

Trosam projektet

2006 – 2008

Rehabilitering och samverkan

projektledare
Madeleine Söderström

Slutrapport

Modellens innehåll och uppbyggnad

Resultat, sammanfattning – min syn på varför resultaten uppstått

Hur modellen kan användas samt varför

Reflektion

Bilaga

Bakgrund och framgångsfaktorer

Sammanfattning

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

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

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

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

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

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

Innehåll

Sammanfattning	sid 2
Bakgrund målbeskrivning	sid 4
Inledning av projektet Personal, lokaler och styrning	sid 4
Modellen och rehabiliteringens innehåll	
Utbildningens innehåll	sid 6
Samverkansplattformen	sid 10
Guiden	sid 10
Kommentar utbildningen	sid 11
Utökade medel	sid 11
Utvecklingsområden	sid 12
Förändrade förutsättningar	sid 13
Resultat i sammanfattning	
finns även beskrivet i bilder i slutrapporten samt projektarbetsgruppens redovisning	
Resultat	sid 13
Framtid	sid 15
Slutord	sid 16
Bilaga A	
Bakgrund och framgångsfaktorer för framgångsrik rehabilitering	
Mångfacetterade hinder	sid 17
Ohälsa – obalans	sid 17
Kommunens invånare och klienter	sid 18
Trauma	sid 19
Perspektiv	sid 20
Mötet – förhållningssätt	sid 20
Trygghet	sid 22
Orsak och symptom	sid 22
Samverkan	sid 23
Schablonbilder och myter	sid 24
Nutid/framtids rehabilitering och samverkan	sid 25

Trosam projektet

Bakgrund

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

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

Ur ansökan:

"Vi vill skapa ett rehabiliteringsprogram för unga, kvinnor, långtidssjukskrivna och långtidsarbetslösa. ... En målgrupp som berör alla verksamheter inom LSG, och där det säkerligen är vanligt med rundgång mellan verksamheterna. Vi behöver utveckla våra samarbets- och arbetsformer för att kunna bedöma vilka insatser, som kan vara de rätta....."

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

Mål:

Ur ansökan:

"Livssituationen kommer att förbättras för de personer som deltar i projektet. Vårt mål är att 50 % av deltagarna vid projektets slut kommer ut i arbetsträning, studier eller arbete. Resterande 50% kommer att vara rätt bedömda till fortsatt rätt ersättning utifrån förmåga och förutsättningar. ... Vår målsättning är att försörjningsmättet i Trosa kommun påverkas positivt.... ... Målet med rehabiliteringsprogrammet är att deltagarna i möjligaste mån ska återfå sin arbetsförmåga och återinträda på arbetsmarknaden.... Det viktigaste målet är emellertid att deltagarna upplever att de genom insatserna är beredda att fortsätta med någon sysselsättning, och att de upplever en ökad livskvalitet".

Deltagare

Projektet startade juni 2006 och första gruppstarten blev september 2006

Orsak till deltagande har varit t ex: panik ångest, ångest, utmattningssyndrom, depression, fibromyalgi, värk, neurologiska hinder, behov av förändrad livsform, språkproblem, svårt att få eller behålla jobb, kommunikation, attityd.

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

Deltagarnas åldrar var:

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

Deltagarna har kommit från primärvården, privatläkarna, företagshälsovården, försäkringskassan, socialkontoret, socialpsykiatrin, arbetsmarknadsenheten och psykiatrin i Nyköping. Deltagarna har varit bidragsberoende mellan 1 och 23 år snitt på 6,5 år. En del har

under perioden haft korta inbrott i arbetsliv eller arbetsprövningar. 3 har ej haft inkomst från någon enhet utan ”nollats” från dem alla.

