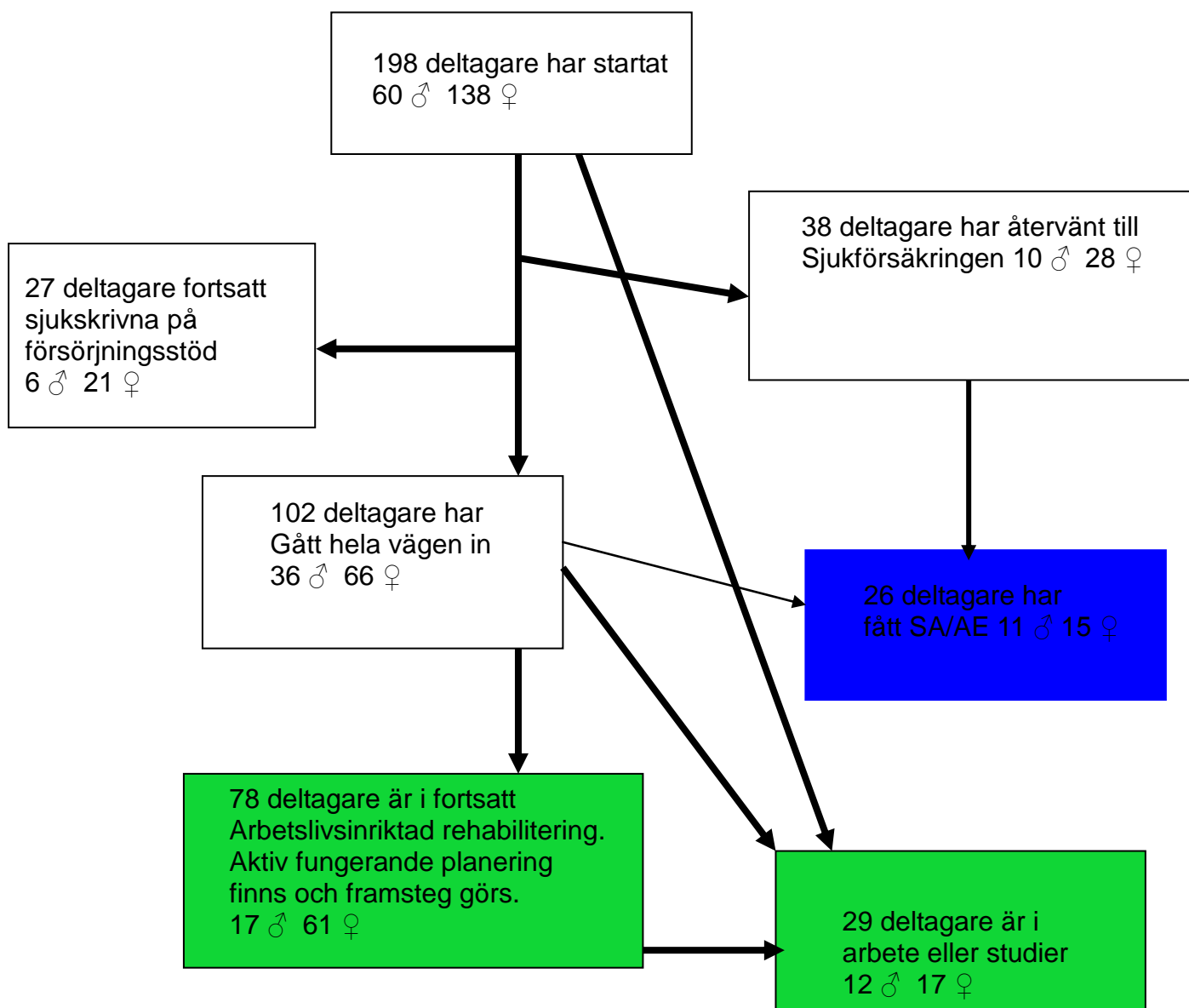
Deltagarna medverkar i en forskningsstudie och skattar sig mot olika testinstrument som påvisar bl a depression och ångest samt smärta.

Resultatet efter den tidigare Nationella handlingsplanssamverkan låg på ca 30 % åter till arbete eller studier. Utifrån utfallet nedan har vi kunnat se att deltagarna påtagligt ökar sin arbetsförmåga och kan fortsätta rehabiliteras inom ramen för den tidigare Nationella handlingsplanssamverkan (nu förstärkt samarbete). Det trots att Vägen in projektets deltagare står betydligt längre ifrån den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Deltagare som startade i Nationella handlingsplanssamverkan skulle ha en aktivitetsgrad på minst 10 timmar per vecka. Ett av kriterierna för Vägen in var att inte ha kommit upp i den nivån men att det ändå var läge att försiktigt påbörja resan mot arbete.

## **Resultat till och med den 21 december 2012**

Mätningen genomförs på alla deltagare som fullgjort hela perioden i Vägen in, dvs från starten 2010 till och med den 21 december 2012. Det innebär att de deltagare som startat efter september 2012 inte är medräknade.

198 deltagare har startat. Flöde och resultat framgår av figur 3.



Figur 3. Deltagarflöde i Vägen in. Mätpunkt 2012-12-21.

29 deltagare är i arbete eller studier, fördelning enligt nedanstående. 78 deltagare har en fortsatt planering mot arbete eller studier men behöver mer tid. Arbetsförmåga är konstaterad men inte nivån på aktivitetsgraden.

