

Framstegen

En utvärdering av
ett friskvårds- och
livsstilsprojekt för
personer med
psykisk ohälsa

Inger Jansson



Innehåll

Framstegen

En utvärdering av ett friskvårds- och livsstilsprojekt för personer med psykisk ohälsa

SAMMANFATTNING.....	4
1. INLEDNING.....	6
1.1 Introduktion.....	6
1.2 Syfte och frågeställningar.....	6
1.3 Arbetsstödande åtgärder i Mölndals stad	6
1.4 Arbetsmarknadsenheten i Mölndals stad	7
1.5 Förtydligande av några begrepp i rapporten	7
2. BAKGRUND OCH SAMMANHANG	9
2.1 Psykiatrireformens implementering i kommunerna	9
2.2 Psykiska funktionshinder.....	9
2.3 Personer med psykiska funktionshinder i arbetslivet.....	10
2.4 Den reformerade sjukförsäkringen	11
2.4.1 Begreppet arbetsförmåga	11
2.4.2 Rehabiliteringsgarantin	12
2.5 Om förändring och motivation.....	12
2.6 Anpassning och inkluderande arbetsliv.....	14
3. BESKRIVNING AV KURSPROCESSEN	15
3.1 Information och urval av deltagare.....	15
3.2 Kursdeltagarna	15
3.3 Dokumentation	16
3.4 Innehåll och arbetssätt i kursen.....	16
4. METOD OCH GENOMFÖRANDE AV UTVÄRDERINGEN	18
4.1 Sammanfattning av datainsamling.....	19
4.2 Databearbetning.....	19
5. FÖRVÄNTNINGAR OCH FÖRHOPPNINGAR INFÖR KURSEN	20
5.1 Känsla av att sitta fast.....	20
5.2 Våga påbörja förändring	20
5.3 Förhoppning om bättre självkänsla och bättre hälsa.....	20
5.4 Hitta rutiner och strukturer	21
5.5 Önskan om stöd och coaching.....	21
6. UPPLEVELSER OCH REFLEKTIONER EFTER KURSEN.....	22
6.1 Kursprocessen – dynamik på flera plan.....	22
6.1.1 Motion	22
6.1.2 Reflektion	23
6.1.3 Kommunikation i gruppen.....	23

6.1.4	Påverkansmöjlighet och delaktighet.....	24
6.1.5	Effekter på vardagen – mer energi och mer gjort	24
6.1.6	Summering	25
6.2	Påverkan på självuppfattningen.....	26
6.2.1	Veta sina gränser.....	26
6.2.2	Våga möta utmaningar	26
6.2.3	Låga förväntningar från omgivningen.....	26
6.2.4	Låga förväntningar om tillträde till arbetsmarknaden.....	27
6.2.5	Att ha en psykiatrisk diagnos	27
6.2.6	Summering	27
6.3	Bemötande och stöd	28
6.3.1	Engagemang från projektarbetarna	28
6.3.2	Behov av handledare.....	28
6.3.3	Aktivitetshuset som omgivande miljö	28
6.3.4	Behov av professionellt stöd.....	28
6.3.5	Summering	29
6.4	Arbetslivet – erfarenheter, föreställningar och förväntningar	30
6.4.1	Att presentera sig – olika strategier	30
6.4.2	Reaktioner från arbetsplatsen	30
6.4.3	Summering	31
7.	DELTAGARNAS AKTIVITETSFÖRÄNDRING	32
7.1	Aktivitet före och efter Projekt Framstegens kurs.....	32
8.	KURSMETODIK I PROJEKT FRAMSTEGEN.....	34
8.1	Ansökan till kursen.....	34
8.2	Avgränsad kurs om friskvård och livsstil.....	34
8.3	Förhållnings- och arbetssätt.....	34
8.4	Användande av demokratiska processer för personlig utveckling	35
8.5	Funktionen arbetsmarknadshandläggare.....	35
8.5.1	Supported employment (SE) och Individual Placement and Support (IPS).....	35
8.5.2	Arbetsmarknadshandläggarnas beskrivning av sitt arbete.....	36
9.	OM SAMVERKAN VID REHABILITERING TILL ARBETE	37
9.1	ICF – en referensram för samverkan	37
9.2	Samverkan mellan aktörer	38
9.3	Kommunens ansvar	38
9.4	Hälso- och sjukvårdens ansvar	39
9.5	Försäkringskassans ansvar.....	39
9.6	Arbetsförmedlingens ansvar	39
9.7	Arbetsgivarens ansvar.....	39
10.	ERFARENHETER AV SAMVERKAN I PROJEKT FRAMSTEGEN	40
10.1	Om projekt Framstegen.....	40
10.2	Nära – jobbet – fenomenet.....	40
10.2.1	Summering	41
10.3	Utestängning från eller inkludering i arbetslivet?	41
10.3.1	Summering	42
10.4	Att behålla jobbet	42
10.4.1	Summering	42
10.5	Samarbete och samverkan	43
10.5.1	Summering	43
11.	SLUTDISKUSSION	44
11.1	Implementering av projektet i den egna verksamheten.....	44
11.2	Om samverkan	45
	REFERENSER.....	49