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

Uppstart

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

Lokaler

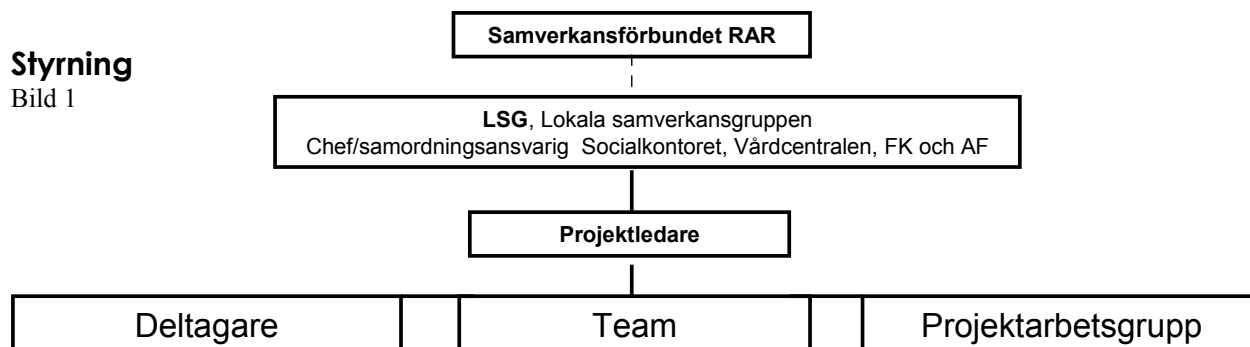
Verksamheten befann sig initialt 6 månader i lånade lokaler samt på vårdcentralen. Januari 2007 flyttade man in i egna på Industrigatan för att slippa bära runt på verksamhetens tillhörigheter dagligen samt för att få tillgång till samtals- och gruppum. Den externa lokaliseringen har i enkäter visat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

Personal

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

Styrning

Bild 1



Hälsoutveckling som möjliggör för en långsiktigt hållbar återgång till arbetslivet

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

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

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

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

Nedan beskrivs innehåll och upplägget i utbildningen. Flödesschema och modellen beskrivs också nedan i bild 3. Processbeskrivningen inkluderat anmälan/urval/kartläggning/överlämning finns i presenterad i bil 2.

Trosam

Denna modell har vi skapat bl a för att kunna möta vår nutids vanligaste sjukdomar som inte fullt ut riktigt funnit sin lösning inom vården. Majoriteten av de diagnoser vi mött har varit stressrelaterade, psykiska, fysiska eller en kombination av dessa. Modellens upplägg bygger också på det nuläge som är vår verklighet med ett trygghetssystem som är föränderligt och där de uppgifter som krävs av klienten att utföra i sin rehabilitering och administration, inte alltid

är möjliga att klara av fullt ut, när man är bärare av dessa stressjukdomar och psykosociala hinder. Modellen består av en utvecklingsprocess (rehabilitering) samt en integrerad samverkansplattform.

Innehåll

Jag -formel utbildning

Utvecklingsprocess för hälsoutveckling och ökad egen försörjning

Trosams rehabutbildning spänner över hela processen, från rehabilitering för hälsoutveckling, genom yrkesprofil, karriär coaching till arbetsprövning och arbetsförmågebedömning. Deltagaren kan använda helheten eller delar därur. Utbildningens mål är hälsoutveckling och egenförsörjning. Målet är också att återgången och hälsoutvecklingen skall vara *långsiktigt* hållbar. Förändringsarbetet skapas genom ökad medvetenhet kring människan, det egna jaget, om min del i det som sker samt att genom utbildningen skapa sin egen formel för att genomföra framgångsrika handlingar och val, för en balanserad livsform. Utbildningen är uppdelad i 4 olika delar enligt nedan. Utbildningens innehåll och intensitet är individanpassad. Grupperna är heterogena gällande ålder, kön, diagnos eller andra hinder. Rehabiliteringen sker både i grupp och individuellt.

Fas 1 - Personlig utveckling genom ökad medvetenhet

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

Föreläsningar/workshops och grupp/individuella övningar utgår från olika teman. Flera teman är förekommande i alla grupper, Andra teman väljs efter individens/ gruppens ”nuläge”, medvetenhet och mognad. Exempel på teman: Min kommunikation, Tankens kraft, Fullbordad kommunikation/sorgbearbetning. Kreativitet. Tanke/Känsla/Reaktion/Aktion. Balans & Livs Q. Självkänsla/självförtroende. Fysisk aktivitet, /avspänning /kropp & kost/energi. Människans profiler. Mål & Möjligheter.