27 deltagare har fortsatt på försörjningsstöd. Vissa har inte klarat Vägen in på grund av medicinska orsaker, detta har då blivit mer klarlagt ofta via avstämningsmöte och att rätten till en stadigvarande sjukersättning prövas. Det har också visat sig att rehabiliteringen inte varit rätt i tiden men deltagaren och remitterande handläggare har fått ett fylligare underlag på varför inte någon aktivitetsgrad finns.

26 deltagare har fått en nybeviljad eller fortsatt sjukersättning alt. aktivitetsersättning. Deltagarna kommer från alla remitterande myndigheter.

38 deltagare är åter till sjukförsäkringen på grund av försämrat hälsotillstånd.

Totalt från starten har 198 deltagare antagits för perioden t o m den 21 december 2012. Åtta personer har startat om.

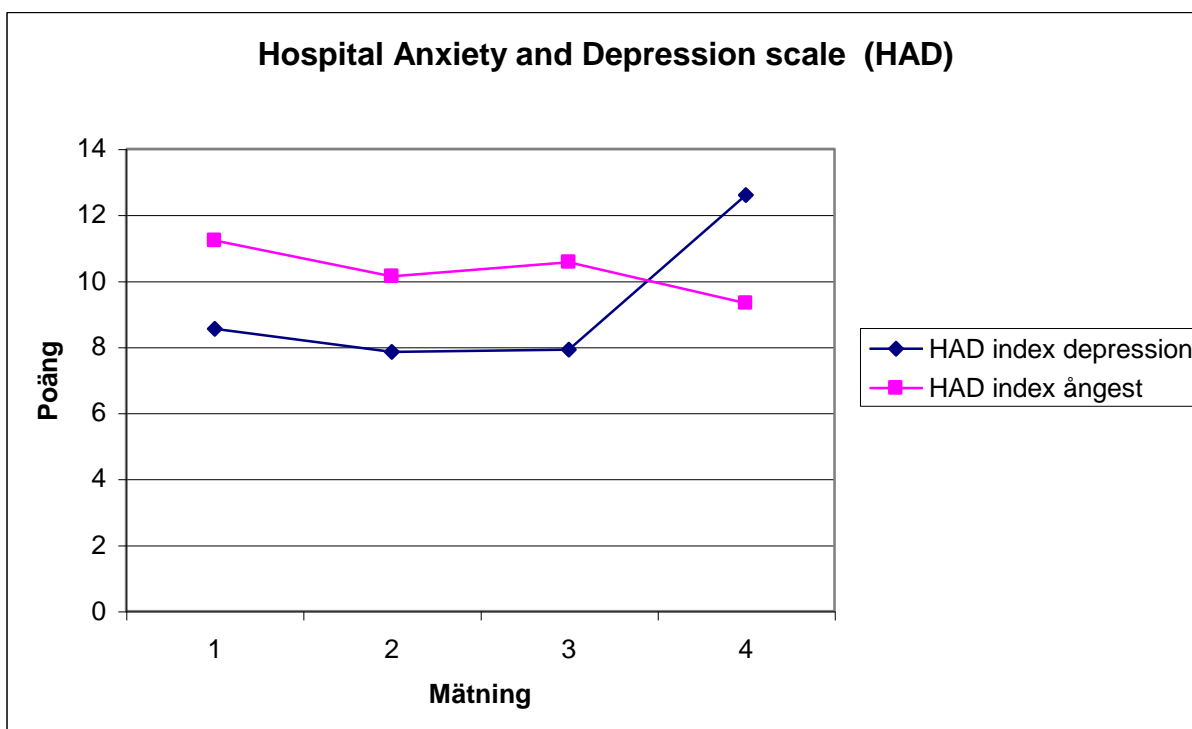
### Resultat mätning av ångest och depression, HAD

Hospital Anxiety and Depression scale - HAD är ett enkelt självskattningsformulär som visar ett mått på patientens sinnesstämning. 8 -10 poäng indikerar ett gränsvärde med milda - måttliga besvär. Över tio poäng på depressions-, respektive ångestpoäng talar för ett kliniskt signifikant tillstånd, vilket motiverar till fördjupad diagnostik och eventuell behandling. HAD-skalan är utarbetad för användning i somatisk vård och i primärvård.

Friskt/önskvärt läge är <7 poäng för vardera gruppen. 8-10 poäng är ett stress-indikerande läge. Över 10 poäng anger kraftigt stresspåslag och oro övergående i ångest.

Ångest och depression på gruppnivå enligt HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) Vägen in.

Mätpunkter finns vid start, efter 8 veckor då den gröna delen avslutas och så en tredje mätpunkt när praktiken är avslutad efter 16 veckor. Mätpunkt 4 är för de som deltagit ett år i nationella handlingsplanen Vid första mätpunkten är n=205, vid andra mätpunkten är n=149 och vid tredje är n=37 och vid den sista ett år efter avslut är n=15



Figur 4. Ångest och depression på gruppnivå hos deltagaren i Vägen in.

Det starka inslaget av ångest är tydligt och sannolikt ett avgörande rehabiliteringshinder som kräver en sammansatt metodik. Utöver HAD så har deltagaren följt med

andra psykometeriska testinstrument som upplevd hälsa (EQ5D) samt stämningsläge (PGWB). Uppföljningen visar att det sker en tydlig förbättring som, i vissa testinstrument, också är signifikant. Datamaterialet är relativt omfattande men planering finns för att fortsatt publicering under hösten 2013.