Sammanfattning

Projekt Framstegen är ett tvåårigt projekt som bedrivits inom vård – och omsorgsförvaltningen, Mölndals stad med delfinansiering från ESF (Europeiska socialförsäkringsfonden). Projektet riktar sig till personer med psykiska funktionshinder i arbetsför ålder och det är organiserat under socialpsykiatrisk rehabilitering och arbetsträning (SPIRA) som erbjuder daglig sysselsättning för målgruppen. Syftet med projektet var att öka möjligheterna för personer med psykisk ohälsa att närma sig arbetslivet. Vidare var syftet att utveckla samverkan med andra rehabiliteringsaktörer men även samverkan med andra samhällsaktörer som föreningar för att öka integrering och minska stigmatisering av målgruppen. Med föreningar avses både intresseföreningar som Riksförbundet för Social och Mental Hälsas (RSMH) och friskvårdande föreningar som Friskis och Svettis.

Projekt Framstegen bygger på en 16 veckors kurs med friskvård, självreflektion och livsstil på schemat. Fyra kurser har genomförts med totalt 39 deltagare.

I denna utvärdering ingår regelbundna samtal med projektledare och projektmedarbetare, sammanställning av skriftliga svar på frågor inför intervju före antagning till kursen, fokusgruppintervjuer med samtliga fyra kurser i samband med kursavslut och individuella intervjuer med nyckelpersoner för projektet. Med nyckelpersoner avses representanter från samverkansaktörer i projektet och arbetsmarknadshandläggarna inom vård- och omsorgsförvaltningen.

I svaren på den enkät med öppna frågor som de sökande till kursen fick besvara som förberedelse inför antagningsintervjun framkom en önskan om förändring och känsla av att sitta fast. Man ville ha en puff för att våga komma igång. Det fanns en förhoppning om bättre hälsa, bättre självkänsla och att kunna forma en struktur i vardagen.

I fokusgruppintervjuerna i samband med kursavslut var deltagarnas upplevelse av förändring på

flera plan tydlig. Man beskrev att kursen innebar att man började röra sig rent fysiskt. I kommunikation med de övriga gruppdeltagarna formades och bestämdes sedan aktiviteterna. Detta innebar både egenreflektion men även kommunikation med andra. Kursen påbörjade en process som innebar en fysisk, en inre självreflekterande och en mellanmännisklig dynamik. Genom aktiviteter skapades dynamik med den omgivande världen och genom de frågor och teman som man diskuterade skapades en inre dynamik med möjlighet till reflektion. Genom aktiviteter som planerats och genomförts gemensamt ökade upplevelsen av att kunna påverka och känna delaktighet. Processen under kursen gav mer energi och ökad aktivitet och man beskrev att man fick mera gjort i sin vardag. Deltagarna uttryckte att självuppfattningen stärkts och man vågade möta utmaningar i större utsträckning. Samtidigt hade man låga förväntningar beträffande möjligheterna att få ett arbete. Även från omgivningen beskrev man låga förväntningar och det fanns upplevelser av att känna sig diskvalificerad och en ibland överdriven försiktighet från omgivningen. Deltagarna uttryckte att de behöver stöd för att komma vidare ut i arbetslivet och relationer till professionella blir därmed viktiga. Vidare i intervjuerna framkommer att det kan vara problematiskt att presentera sina psykiska besvär när man söker arbete. Kontaktperson lyftes fram som en konstruktiv strategi för att överbygga övergången till arbetslivet.

Deltagarnas aktivitet och sysselsättning har följts upp efter tre månader. Resultatet visar att betydligt fler var igång i främst praktik men även antalet anställda och antalet i studier hade ökat markant. Resultaten efter kursen indikerar att kursen svarar mot både deltagarnas förväntningar och de mål och syften som formulerats i projektbeskrivningen.