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

Upplägget & kompletterande behandlingar utgår från utbildningsledarens bedömning med stöd av arbetsteamet (se nedan) samt i interaktion med klient och/eller grupp. En del deltagare deltar i alla moment och har grupppassen som sin ”ryggrad” i utbildningen. Ett fåtal med svåra sjukdomshinder har individuella terapier som ”ryggrad” i sin utbildning och därutöver innehåller schemat för dessa, behandling samt ev delar av gruppaktiviteterna. Majoriteten av

dessa går efter några veckor in i den stora gruppen. 58/60 har deltagit i någon del av gruppaktiviteterna. En del deltagare arbetar med sig själva på alla nivåer och andra i den del där de själva anser att hindren består.

Plattform för förändringsarbete

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

Allt detta sammantaget utgör därmed en **helhetsrehabilitering** som ökar medvetenheten kring de handlingar och val som är framgångsrika. Individen skapar på detta sätt sin unika livsformel för ett liv i balans. Det genomgripande arbete som majoriteten av våra klienter gjort har för många återskapat hälsa alternativt skapat livsmönster som gör det möjligt att utföra ett arbete utan att hälsan försämras eller hindrar i allt för hög grad.

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

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

Fysioterapi /behandling

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

Individuella samtal

KBT, KPT, Psykoterapi, EMDR, MI, i fas 2 Coaching

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

Fas 2 - Fortsättning Jag kunskap, yrkes profil och karriärcoaching

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

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

Fas 3 - Fortsättning Jag kunskap och arbetsprövning

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

Fas 4 – Eftercoaching

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

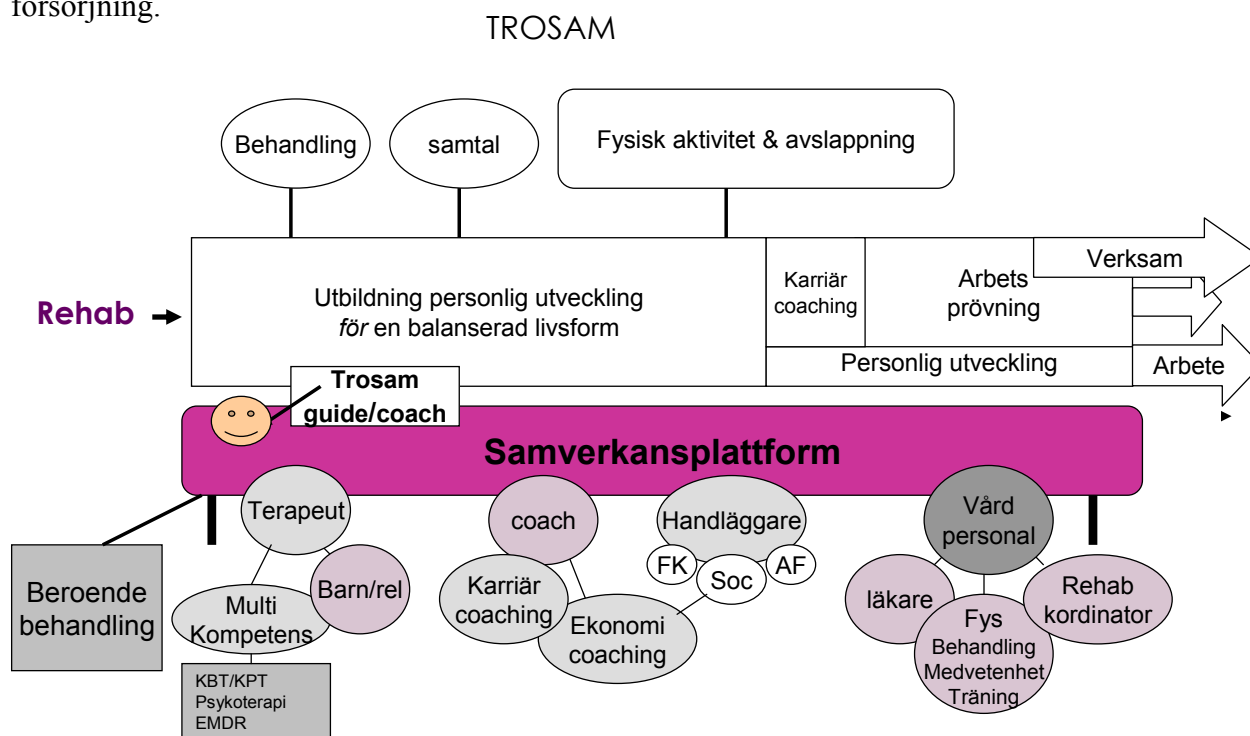


Bild 2.