### Resultat – analys

Flertalet deltagare i Vägen in har en psykiatrisk diagnos antingen som huvud- eller som sidodiagnos. Distinkt är det starka inslaget av ångest hos deltagarna ofta med en stark komponent av det som kallas "Intolerans för osäkerhet". Kännetecknade för "Intolerans för osäkerhet" är att individer tolkar oklara situationer som betydligt mer hotfulla jämfört med tolkningar från mindre ångestladdade personer. Forskning och uppföljning inom området blir med den problembilden relativt komplicerad och kräver uthållighet eftersom ett huvudförsvar hos individerna med ångest är just undvikande. (Dugas. 2003). Förhållandet har också betydelse för diagnostiken eftersom undvikandet gör att patienten gärna undviker problemen med ångest och rädsla, och förlägger då orsaken till svårigheterna inom andra områden t ex ryggen.

Resultatet i Vägen in visar att en kognitiv intervention kombinerat med ett integrerat teamarbete och arbetslivsinriktad praktik är en framgångsrik metod för att hantera inlåsningseffekter orsakade av ångest och då framförallt "Intolerans för osäkerhet".

### **Barnperspektiv i "Vägen in"**

Deltagarna i "Vägen in" har ofta barn. Ett antal av dessa barn är omhändertagna eller föremål för andra insatser. Några exempel är:

- Deltagare som har förlorat vårdnaden och bara haft umgänge med barnen.
- Deltagare som tidigare har förlorat vårdnaden och sedan fått tillbaka vårdnaden.
- Deltagare som har kontakt med socialtjänsten och är föremål för utredningar inom olika områden. Deltagarna har ofta kontakt med en familjebehandlare som hjälper till i hemmet. Socialtjänsten kommer hem och tittar så att barnet får det de behöver.
- Det finns deltagare som har så omfattande samarbetsproblem med den andra vårdnadshavaren att det ofta påverkar barnets mående och deltagarens mående. Föräldrarna har kontakt med familjerätten.

En av projektets kognitiva terapeuter sammanfattar bilden så här:

"Flera av våra deltagare har växt upp i svåra psykosociala miljöer med t ex missbruk, psykiska, fysiska och ibland sexuella övergrepp och med föräldrar med psykisk ohälsa. Dessa personer uttrycker ofta att de har blivit svikna av vuxenvärlden när de var barn och tappat tilliten till vuxna. När de sedan själva blir föräldrar har de ofta (destruktiva, dåliga, skadliga, ohälsosamma) förebilder. Jag upplever att alla deltagarna vill sina barn det bästa, men de har inte redskapen hur de ska hantera barnen och inte heller alltid förmågan att se barnens behov. "

Projektet följer i nuläget inte deltagarna med avseende på eventuella barn och hur föräldrarnas förbättrade mående påverkar barnen. Det är ändå rimligt att anta att föräldrarnas förbättrade mående, något som vi ser i våra mätningar, också avspeglar sig i en ökad förmåga att ta hand om/möta barnen på ett positivt sätt.

## **Samverkan och styrgrupp**

I projektet Vägen in, sker samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Landstinget Västmanland och involverade kommuner dvs Västerås, Kungsör, Arboga och Köping. Styrgruppen består av representanter för alla aktörer med personal i projektet. Sammankallande är projektledaren.

## **Personalresurser**

Projektet har två team, varje team bemannas med en arbetsledare anställd på 80 %, arbetsförmedlare 100 % och kognitiv terapeut på 25 %.

Projektet har en gemensam projektledare anställd på 100 %.

Personalen är en mycket viktig länk i hur det motiverande, stödjande och rehabiliterande arbetet går. Arbetsgruppen i Vägen in har hittat sätt att ha tät kontakt allt efter att behovet uppstår. Det sker genom bland annat tidsbokade vecko-avstämningar, täta telefon- och e-post kontakter.

### Arbetsmetodik och ingående moduler några kommentarer:

Teamarbete är kraftfullt i arbete med människor med olika rehab- eller vårdbehov.

Det finns flera modeller för hur team kan arbeta eller fungera.

En modell passar t ex för akutsjukvård som kräver fungerande team i dygnet runt beredskap. Där är det lämpligt med bra samarbetsförmåga men utbytbarheten i teamet för yrkespersonerna är ändå hög.

För insatser gentemot målgrupper med påtagliga nivåer av ångest eller depression, dvs den sköra målgrupp som finns i Vägen in, krävs ett helt annat arbetssätt för teamet. Fingertoppskänsligheten är mycket betydelsefull eftersom viktig (ofta avgörande) information kommer upp i olika sammanhang och måste hanteras omgående. Hanteras inte informationen flexibelt och adekvat kan hela rehabprocessen hos berörd deltagare förloras. Modellen används av "Enheten för psykosomatisk medicin" (EPM) inom landstinget Västmanland men också av "Vägen in" och då framförallt i den "gröna" komponenten. Några betydelsefulla punkter är:

- Arbetet sker parallellt och insatserna för deltagarna är starkt beroende av de andras insatser
- Ledarskapets uppgifter. Ska maximera teammedlemmarnas samarbetsmöjligheter och gemensamma beslutsfattande. Betydelsefull.
- Former för uppföljning. Uppföljning sker kontinuerligt inom teamet.
- Grad av flexibilitet. Mycket hög; teammedlemmarna anpassar kontinuerligt sina insatser efter de andras arbete eller deltagarens svårigheter.
- Grad av utbytbarhet i personalgruppen - låg. Mycket höga krav på god personkemi.
- Arbetsnormer. Gör ditt jobb men samspela väl och var beredd på ständiga anpassningar.