Den kursmetodik som utarbetats i projektet kan sammanfattas till:

- Ansökan till kursen ger individen möjlighet att formulera sina behov och påbörja en förändringsprocess.
- Den avgränsade kurstiden innebär att saker ska ske – och sker – inom en viss tid och inte inom en obestämd framtid. Detta ger erfarenhet av att förändring är möjligt att åstadkomma.
- Förhållnings- och arbetssättet hos personalen med hög grad av närvaro i alla aktiviteter. Detta ger möjlighet till direkt feedback i form av både uppmuntran, stöd och krav. Vidare är hantering av ambivalens och motivationsarbete en stor del av arbetssättet.
- Användande av demokratiska processer för individuell utveckling. Detta innebär att man både får ge förslag, komma med lösningar, kompromissa och stå tillbaka. På detta sätt blir själva kärnan av innebörden i begreppet delaktighet tydliggjord. Delaktighet innebär både möjlighet att påverka men även ett ansvar för de gemensamma besluten.
- Genom arbetsmarknadshandläggarna erbjuds individuellt stöd vidare ut mot praktik, arbete eller studier.

Projektets styrgrupp har bestått av representanter från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, vård- och omsorgsförvaltningen och arbets- och familjestödsförvaltningen. Genom projektet har samverkan utvecklats mellan rehabiliteringsaktörerna. Detta framkom i intervjuerna med nyckelpersonerna och det manifesteras i att personal (arbetsmarknadshandläggare) från vård- och omsorgsförvaltningen finns tillgängliga vissa dagar på Arbetsförmedlingen för att lättare kunna samverka i individärenden. Vidare har samverkan mellan de båda kommunala förvaltningarna intensifierats och förbättrats. Projektets målsättning att utveckla samverkan med andra verksamheter i samhället har inneburit att man aktivt tagit del av utbudet av friskvård som erbjuds i Mölndals stad, tagit del av offentliga föreläsningar och använt sig av RSMH:s kursmaterial Din egen makt. Utbyte och kontakt med liknande verksamhet i Danmark, Idraetshuset har också tagits. Två grupper har gjort studiebesök på Idraetshuset.

Vid intervjuer med nyckelpersoner framkom att man ser projekt Framstegen som ett betydelsefullt projekt. Den reformerade sjukförsäkringen innebär att allt fler personer med psykiska funktionshinder kan bedömas ha arbetsförmåga och ha behov av stöd i att komma in i arbetslivet. Bland

de intervjuade tas fenomenet nära-jobbet-upplevelsen upp. Detta fenomen innebär att individen i samband med att man övergår till en anställning från en praktik plötsligt försämras trots att kraven objektivt är desamma vid anställningen som under praktiktiden. Detta innebär att försöket att komma ut i arbetslivet misslyckas.

De ökande diagnoserna bland unga inom det neuropsykiatriska fältet upplevdes som oroande bland nyckelpersonerna. Man uttryckte att dessa ungdomar utreds men deras situation reds inte ut.

Vidare såg man en risk att den reformerade sjukförsäkringen endast flyttar om samhällskostnaderna från sjukförsäkringen till aktivitetsstöd och Akassa istället för att personer med funktionshinder inkluderas i arbetslivet. För de inom målgruppen som kommer ut i arbetslivet betonas behovet och fördelarna med stödinsatser för att klara att behålla arbetet. Beträffande samverkan beskrev nyckelpersonerna att det är viktigt att ta vara på varandras resurser och undvika dubbelarbete. För detta krävs fungerande rutiner kring informationsöverföring mellan aktörerna.

I utredningen *Ambition och ansvar* (SOU, 2006) riktas kritik mot bristen på rehabiliteringsmöjligheter för psykiskt funktionshindrade inom kommunens dagliga sysselsättning. Projekt Framstegen med en igångsättande förberedande kurs och uppbyggda samverkansnät innebär en bro som kan möjliggöra rehabilitering till arbetslivet. Målgruppen har överlag stora behov av komplexa och sammansatta åtgärder för att komma fram till en fungerande arbetssituation. Detta ställer krav på etablerade och väl fungerande samverkansstrukturer med andra rehabiliteringsaktörer i samhället för att rehabiliteringen tillbaka till arbete ska kunna fungera. ●