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

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

Samverkansplattformen

Samverkan mellan olika kompetenser, metoder och organisationer

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

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

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

Guiden

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

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

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

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

Kommentar utbildning – rehabilitering

I Trosam har vi återskapat hälsa och livskvalitet och en del har nått hela vägen till arbete. Då de flesta haft flera år av sjukdom eller andra former av utanförskap så har majoriteten varit i behov av en längre tids arbetsprövning. En del har gått direkt till den reella arbetsmarknaden. Den längre arbetsprövningen har för de flesta genomförts inom Samverkans teamet (Verksam. FK/AF), men skulle även kunnat genomföras/integreras i rehabiliterings modellen. Regelverken sägs ha hindrat detta andra vill mena att kunnat vara möjligt.

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

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

Utökade medel

Traumabehandling har visat sig vara en viktig ingrediens då många varit med om olika kraftfulla händelser i livet som satt sina spår och som spärrar utveckling processen och förändringsarbetet. Initialt i projektet såg man att för att få en långsiktigt hållbar förändring behövde många även få möjlighet till ett känslomässigt arbete och för en del då traumabehandling, varför vi sökte utökade medel bl a för att kunna knyta en psykoterapeut med EMDR kompetens till projektet. Detta beslut grundades även på det som dykt upp under till exempel avslappningsarbetet i gruppen. De processer som sattes igång bara genom stressreducerande övningar och avspänning kräver stort ansvar i hantering. Deltagarna hade

haft många år av sjukdom eller socialbidragsperioder av och till. Många rehabiliteringsinsatser i form av sjukgymnastik, samtal, ergonomi, smärtmottagning m m hade prövats. Gruppdeltagarna hade ändå svårt att under kortare stunder sitta eller lyssna eller utföra avslappning i startskedet. Att därifrån finna en väg mot arbetsprövning utan att misslyckas, sågs som svårt. Flera av deltagarna hade även genomfört en rehabilitering i form av arbetsprövning med liten framgång = flera misslyckanden i minnet. Få hade trots diagnoser av ångest, panikångest, depression och utmattningssyndrom gjort det inre arbete som ofta behövs när man som en del har varit med om traumatiserande händelser. Då denna kompetens ej fanns att tillgå på Trosa vårdcentral hösten 2006, hyrdes denna tjänst in externt och knöts till projektet. Att fortsätta att arbeta med bara kognitiva processer hade varit möjligt men inte långsiktigt hållbart och resultatmålen hade blivit omöjliga att uppnå utifrån deltagarnas kraftfulla ohälsa, är min bedömning som utbildningsledare/projektledare.

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

Korta processen

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

Utvecklingsområden

- Mer handläggare tid så samverkan kan fungera fullt ut och dialog och kunskapsöverföring kan råda på ett bredare sätt vilket gagnar systemutveckling och brobygge. Handläggare har i dag fått sköta projektarbetet utöver ordinarie arbetsuppgifter vilket kan leda till en belastning och hindra samverkansutvecklingen.
- Renodla utbildningsledarens roll och ledning separat.
- Engagemang ledning styrning från flera enheter på LSG nivå, vårdcentralen har fått bära mycket under projekt tiden. På handläggarnivå och personalnivå har det dock funnits ett kraftigt engagemang, hjälp och stöd för varandra genom alla enheter.
- Dialog, struktur och mötesformer behöver utvecklas.
- Processtiden kan som ovan nämnts kortas om man integrerar Trosam med möjligheten till arbetsprövning/Verksam.
- Nu har vi arbetat med flera av de kommuninvånare som varit längst från arbetsmarknaden. Vid andra deltagargrupper så kan man kraftigt korta tiden och

antalet timmar i rehabiliteringen (1h/v – 9h/v) är min bedömning om man går in med Trosams rehabilitering tidigare och bredare i processen.

- Beroende behandling in i samverkan.
- Läkare kopplat till rehabiliteringen

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

Övriga aktiviteter i projektet

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

Förändringar under projektiden

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

Resultat

Vad har rehabiliteringen lett till?