I början av processen är det viktigt med snabba insatser om något krånglar. Deltagarna har mycket lågt självförtroende efter ofta flerårig frånvaro och är inte vana att det satsas resurser på dem. Ett bakslag i början på processen är för deltagaren mycket större än senare i förloppet när rehabiliteringen har kommit igång. *I realiteten så har deltagare som befunnit sig länge i ett utanförskap en stark benägenhet att gå tillbaka till utgångspunkten i arbetsförmåga när hinder uppstår.* Eftersom det är i den tankemässiga modellen” tryggheten har varit funnits under ett antal år.

Projektledarens arbetsätt har varit betydelsefull i utveckling till att projektet har nått i en ”rollkompletterande” modell.

### Arbeteammet

- Arbetsförmedlaren. En central teammedlem som måste ha förmåga att möta deltagarna individuellt och ”locka” fram arbetsförmåga parallellt med att förmedla stor trygghet. Arbetsförmedlaren måste hantera den starka rädslan, eller fobiska undvikandet, som präglar deltagaren. Förmåga att möta deltagaren där hon eller han är i sin ångest blir central samtidigt som deltagarna gradvis ska öka sin exponering för tanken på arbete och praktik. Arbetet sker mycket nära deltagaren och i vissa fall med dagliga besök.. Det är ofta arbetsförmedlaren som gör akuta uttryckningar runt deltagare där hinder uppstår och som måste lösas. Är även konstruktivt stöd även under den gröna fasen.
- Kognitiva steg-1 terapeuter. Styr och leder deltagarnas bearbetning av ångest och katastroftankar. Arbetet sker i grupp och kräver återigen fingertoppskänsla. Förmåga att hantera individuella ångestgenombrott hos deltagarna är betydelsefull.
- Arbetsledaren i den gröna modulen. Återigen en nyckelperson. Den som hela tiden finns runt deltagarna i den gröna modulen. Förhållningssättet som kan liknas vid den trygghetsskapande mormors- eller morfarsgestalt som initialt håller en hög servicenivå gentemot deltagarna. En nivå som gradvis minskas när ångesten reducerats. Stor vana vid målgruppen är viktig.
- Projektledare. Fungerar som teamledare. Viktig för att hålla strukturen i teamets arbete och att leda samt fördela arbetet. Ska också finnas som stöd för att vara bollplank, konsult och stöd vid de hinder eller svårigheter som uppstår runt deltagare, sker i stort sett dagligen Snabba återkopplingar med medarbetarna i projektet när det gäller bekymmer runt deltagarna, oftast då frågan om medicinska eller ekonomiska frågor. Omgående försöka lösa dessa för att den fortsatt rehabiliteringen inte ska riskera att brytas. Är vidare länken mellan alla samverkansmyndigheter. Betyder konkret att informera och hjälpa remitterande handläggare inför anmälan till projektet. Styr också deltagarflödet till teamet via remisser från olika instanser. I och med att deltagarna ofta är medicinskt (psykiatriskt) mycket sköra så kvalitetssäkrar processledaren att de

medicinska underlagen är adekvata och att det finns en aktuell bedömning från sjukvården att deltagandet inte medför risker för individen. Är också ansiktet utåt samt håller styrelse, beredningsgrupp och styrgrupp informerade om vad som händer i projektet.

### **Diskussion**

Deltagarnas svårigheter går delvis att förklara med modern stressteori, där ångest och fobiskt undvikande, spelar en viktig roll. Den fobiska "förknippningen" sker i regel ganska snabbt och ofta utan att alltid nå medvetandet hos individen. Det som händer är att individens ångest ökar tydligt i närheten av fobiska stimuli. Konkret så innebär det att myndighetsrepresentanter från t ex som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen kan spela samma ångest framkallande roll för individen som spindlar etc. I praktiken kan det innebära att individens arbetsförmåga reduceras kraftigt i närheten av fobiska stimuli.

Ett väsentligt inslag i projektet är därför att flytta personerna ut i naturen, för att där minimera associationer och känslkopplingar, till myndigheter och annan sjukdomsrelaterad verksamhet. Arbetsförmedlarna kan i skogs/naturmiljö lättare fånga upp deltagarnas önskemål om vad de vill arbetsträna med och hur utan att det fördunklas av diffus ångest. Sannolikt finns det också en kvalitét i naturupplevelser som innebär att ångest inte utöses lika tydligt och att kopplingen mellan olika typer av ångestutlösande stimuli, t ex representanter för myndigheter som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, får en annan klang utifrån en lugnade naturinramning.

Det tydliga inslaget av ångest hos deltagarna i gruppen gör att det finns kraftfulla motiv att reflektera över hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bör bedrivas för att fungera optimalt för individen. Det finns utifrån det starka skäl som talar för att Faros processmodell är mycket lämplig för målgruppen.

Möten med deltagarna i projektet står på en relationell grund. Strävan är att alla deltagarna ska bli individuellt sedda. Betydelsefullt är också en existentiell frågeställning som deltagarna behöver hantera: "Vill jag leva resten av mitt liv på det här sättet?"

En tydlig slutsats är att fortsatta medicinska stödinsatser bli a i form av terapi och medicinering är betydelsefulla för att hålla, delar av målgruppen, kvar på arbetsmarknaden.