I. Inledning

I.1 Introduktion

Projekt Framstegen startade under hösten 2009 och är organiserat under vård- och omsorgsförvaltningen i Mölndals stad. Projektet finansieras delvis med stöd av EU:s socialförsäkringsfond och riktar sig till personer med psykiska funktionsnedsättningar. Det övergripande syftet är att skapa förutsättningar för att närma sig arbetslivet och lämna bidragsberoende helt eller delvis. I projektbeskrivningen beskrivs en ambition att projektdeltagarna ska utveckla en ökad fysisk hälsa, inre styrka och ökad självkänsla samt uppnå en ökad motivation att möta samhällets krav. Vidare syftar projektet till att minska stigmatisering och utanförskap för målgruppen och hitta fler vägar till praktikplatser och lönearbete. Projekt Framstegen har bedrivits i form av kurser om 16 veckor, totalt fyra kurser under perioden augusti 2009 till juni 2011. Projektet har genomförts av en projektledare på heltid och en projektmedarbetare på deltid (80 %). Målsättningen i projektet har även varit att utveckla samverkan med andra verksamheter i samhället, både internt i kommunen mellan de båda förvaltningarna vård- och omsorgsförvaltningen och arbets- och familjestödsförvaltningen och med andra myndigheter och föreningsverksamhet som kan fungera stödjande och utvecklande för målgruppens möjligheter att komma in i arbetslivet.

Projektet har således två syften. Dels handlar det om att utveckla en rehabiliteringskurs med friskvård, kost- och näringslära, ”hantera vardagen” och livskunskap på schemat, dels att utveckla samverkan både internt mellan de båda förvaltningarna inom Mölndals stad och externt med andra aktörer.

I.2 Syfte och frågeställningar

Som framgår ovan finns det två inriktningar på projektet. Vid planering av utvärderingen tillsammans med uppdragsgivare valdes att fokusera utvärderingen främst på utvecklingen av rehabiliteringskursen. De övergripande frågeställningarna är:

- Vilka förväntningar finns på kursen?
- Hur upplever kursdeltagarna kursen?
- Hur har kursen påverkat deltagarna?
- Vilka är framgångsfaktorerna i kursen?

För att utvärdera det andra syftet valdes att begränsa utvärderingen till hur nyckelpersoner hos de samverkande rehabiliteringsaktörerna har upplevt projektet. Nyckelpersoner innebär i detta sammanhang rehabiliteringsaktörernas representanter från styrgruppen och de båda arbetsmarknadshandläggarna på vård- och omsorgsförvaltningen. De övergripande frågeställningarna har fokuserats på:

- Behov/nytta av projektet.
- Projektets påverkan på samverkan.
- Framgångsfaktorer och förbättringsfaktorer.

I.3 Daglig sysselsättning i Mölndals stad

Projekt Framstegen är organiserat inom förvaltningen vård och omsorg i Mölndals stad.

Inom vård och omsorg erbjuds daglig sysselsättning för personer med psykiska funktionshinder. Den dagliga sysselsättningen är organiserad i enheten SPIRA (Mölndals stad, 2011). I denna enhet erbjuds möjlighet att delta i träffpunktsverksamhet och i aktivitets- och arbetsgrupper med olika kravnivåer och inriktningar. Gemensamt för samtliga verksamheter inom SPIRA är att alla har en tydlig struktur med återkommande möten. Aktiviteter och arbetsuppgifter är organiserade i olika arbetsgrupper och dessa har regelbundna möten

där uppgifter och aktiviteter planeras och organiseras under demokratiska former. Detta skapar en tydlighet och ökar känslan av sammanhang. För den som har svårt att koncentrera sig, överblicka sammanhang och/eller komma igång och ta initiativ kan detta vara ett stöd i att våga vara aktiv.

De olika verksamheterna inom SPIRA kan ses som deltagarnas experimentverkstad där man har möjlighet att pröva sin förmåga under trygga omständigheter och med möjlighet att ta steg framåt, ibland bakåt eller åt sidan, alltefter förmåga. På Träffpunkten på Lyckostigen finns möjlighet till gemenskap med andra och att delta i olika meningsfulla aktiviteter. De flesta arbetsgrupperna finns i det så kallade Aktivitetshuset på Göteborgsvägen men några arbetsgrupper, till exempel arbetsgruppen som driver en kiosk, är integrerade ute i samhället. Arbetsgrupperna ändras över tid beroende på deltagarnas intresse och önskemål. På aktivitetshuset fanns det under projektiden arbetsgrupper i kök, keramik, snickeri, textil, reception och data/hemsida. Genom att delta och ta ansvar i en arbetsgrupp får man möjlighet att träna och utveckla sin sociala förmåga. Alla deltagare går på individuella scheman för att komma igång med rutiner för veckan. Det kan vara från några timmar per vecka till att man kommer varje dag, vilket innebär att för många är detta som att ”gå till jobbet” (Toll & Palmer Schale, 2008; Mölndals stad, 2011).