Aktivitet - Arbete

- Grupp 1 95% gick ut i arbetsprövning, studier eller arbete genom projektet
- Grupp 2 91%,
- Grupp 3 89%
- Grupp 4 94%

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

- Vid mätningen maj/juni 2008 (vid projektslut)
5 av 8 i grupp 1 (62,5%) och
7 av 11 i grupp 2 (63,5%) uppbär egen försörjning, hel eller halvtid.
2 hade under en tid nystartsjobb. 1 av dessa deltagare har nu
bidragsanställning/nystartsjobb övriga vanlig anställning. 3 deltagare hade startat
företag och 3 håller på att starta eget företag.
87% av deltagarna hade fortfarande någon form av aktivitet våren 2008. (se bilaga 2)

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

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

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

Hälsoutveckling - Livskvalitet

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

Grupp1 & 2 snitt vid start 38 - avslut 66 av 100

Grupp 3 snitt vid start 33 - avslut 62

Grupp 4 snitt vid start 42 - avslut 62

47 personer har svarat.

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

Långsiktig hållbar insats

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

Så även hälsobarometern i grupp 1 & 2 där 11 av 13 har samma eller förhöjd hälsa vid mätning 3. 84% av dessa har då 70 eller mer av 100 möjliga på hälsobarometern

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

Varför Trosams samverkansplattform och Jag – formelutbildning

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

Denna rehabiliteringsmodell kan minska belastningen på andra yrkesgrupper. Därutöver leder det till minskade kostnader för försörjningsstöd och sjukpenning. Lägg därtill produktionsökning, skatteintäkter och ökad köpkraft och inte minst friskare kommuninvånare. Fullt ut vad Trosams modell är, vad den har gett och vad den skulle kunna betyda för t ex en kommuns utveckling, fullt utbyggd och i ett bredare perspektiv, är en längre beskrivning

Framtid

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

Rehabiliteringen kan drivas av

- en enhet
- gemensamt
- i bolagsform
- externt bolag (neutral part och drivande i dialogen)
- Man kan samfinansiera och delvis söka projektmedel för att fullt ut pröva olika implementerings vägar. Med gemensam drift eller köpa in tjänsten.

- Företagen kan även de bjudas in i samarbetet om man vill (Intresse för detta har redan påvisats) alternativt köpa tjänsten.

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

Man kan också:

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

Slutord

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

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

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

Madeleine Söderström
Projektledare Trosam projektet
2006-2008

Bilaga A
Bakgrund och framgångsfaktorer för framgångsrik rehabilitering

Bilaga A

Bakgrund och framgångsfaktorer för framgångsrik rehabilitering

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

Mångfacetterade hinder med flera gemensamma nämnare

Det finns många gemensamma nämnare i flera av vår nutids vanligaste diagnoser. Även hindren hos flera av socialens och vårdens klienter/patienter har många gemensamma nämnare som det går att samverka kring i en rehabilitering. Gruppverksamhet med en heterogen grupp sammansättning gör att vi når längre bland annat på grund av att deltagaren inte kan gömma sig bakom kön, ålder, sjukdomsidentitet eller annat. Det kanske till och med är så att arbete med de delar av sjukdomsbilden som är gemensamma i mångfacetterade grupper gällande ålder, kön, sjukdomsbild mm är framgångsrikt, dynamiskt och ekonomiskt framgångsrikt. De olika enheterna kan också som en extra bonus genom denna samverkan få tillgång till varandras kompetens och resurser. Att arbeta med ett gemensamt rehabupplägg gentemot klienter från både socialkontoret, arbetsförmedlingen, försäkringskassan och vården har därmed många möjligheter och fördelar.

Ohälsa – obalans i eller mellan människans olika delar

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

Kommunens invånare och klienter

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

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

En kommuns kostnad för människor utan egen försörjning är mer än bara nivån på försörjningsstödet. Jag har tillsammans med handläggare i Trosa kommun, gått igenom de klienter som kommit från kommunen - socialkontoret/socialpsykiatri/arbetsmarknadsenheten – till projektet. Det mångfacetterade behovet av stöd från flera enheter samtidigt eller vid olika tillfällen blir här tydlig. (bild 3)