En hälsoekonomisk kalkyl över rehabutfallet finns i bilaga 1 och gäller piloten 2008. För detta projekt planeras en större ekonomisk kalkyl inför kommande publicering av artiklar.

Utveckling av metoden har under hela projektiden finslipats, allt från kontakter mellan handläggare och myndigheter till olika insatser. Behovet av information om att Vägen in finns är alltid aktuell då det finns många aktörer att välja bland. Vägen in vänder sig till personer som har ett mycket lågt ingångsvärde för rehabilitering. Den "gröna modulen" ger deltagaren en försiktig start som hela tiden ökar tryggheten och senare kommer även motivationen att komma vidare i sin egen rehabilitering. Grupprocessen har visat sig mycket värdefull, det stärker vårt tes om att stänga intaget till gruppen efter två veckor.

Resultatet bör bedömas som mycket bra eftersom deltagarna kommit in med både lägre aktivitetsförmåga och mycket sämre personlig ekonomi jämfört med pilotprojektets deltagare. Trots det kan goda resultat uppvisas.

### Spridning och information

Projektet har haft studiebesök från Norge den 15 juni 2011 Grön rehabilitering – Inn på tunet (Grön omsorg) besökarna kom från norska länsstyrelsen, kommuner, enskilda företag samt lantbrukare. Vägen in har också haft besök av forskare från Åbo-akademi den 4 juni 2012.

Vägen in-projektet har medverkat på Nordiska konferensen om arbetslivsinriktad rehabilitering, 12-14 september 2012 i Grenå. Spridningskonferens är planerad till den 5 mars 2013.

Fortlöpande har information genomförts till vården, kommunerna och remitterande personal.

### Ekonomi

Budget för Vägen in Västerås var 2010-2012 var 6 084 000 kronor. Detta efter att 2011 års budget justerades från 2 318 000 kronor till 2 887 000 kronor för att möjliggöra start av två extragrupper i Västerås. Det totala utfallet blev ett överskott på 204 990 kronor. Det innebär att budgetramen 2010 till 2012 genererar ett överskott på 369 000 kronor.

Fördelning framgår av tabell 1.

Tabell 1. Ekonomisk redovisning "Vägen in" Västerås. 2010-2012.

	2010	2011	2012	
Lön personal	315000	945000	945000	
Köp av tjänst	409 000	1225000	1225000	
Utvärdering	42 000	75000	75000	
Kompetensutveckling	25 000	30000	30000	
Resor	6 000	18000	18000	
Övrigt	9 000	25000	25000	
Extraspar		569000		
				Summa
				2010-2012
Summa	806 000	2 887 000	2 318 000	6 084 000
Utfall	761 000	2 663 000	2 213 000	5 637 000
Resultat	Plus 45 000	Plus 224 000	Plus 105000	Plus 444 000
			Reserverat för utvärdering 2013	75 000
			Slutligt utfall översk	369 000



Redovisning budget och utfall för Västra Mälardalen.

Tabell 2. Ekonomisk redovisning "Vägen in" Västra Mälardalen 2010-2012.

	2010	2011	2012	
Lön personal	394 000	945 000	945 000	
Köp av tjänst	511 000	1 225 000	1 225 000	
Utvärdering	42 000	75 000	75 000	
Kompetensutveckling	25 000	30 000	30 000	
Resor	7 500	18 000	18 000	
Övrigt	10 500	25 000	25 000	
Summa	990000			Summa 2010-2012
Justerades till	1 077 000	2 318 000	2 318 000	5 626 000
Utfall	1 041 000	2 221 600	2 278 059	5 541 000
Resultat	36000	97000	40000	85 000
				Reserveras för utvärdering 2013
				75 000
				Slutligt utfall övsk
				10 000

Vissa budgetposter har gått med underskott samtidigt som andra har genererat överskott. Helheten har, utifrån att ett visst "utrymme" byggdes in initialt med hänsyn till svårigheter att bedöma det framtida kostnadsläget, ändå blivit positivt och kostnadsramarna har hållits framgångsrikt.

## **Stort tack!!**

Vägen in 2010-2012 är nu avslutat. Ett stort tack till alla, och ni är många, som aktivt har stöttat och bidragit till ett konstruktivt projektresultat!

Rapportförfattarna  
Catrin Nilsson  
Alf Uttermalm  
Bo Simonsson

## Referenser

Annerstedt, M. (2012). Nature and Public Health, Aspects of Promotion, Prevention, and Intervention. (Avhandling för doktorsexamen, Sveriges Lantbruks Universitet)

Brehm, S. S. & Brehm, J. W. (1981). Psychological reactance: A theory of freedom and control. New York; Academic press.

Boelen & Reijntjes. (2009) Intolerance of uncertainty and social anxiety. Journal of Anxiety Disorders. 23, 130-135.

Burls, A. (2007). People and green spaces: promoting public health and mental well-being through ecotherapy. Journal of public mental health, vol 6 issue 3.

Carlsson, K. Petersson, KM. Karlsson, A. Ingvar, M. Öhman, A. (2004) Fear and the amygdala; Manipulation of awareness generates differential cerebral responses to phobic and fear event (but not feared) stimuli. Emotion. Vol 4, 340-353.

d'Élia, Giacomo. (2000): Kognitiv psykoterapi – ett samarbetsprojekt med patienten. Svenska föreningen för psykisk hälsa.