Verksamheten bygger metodmässigt på brukarinflytande, ett responsivt förhållningssätt och återhämtning och den sociala interaktionens betydelse betonas. Brukarinflytande innebär i detta sammanhang att deltagarna i verksamheten uppmanas till och ges möjlighet till att påverka och ha inflytande i verksamheten så långt det är möjligt (Toll & Palmer Schale, 2008). Toll och Palmer Schale (2008) talar om brukarbemötande, vilket innebär ett bemötande från personalen som befämjar och underlättar deltagarens inflytande och utveckling. Respekt, lyhördhet, inväntande och att ge deltagarna utrymme för handlande är andra aspekter av det responsiva förhållningssättet. Återhämtning innebär individens eget arbete med sig själv för att komma tillbaka. Ofta sker detta arbete med hjälp av andra i omgivningen men det är individen själv som styr och har kontroll över processen. Detta innebär att det är individen som hel person som återhämtningen är inriktad på. Återhämtning är inte bara fråga om att reducera

symtom eller rehabilitera en begränsad funktion (Topor, 2004; Toll & Palmer Schale, 2008).

1.4 Arbetsmarknadsenheten i Mölndals stad

Inom arbetsmarknads- och ekonomiavdelningen som ligger under förvaltningen arbets- och familjestöd bedrivs en rad olika arbetsstödande åtgärder. Även ansvar för ekonomiskt bistånd ligger på denna avdelning. Målgruppen är personer bosatta i Mölndals stad som har behov av ekonomiskt bistånd. Arbetsmarknads- och ekonomiavdelningen har även ansvar för flyktingmottagningen. De olika arbetsstödande åtgärderna kan vara att erbjuda arbetspraktik, söka-jobb-support, studier med mera. Arbetspraktik erbjuds ute på företag som man har upparbetade kontakter med eller inom egna verksamheter som bedrivs under Neon resurscenter. Inom Neon resurscenter finns möjlighet att pröva på snickeri, enklare industriella arbeten, textilt arbete och data. Inom förvaltningen har man regelbundna och väl etablerade kontakter med Arbetsförmedlingen.

De båda förvaltningarna vård och omsorg och arbets- och familjestödsförvaltningen har en ambition att börja samarbeta i större utsträckning och ta vara på varandras resurser. Torrekullagården är ett konkret exempel på detta samarbete. Torrekullagården är ett tvåårigt samarbetsprojekt mellan de båda förvaltningarna med slutdatum 2011-12-31. Även Arbetsförmedlingen är involverad i detta projekt genom att stå för flertalet av deltagarnas försörjning i form av aktivitetsstöd. Projektet vänder sig till personer i Mölndals stad som för närvarande saknar tillgång till arbetsmarknaden. På Torrekullagården erbjuds rehabilitering, arbetsprövning och meningsfull sysselsättning. Syftet är att deltagarna ska få tillträde till arbetsmarknaden och/eller få ökad livskvalitet.

1.5 Förtydligande av några begrepp i rapporten

I denna rapport används både begreppen projekt Framstegen och rehabiliteringskurs eller kurs. Med projekt Framstegen menas både rehabiliteringskursen och samverkansarbetet med andra aktörer. Med rehabiliteringskursen avses endast kursen. Deltagarna i fokusgruppintervjuerna benämns genomgående för deltagare. De nyckelpersoner som intervjuas benämns informanter. Med nyck-

elpersoner avses representanter för de olika rehabiliteringsaktörerna i styrgruppen för projektet (Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, arbets- och familjestödsförvaltningen, vård och omsorgsförvaltningen) och de båda arbetsmarknads-handläggarna på vård- och omsorgsförvaltningen. Termen projektarbetare avser de båda anställda i projektet där en är projektledare och en är medarbetare. ●

2. Bakgrund och sammanhang

I detta avsnitt görs först en tillbakablick genom en beskrivning av psykiatrireformen och dess syfte. Att ha ett psykiskt funktionshinder, vad innebär det? Och hur ser det ut för personer med psykiska funktionshinder på arbetsmarknaden? Vidare görs en beskrivning av den reformerade sjukförsäkringen och dess konsekvenser och slutligen några ord om det som kanske är allra viktigast för att öka möjligheterna för personer med funktionshinder att vara delaktiga i arbetslivet; ett inkluderande arbetsliv.