E	B	Sek	SP/ame	V		
X		X		X	Ek bistånd	E
X	X	X			Beroende behandling	B
X	X	X	X	X	Social sekreterarstöd/tid	Sek
X		X		X	Social Psykiatri- AME	SP/AME
X		X		X	Vård	V
X	2	X		X	Hjälp kontinuerligt	X
KX		X	X		Hjälp enstaka tillfällen	x
K			X	X	Kommun/stat Plus anställd (AME)	K
Px	X	X		X	Sjukersättning/pension	P
P		X	X	X		
X		X	X	X		
P	X	X	X	X		
X	2	X	X	X		
K			X	X		
K			X			
X		X	X			
Nollade & ej försörjningsstöd						
		x		X		
		x		X		
		x		X		

Bild 3

Insatser och stödbehov hos klienter från kommunen som deltagit i projektet. Arbetsförmedlingens insatsandel är inte med i tabellen. 16 deltagare kom från kommunens verksamheter varav en anmälde av vårdcentralen. 9 uppbar försörjningsstöd, 3 sjukersättning, 4 hade plusanställning.

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

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

Vi kan också se genom erfarenheterna i projektet var vi inte lyckats fullt ut. Där en del med komplexa problem där det i den gruppstorlek och personaltäthet som varit i projektet, inte alltid varit möjligt att möta upp så nära och tätt som man behöver framför allt initialt i en förändringsprocess. Dessa deltagare har haft en komplex problematik och där missbruk varit en del av den. För de deltagare som avslutat sitt missbruk, kommit direkt från behandlingshem eller där vi kommit in tidigt i processen (riskbruk) har deltagandet varit mer framgångsrikt och för flera lett till arbete, studier eller praktik.

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

Förändrat scenario våren 2009

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

Trauma eller andra kräffulla bakomliggande orsaker

Att såsom nu ofta sker, placera människor direkt i arbete utan ett genomgripande förändringsarbete då arbetet är dennes ”missbruk”, är lika klokt som att sätta en alkoholist vid en spritflaska. Ändå är det vanligt förekommande i hela landet. En arbetsuppgift eller andra människors behov gör att många med psykosociala sjukdomar snabbt kliver förbi logikens och kroppens bromsande signaler. Att förändra den bakomliggande drivkraften först är därför nödvändig för många. Den drivkraften ligger sällan bara i tankens kraft varför KBT som ensam arbetsmetod inte håller långsiktigt vid dessa diagnoser, är min bedömning. Utan en väl timad matchning och mix av Psykodynamiskt, EMDR, KBT, fysik behandling och aktivitet m

m gör att vi når längre och ändå får kortare behandlingsprocesser. Är vi då kloka och följer individens medvetenhet och nuläge i behandlings upplägget så möter behandling där motivationen och engagemanget är. Drivkraften att skapa en livsform som gynnar behandlingens utfall blir därmed stor. Detta påvisar flera i personalen som t ex uttalat att ”Processerna är kortare inom Trosam”. ”Klienten har genom det övriga arbetet i ’Jag formel utbildningen’ en grundtrygghet som gör att vi terapeuter kan starta på samtal tre, vilket gör att vi når längre och processen blir kortare. ”Klienterna gör i större utsträckning sina hemövningar här än vad jag är van vid, vilket gör att arbetet fortskrider snabbare, Det är roligt att jobba här, därför”.

Perspektiv

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

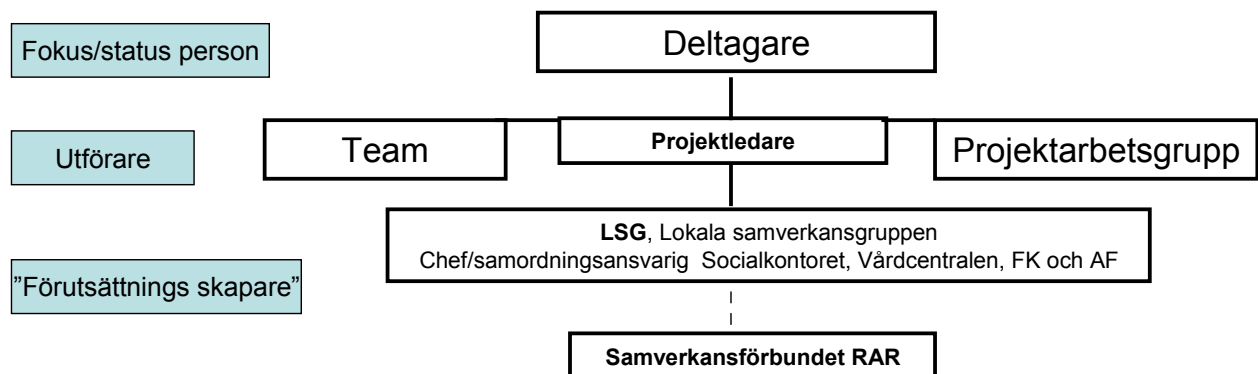


Bild 4.
Perspektiv för att lösa ”gåtan”. Till vänster nivå och roll till höger en omvänd styrbild