Dugas, M, J. Schwartz, A. & Francis, K: (2004). Intolerance of Uncertainty, Worry and Depression. Cognitive therapy and Research. Vol 28, No 6. pp 835-842.

Janis, I. L. & Mann, L. (1977) Decision-making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York: Free Press.

Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Towards an integrative framework. Journal of Environmental Psychology, 15. 169-182.

Kaplan, R., Kaplan, S. & Ryan, R.L. (1998). With people in mind: Design and management of everyday nature. Washington: Island Pr.

Klink, van der J J L. Blonk, R, W, B. Schene, A, H. & van Dijk, F, J, H (2003). Reducing long term sickness by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. Occupational and Environmental Medicine. 2003; 60: 429-437.

Ottosson, Å. & Ottosson, M. (2006). Naturkraft. Om naturens lugnade, stärkande och läkande effekter. Falun; Wahlström & Widstrand.

Ulrich, R. (1993a). Biophilia, biophobia, and natural landscapes. The biophilia hypothesis, 73-137.

Ulrich, R. (1993b). Biophilia, biophobia, and natural landscapes. In: Kellert, S., R., Wilson, E.O (Ed.) The biophilia hypothesis. pp. 73-137. Washington DC: Island Pr.

Shields, M. 2004 Social anxiety disorder – beyond shyness. Supplement to Health Reports, Volume 15. Health Reports' How Healthy are Canadians?.

Wallman et al (2006). The prognosis for individuals on disability retirement – an 18-year mortality follow-up study of 6887 men and women sampled from general population. BMC Public Health. 2006;6(1)103

Zubin, J. & Spring, B. (1977) Vulnerability to schizophrenic episodes and their prevention in adults. In: W. G Albee. & J. M. Joffe (red.), Primary prevention of psychopathology. vol 1; University Press of New England.

Åsenlöf, P. (2005). Individually Tailored Treatment in of Musculoskeletal pain: Development and Evaluation of a Behavioural Medicine Intervention in Primary Health Care. (Avhandling för doktorsexamen, Uppsala universitet).

## Vägen in – ett motiverande och rehabiliterande förstegsprojekt. En treårsuppföljning.

### Sammanfattning

Det här är en preliminär rapport om pågående treårsuppföljningen för pilotprojektet "Vägen in" 2008. Vägen in är ett kognitivt motiverande förstegsprojekt som baserar sig på naturunderstödd rehabilitering. Projektet vänder sig till deltagare som är i åldrarna 16 – 64 år och som erhåller offentlig försörjning. Deltagarna ska ha ett medicinskt behov utifrån psykiatrisk- och/eller smärtdiagnos samt behov av en mjukstart.

2008 deltog 41 personer i projektet. 25 personer gick vidare till dåvarande handlingsplanen. 22 personer gick då till arbete/utbildning. Uppföljning 2011 visar att utfallet i huvudsak håller. 19 personer är i fortsatt arbete eller studier.

Resultatet är så tydligt att vi nu kommer att göra en "backande" etikprövning för att publicera resultatet i en artikel.

### Bakgrund

Syftet med projektet är att öka rehabiliteringspotentialen hos personer i förvärvsaktiv ålder som annars har stor risk att fastna i utanförskap. Det långsiktiga målet är att deltagarna på sikt ska kunna försörja sig själva.

Ett tydligt delsyfte är att minska inlåsningseffekten, vilket den arbetsplatsförlagda praktiken och den integrerade övergången till rehabiliteringssamverkan medför. Inlåsningseffekten kan förklaras med fobiskt undvikande (ångest) som reduceras genom gruppverksamheten, praktikdelen och den tydliga kopplingen vidare till den ordinarie arbetslivsinriktade rehabilitering. Erfarenheter från flera förstegsprojekt visar på existensen av dessa inlåsningseffekter.

Ett utvecklingsprojekt, Vägen in, genomfördes under 2008 med 41 kunder/deltagare. Projektet genomfördes av Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Projektet är nu avslutat. Deltagarna gick igenom sju veckor Naturbaserad (grön) grupp aktivitet, i vacker skoglig miljö, med kognitiva träningsinslag runt *betydelsefulla områden som självbild och självkänsla men också copingstrategier och stresshantering*. *Kursdeltagarna arbetar vidare med att identifiera områden med undvikanden men också med att formulera sina drömmar/framtida liv*. Därefter följde 10 veckor arbetslivsinriktad rehabilitering. Arbetsförmedlarna arbetade mycket nära den naturbaserade rehabilitering och med en påtaglig kognitiv ansats.

Av deltagarna i Vägen in, 2008, hade ca 70 % diagnoser inom F-området, dvs psykiska sjukdomar och syndrom (Nilsson et al. 2008). Påtagligt var det starka inslaget av ångestproblematik vilket bland annat återspeglades i de medicinska underlagen från remitterande läkare. Om dessa svårigheter kombineras med relativt lång frånvaro från arbetslivet så innebär det i regel ett starkt hinder för att återvända till arbetsmarknaden. Deltagarna i Vägen in hade initialt en mycket låg förmåga till