2.1 Psykiatrireformens implementering i kommunerna

En av psykiatrireformens intentioner när den påbörjades 1995 var att göra det möjligt för personer med psykiska funktionshinder att leva integrerat i samhället i stället för det institutionsliv som det stora flertalet var hänvisade till. Man talade om normalisering och integrering och med detta menades att psykiskt funktionshindrade skulle leva under så normala omständigheter som möjligt integrerat i samhället (SOU, 2006).

I psykiatrireformen fördelades ansvaret för personer med psykiska funktionshinder mellan landsting och kommun. Landstinget har behandlingsansvaret och kommunen befolkningsansvaret. I befolkningsansvaret ingår boende och meningsfull sysselsättning.

I utredningen *Ambition och ansvar* (SOU, 2006) kartläggs och beskrivs samhällets insatser för psykiskt funktionshindrade. Beträffande meningsfull sysselsättning gör utredningen ingen åtskillnad mellan verksamhet som inriktar sig mot sysselsättning och verksamhet som inriktar sig mot arbetslivsinriktad rehabilitering. Enligt utredningen kan dessa inriktningar ske parallellt. Det handlar mera om målet för individen. Sysselsättningsverksamheterna i kommunen beskrivs i utredningen som relativt välutvecklade, ofta med bra innehåll och

arbetsuppgifter som kan vara både värdefulla och förhållandevis kvalificerade. I verksamheterna är det inte ovanligt att individerna är verksamma på halvtid (vilket inte ses som något ovanligt). Däremot, menar utredaren, verkar tanken på att individerna skulle få betalt för det de gör långt ifrån självklar. Trots att det finns bra och fungerande sysselsättningsverksamheter är det få personer med psykiska funktionshinder som kommer ut i arbetslivet. Eftersom verksamheterna främst bygger på ett sysselsättningsperspektiv finns inga eller få kanaler ut i arbetslivet. ”Arbetslinjen har tappats bort för personer med psykiskt funktionshinder och att arbetslinjen i framtiden måste ses som central och gälla fullt ut för gruppen” (SOU, 2006, s. 267). I utredningen jämförs sysselsättningsverksamheterna för psykiskt funktionshindrade med rehabiliterande verksamheter inom kommunernas försörjningsstöd och utredaren konstaterar att dessa verksamheter har betydligt mer utvecklat samarbete med framförallt Arbetsförmedlingen i syfte att öka individens möjligheter till arbetsåtergång (SOU, 2006).

2.2 Psykiska funktionshinder

Historiskt har psykisk sjukdom varit något som samhället isolerat från omvärlden både med tanke på övriga medborgare i samhället men också för att skydda den psykiskt sjuka från olämplig yttre påverkan. Psykisk sjukdom och därmed personer med psykisk sjukdom har således en lång tradition av isolering i vår kultur.

Ett varaktigt psykiskt funktionshinder kan innebära brist på initiativ, svårighet att sätta igång och avsluta aktiviteter, begränsningar vad gäller tidsuppfattning och planerings- och organisationsförmåga, känslighet för stimuli, stresskänslighet, svårighet att tillämpa ny kunskap, kontaktskygghet och undandragande beteende (Lundin & Ohlsson, 2009).

Det kan föreligga en tendens att just symtomen med undandragande inte är i fokus på samma sätt som tidigare. Numera är de kognitiva hindren mera uppmärksammade (Nyman, 2000). Hjälpmiddelsinstitutet (2011) har lyft fram möjligheterna att kompensera dessa funktionshinder med hjälpmedel. Det kan handla om struktur- och påminnelsehjälpmedel av olika slag. Numera finns det även så kallade appar (applikationer till mobilen) för olika ändamål. Det finns exempelvis appar som utger sig för att kunna hindra depressioner och även appar som kan ersätta biktstolen och ge syndernas förlåtelse! (<http://www.leva.nu>). Appar är en ny företeelse och det kan finnas stor potential för att använda dem som hjälpmedel för personer med psykiska funktionshinder.

På ett samhälleligt plan finns således en tradition av isolering och undvikande av personer med psykisk sjukdom. På ett individplan är det inte ovanligt att den psykiska sjukdomen ger symtom i form av undandragande beteende och isolering. Detta innebär undandragande från två håll vilket gör det högst angeläget att uppmärksamma de processer som kan påverka och förhindra undandragande och isoleringstendenser från både samhället och individen. Det man kan fundera över är om tendensen till att isolera sig i grunden är ett symptom beroende på den psykiska sjukdomen eller om det är individens sätt att reagera och förhålla sig utifrån samhällets normer.