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

Mötet - Förhållningssätt

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

och rädslan för förändring kan då vara stor. Ett förhållningssätt som återskapar förtroendet är därför viktigt. Status är en annan viktig del.

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

Förhållningssätt

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

Mina behov och min vilja

Ett exempel:

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

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

Detta arbete genomför vi människor endast då vi känner tillit och trygghet.

Ingredienserna i Jag-formel utbildningen skapar den trygghets plattform som gjort det möjligt för många att genomföra en genomgripande förändringsprocess där arbetet (all arbetsprövning) sedan blivit ett bra ”träningläger” att finslipa mönster och förhållningssätt på.

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

Trygghet

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

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

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

Arbeta med orsak och symptom

En av vårdens och socialens viktigaste uppgifter framöver är att skapa insatser som reducerar symptom (arbetslöshet, värk, ångest, stress) men också orsak samt i en

mycket större utsträckning än i dag motivera klienter/patienter att genomföra ett genomgripande förändringsarbete, så att stress och oro inte föds in i livet igen när vardagen krånglar.

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

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

Nästa viktiga ingrediens i formeln för framgångsrik rehabilitering är
Samverkan

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

För att möjliggöra för en framgångsrik och mindre kostsam rehabilitering så är en samverkan nödvändig.

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

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

Är systemet anpassat för brukaren? Krav profilen på vad man skall klara om man är beroende av stöd i dag och själv skall söka hjälp samt sköta administrationen kring detta, stämmer allt för dåligt med verkligheten för de människor som drabbats av stress, ångest och andra psykosociala sjukdomar och hinder. Att skapa ett upplägg som bättre är anpassat till klientens faktiska förmåga i sin sjukdomsbild samt dennes behov och nuläge, är en nödvändighet. Här försvinner en del av trygghetssystemets pengar i dag, anser jag. Att under två år ha stått mitt i mellan 4 organisationer och system har varit intressant och i en del fall tyvärr skrämmande. Jag fullt frisk och ganska kunnig på delar av de olika regelverken, har dessutom tillgång till en

del personalingångar och telefonnummer. Jag har ändå bitit i gräset vid ett par tillfällen då jag försökt hjälpa två svårt sjuka deltagare i dialogen med vård och försäkringskassa. Trygghetssystemet är alltså så komplext att jag som personal får svårt att klara processerna. Hur skall då klienter/patienter klara att föra sitt ”ärende” fram under ett kraftfullt sjukdomstillstånd? För det är vad vi kräver av dem.

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

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

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

Schablonbilder och myter

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

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

En handläggare i Trosa beskrev att hon tidigare hade funderat på varför många var sjukskrivna och arbetslösheten var låg. Var det så att många föredrog att vara sjukskrivna i stället för arbetslösa i kommunen då Trosa kulturen är mycket sådan att produktivitet är viktigt? Denne person trodde att det var så. När samma individ kom ner till Trosam och mötte deltagarna vid ett par tillfällen slogs densamma av: ”De *är* ju sjuka, riktigt, riktigt sjuka”. En av terapeuterna i projektet som arbetat många år i branschen ”Jag har aldrig tidigare under mitt arbetsliv mött så många människor samtidigt som har varit med om så tragiska och

otäcka saker”. Schablon bilden av att vi suttit och druckit kaffe, målat och pratat på Trosam som några personer påtalat kan vi därmed även den slå hål på. Här nere har det utförts ett av de förmodligen tuffaste arbeten som utförts i Trosa på dagtid, alla kategorier. Här har några av de modigaste kvinnor och män varit och tagit ansvar fullt ut för att skapa förutsättningar för sin återgång till hälsa och egen försörjning.

Nutid/framtids rehabilitering och samverkan

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

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