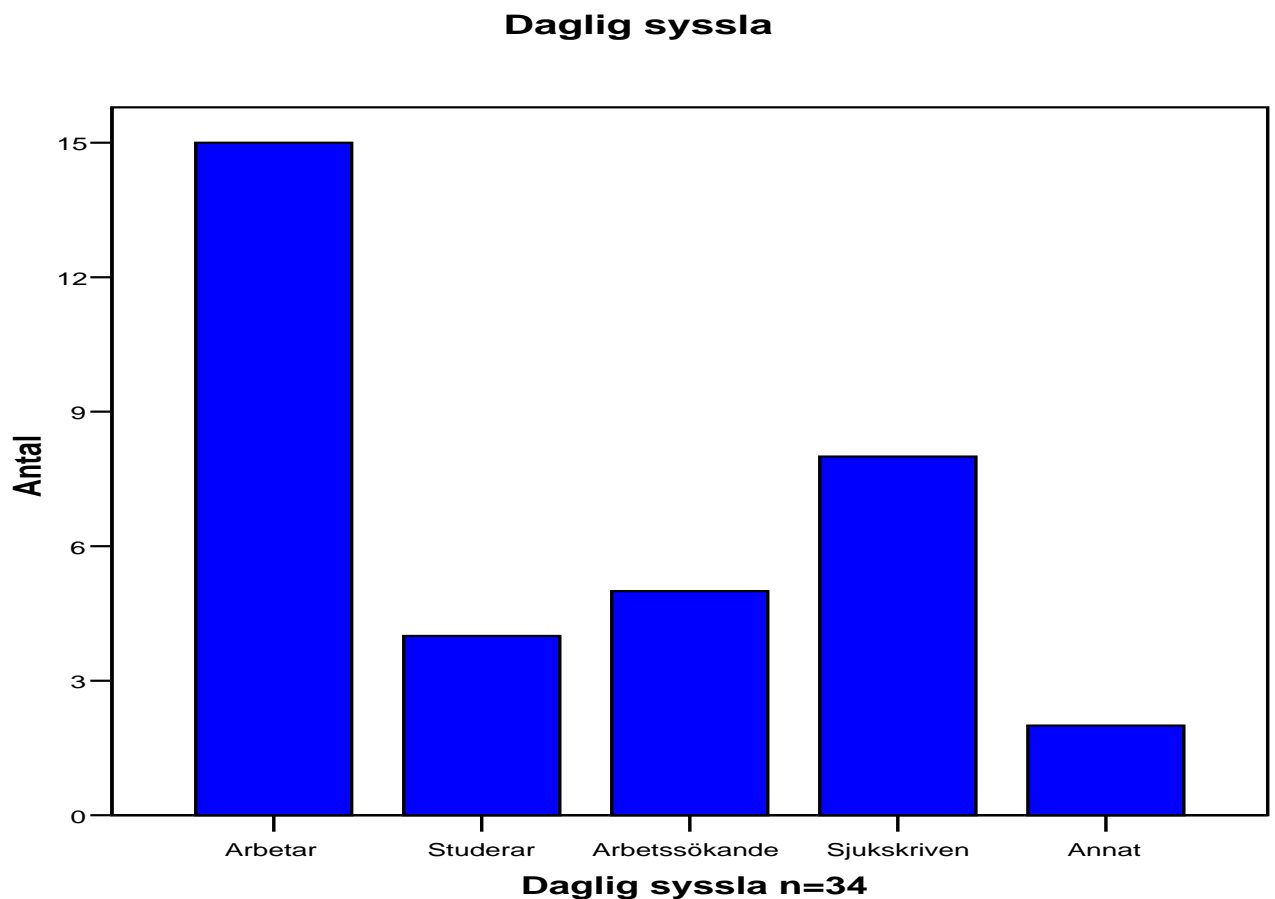
arbetslivsinriktad rehabilitering och låg i regel på under 10 timmar/vecka som förmåga.

### Treårsuppföljning design

Treårsuppföljningen av den ursprungliga gruppen på 41 har genomförts genom en kombination av telefonintervju och enkätuppföljning. Genom att enkät och telefonintervjuer delvis har nått olika stråk i målgruppen så har vi fått kontakt med 34 av 40 personer. En person är avliden i den ursprungliga gruppen.

### Treårsuppföljning resultat

Personer i arbete/studier framgår av bild 1.



Figur 1. Daglig syssla.

De 19 som är i arbete eller studier tillhör, med undantag av två, den grupp på 25 som gick vidare från Vägen in till rehabsamverkan. En har "kommit" igång senare och en person gick direkt tillbaka till sin gamla arbetsgivare.

Hur resultatet är fördelat på kommunnivå framgår av tabell 1.

Tabell 1. Resultat Vägen in 2008. Kommunfördelat. Treårsuppföljning. n=34

Daglig sysselsätt	Kommun				Summa
	Västerås	Köping	Kungsör	Övriga kommuner	
Arbetar	5	4	0	6	15
Studerar	2	1	0	1	4
Arbetssökande	3	0	1	1	5
Sjukskriven	4	2	0	2	8
Annat	1	0	0	1	2

### *Ekonomi*

Ekonomiska beräkningar på rehabiliteringsresultat är alltid vanskliga samtidigt som det är individens vinst som är den centrala. Flera intressanta kohortstudier visat att tillgång till ett arbete, alternativt ett socialt sammanhang, är mycket betydelsefullt när det gäller förväntad livslängd. Ett utanförskap ökar tydligt risken för tidig död jämfört med ålderskamraterna.