2.3 Personer med psykiska funktionshinder i arbetslivet

Knappt 10 procent av Sveriges befolkning uppger sig ha ett funktionshinder i förhållande till arbetsförmåga (Statistiska Centralbyrån [SCB], 2008; Johnredén, 2006). I arbetskraftsundersökningen från 2008 som genomförts av Statistiska Centralbyrån (SCB, 2008) framkommer att sysselsättningsgraden är lägre bland personer med funktionshinder än bland befolkningen i övrigt. Med sysselsättning i detta sammanhang menas de som arbetar eller studerar. Bland personer med funktionshinder i förhållande till arbetsförmåga ingår 55 procent i arbetskraften. För personer med psykiska funktionshinder ingår endast en tredjedel av dem i arbetskraften vilket är den lägsta frekvensen bland samtliga grupper av funktionshindrade (SOU, 2006). Detta kan jämföras med personer utan funktionsnedsättning där 81 procent ingår i arbetskraften. Enligt SCB:s statistik tenderar den-

na klyfta mellan personer med funktionshinder och övriga befolkningen att öka alltsedan 2006 (SCB, 2008). Den lägre sysselsättningsgraden syns även i statistiken över arbetslösa där arbetslösheten är högre bland personer med funktionshinder i förhållande till arbetsförmåga än bland befolkningen i övrigt. Även här finns en tendens till en ökande skillnad mellan personer med funktionshinder och den övriga befolkningen (SCB, 2008). Av samma källa framgår att närmare tre fjärdedelar av de personer som har funktionshinder och ett arbete, också har behov av någon form av anpassning i arbetssituationen. Detta behov är större bland kvinnor än bland män. Bland personer med funktionshinder i förhållande till arbetsförmåga upplever 7 procent att de blivit uppsagda eller avskedade under de senaste fem åren. Detta kan jämföras med personer utan nedsatt arbetsförmåga där endast 1 procent hade denna erfarenhet. Dessa siffror från SCB indikerar att förutsättningarna för personer med nedsatt arbetsförmåga att vara delaktiga i arbetslivet har minskat under de senare åren och detta är särskilt uttalat för gruppen psykiskt funktionshindrade.

Bland samtliga personer med funktionshinder uppger 60 procent att funktionshindret påverkar arbetsförmågan. I gruppen psykiskt funktionshindrade däremot uppger 90 procent att funktionshindret påverkar arbetsförmågan (SCB, 2008; SOU, 2006).

Orsaken till den relativt stora skillnaden beträffande den upplevda omfattningen av påverkan på arbetsförmågan kan ha flera orsaker. En orsak kan vara att funktionshindret faktiskt har en omfattande påverkan på funktioner som är viktiga för att klara ett arbete. En annan orsak kan vara svårigheter hos omgivningen att förhålla sig till dessa funktionshinder.

Unga personer med psykiska funktionshinder är särskilt utsatta vad gäller utanförskapet i arbetslivet. Av de som fick aktivitetsersättning (sjukersättning för unga i åldern 19-29 år) under 2004 hade nära två av tre en psykiatrisk diagnos. I statistik från Försäkringskassan framgår att antalet unga som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning från Försäkringskassan ökat väsentligt under senare år. Vid mitten av 70-talet var andelen nybeviljade sjukersättningar 7 procent i åldern 20-39 år. Runt 2005 har andelen höjts till 20 procent i denna åldersgrupp. De psykiska diagnoserna står för den största ökningen (Försäkringskassan, 2007).

I en rapport från 2008 (KOSAM, 2008) har man inom ramen för KOSAM (kommuner och sjukvård i samverkan) inventerat behovet av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning i Mölndals stad och angränsande kommuner. Denna inventering bygger på frågeformulär riktade både till personal som möter personer med psykiska besvär inom kommun och sjukvård och till brukarna själva. I Mölndals stad har man bedömt att 236 personer har behov av insatser av något slag på grund av psykisk funktionsnedsättning. Av dessa rapporteringar kommer 129 från vård- och omsorgsförvaltningen, 107 från arbets- och familjestödsförvaltningen och 113 från sjukvården.

Av inventeringen framgår att av samtliga brukare saknar 80 procent arbete. I åldersgruppen 18-29 år saknar 70 procent arbete medan 90 procent av dem som är över 50 år står utanför arbetsmarknaden.