Beräkningsunderlaget i denna rapport baseras på siffror från Arboga kommun. En försiktig uppskattning är att varje person som befinner sig i arbete/studier innebär både besparingar och intäkter. Ett socialbidrag innebär ca 6 368 / månad (3 368 riksnorm + 3000 hyra) För ett arbete är en relativt låg lön på 18 000 inte orimlig. Det innebär schablonmässigt en skatteintäkt på ca 25 000 kronor per år och individ för bosättningskommunen. Vidare kan det förväntas att varje person som arbetar / studerar köper varor/tjänster för ca 8000 kronor per månad (lågt räknat).

Nedbrutet på Köpings kommun skulle det innebära, med 4 personer i arbete och 1 i studier, minskade utgifter på 382000 (6380 x 5 x 12). Vidare har Köpings kommun ökat sina skatteintäkter med =100000 per år (4 X 25 000). Till detta kommer ett ökat konsumtionsmönster på 480000 (5 x 8000 per) månad av varor tjänster i kommunen. För dessa 5 individer innebär arbete / studier en vinst på 382000 (minskat socialbidrag) + 100000 (4 x 25000) i ökad skatteintäkt + 480000 i ökad konsumtion i kommunen. Totalt ett positivt flöde på 962 000 kr, per år, för dessa 5 personer som gick Vägen in 2008.

En mer genomgripande analys av resultatets ekonomiska konsekvenser kommer att göras i samarbete med hälsoekonom på Karolinska institutet.

### **Hur pålitligt är resultaten**

Det finns en pågående diskussion om hur säkra observationsstudier är men Rosen, Axelsson och Lindblom (2008) konstaterar att " observationsstudier med lång uppföljning där man har »hårda« resultatmått som död eller allvarlig sjuklighet och kontrollerat för tänkbara förväxlingsfaktorer har en god evidens som med stor sannolikhet överensstämmer med »sanningen«".

### **Referenser**

Nilsson, C. Bossius, J. Karlsson, S. (2008) Slutrapport Vägen in 2008.

Rosen, M. Axelsson, S. Lindblom, J. (2008). Släng inte ut observationsstudier med badvattnet - bedöm deras kvalitet i stället. Artikel för Läkartidningen. Samtliga författare verksamma på Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU. )

### Fallbeskrivningar

#### **33-årig** ensamstående man.

Haft aktivitetsersättning sedan år 2004, därefter ej beviljad sjukersättning.

Diagnos: Socialfobi

Deltagit i Arbetslivsintroduktion, därefter remitterad till Vägen in.

Klarade Grön Rehab och praktik bra, därefter fortsatt i Handlingsplanssamverkan.

Han påbörjade där en yrkesförarutbildning, då uppdagades svår dyslexi. Iris Hadar kopplas in för stöd samt samtal med Arbetspsykolog.

Klarade med mycket stöd och kämpande sitt yrkesförarbevis.

Arbetsträning startade därefter i det företag han idag är heltidsanställd på med ett Nystartsjobb.

#### **47-årig** ensamstående man.

Två barn placerade i familjehem.

Diagnos: värk axlar och nacke samt generella inlärningssvårigheter.

Gått i särskola sedan andra klass därefter 4-årsprogramet på gymnasiet.

Haft Samhalls- och OSA-anställningar, senaste var perioden december 2006 till februari 2008.

Levt på försörjningsstöd sedan 2008, inte haft någon A-kassa.

Tidigare haft insatser från Arbetsförmedlingen, senast aktuell på Socialtjänsten vilkas insatser varit resultatlösa.

Remitterad till Vägen in från Socialtjänsten.

Mycket hög närvaro på Grön Rehab.

Under perioden i Grön Rehab framkom frustration från deltagaren över diagnosen och vad den innebär. Arbetsförmedlaren ordnade ett möte mellan deltagaren och arbetspsykolog. Deltagaren fick en förklaring och kunde förstå och ta till sig att diagnosen kunde vara en fördel och inte en stämpel. Personalen såg att deltagarens självförtroende ökade under Vägen in perioden.

En praktikplats med mycket låga prestationskrav samt stressfri miljö letades. Deltagaren fick börja i ett litet företag som arbetar med tillverkning och montering, där han också fick fortsätta under den fortsatta arbetslivsinriktade rehabiliteringen i samverkan mellan Arbetsförmedling och Försäkringskassan. Praktikplatsen hade gemensam och fri frukost för alla medarbetare samt rutiner som var mycket lämpliga utifrån besvärsmålen som vår deltagare hade.

Idag är han anställd 50 % med en Trygghetsanställning.

#### **37-årig** ensamstående kvinna.

Sjuk sedan 12 år tillbaka, utförsäkrad.

Diagnos: bipolär sjukdom.



Aldrig etablerad på arbetsmarknaden i Sverige. Haft korta och tillfälliga anställningar både utomlands och i Sverige. Mycket låg SGI och ingen rätt till a-kassa.

Har en administrativ universitetsexamen. Sjukdomen debuterade under utbildningen.

Har deltagit i Handlingsplanssamverkan 6 månader därefter Arbetslivsintroduktion.

Efter ca 3 månader nytt sjukdomsskov och åter till sjukpenning. Remitterades till

Vägen in. Klarade Grön Rehab bra, gick ut i praktik på en förskola där hon även fick fortsätta efter Vägen in under den efterföljande arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Deltagaren blev erbjuden tim.anställning som fortfarande pågår, hon är aktuell på

Arbetsförmedlingen för resterande tid. Hon har inte adekvat utbildning men

arbetslivserfarenhet och möjlighet till fast anställning finns på aktuell förskola.

I och med detta kommer hon in i Socialförsäkringssystemet med SGI och a-kassa.