2.4 Den reformerade sjukförsäkringen

Projekt Framstegen påbörjades i en tid då sjukförsäkringen genomgick en kraftig reformering som påverkar många människor med olika diagnoser och funktionsnedsättningar och däribland personer med psykiska funktionshinder. Denna samhällsliga förändring innebär att allt fler personer med funktionshinder kommer att vara aktuella på arbetsmarknaden och dessutom i behov av anpassade arbetsförhållanden. Det blir det ofrånkomliga resultatet av den reformerade sjukförsäkringen, den så kallade rehabiliteringskedjan som infördes i juli 2008 (Regeringskansliet, 2010 a; SOU, 2009:89). Den reformerade sjukförsäkringen innebär en striktare bedömning och en förändrad sjukskrivningsprocess där arbetsförmågan och rätten till en försäkring prövas vid fasta tidsgränser. Under de tre första månaderna prövas arbetsförmågan mot det ordinarie arbetet. Därefter vidgas prövningen till att omfatta även andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren. Efter sex månader prövas arbetsförmågan mot hela den reguljära arbetsmarknaden. Begreppet medicinska förutsättningar är föreslaget att användas vid denna tidsgräns (SOU, 2009:89). Detta innebär att bedömningen efter sex månader blir påtagligt striktare då arbetsförmågan (eller de medicinska förutsättningarna) inte bara bedöms i relation till det tidigare arbetet eller arbetsplatsen utan i relation till samtliga arbeten på den reguljära arbetsmarknaden (SOU,

2009:89). Den förändrade sjukförsäkringen är en del av den politiska ambitionen att minska utanförskapet i arbetslivet. För att kunna få sjukersättning måste arbetsförmågan vara helt nedsatt inom all överskådlig framtid. Aktivitetsersättning är en ersättning för personer mellan 19 och 29 år som inte bedöms kunna komma ut i arbete inom ett år (Försäkringskassan, 2011 a; Regeringskansliet, 2010 b).

En konsekvens av den reformerade sjukförsäkringen är programmet arbetslivsintroduktion som introducerades i januari 2010 och som Arbetsförmedlingen erbjuder personer vars tid med sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning tagit slut. Detta program innebär en kartläggning och prövning av individens förutsättningar att klara ett arbete och programmet pågår under maximalt tre månader (Arbetsförmedlingen, 2011).

2.4.1 Begreppet arbetsförmåga

Den reformerade sjukförsäkringen innebär att begreppet arbetsförmåga tolkas mera strikt utifrån ett försäkringsmedicinskt perspektiv. Begreppet arbetsförmåga kan tolkas och definieras med utgångspunkt i olika synsätt: från ett strikt försäkringsmedicinskt till ett aktivitets- och handlingsinriktat synsätt. Att de försäkringsmedicinskt inriktade definitionerna är mera förekommande beror på att man utgår från och tillämpar den juridiska aspekten av arbetsoförmåga, det vill säga om man har rätt till en försäkring eller inte (SOU 2008:66; SOU 2009:89; Tengland 2006). Det som kännetecknar de försäkringsmedicinska definitionerna av begreppet arbetsförmåga, eller snarare oförmåga, är den tydliga kopplingen mellan Diagnos, Funktionsnedsättning och Aktivitetsbegränsning, den så kallade DFA-kedjan (Diagnos – Funktionsnedsättning – Aktivitetsbegränsning – kedjan) (SOU, 2009:89). I den försäkringsmedicinska definitionen är det endast arbetshindrande aktivitetsbegränsningar som uppstått i ett klart och tydligt samband med en sjukdom som kan vara försäkringsmedicinskt giltiga.

Med ett aktivitets- och handlingsinriktat synsätt blir begreppet arbetsförmåga snarare inriktat på att möjliggöra utförandet av ett arbete och en rad omgivningsfaktorer och personliga faktorer får ökad betydelse (Socialstyrelsen, 2003; SOU 2008:66; SOU 2009:89). Aktivitetsbegränsningen blir således det utgångsläge varifrån man prövar vilka möjligheter som kan finnas i olika arbetsmiljöer och i olika arbetssituationer, som kan matcha

individens samlade resurser det vill säga både funktioner och personliga faktorer som intresse, motivation, personlighet, tidigare arbetslivserfarenhet, utbildningsbakgrund med mera. Sammantaget innebär detta att begreppet arbetsförmåga har både en juridisk/försäkringsmedicinsk och en mera aktivitets- och handlingsinriktad dimension.

2.4.2 Rehabiliteringsgarantin

Under 2008 slöts ett avtal mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en rehabiliteringsgaranti vilket också är en åtgärd för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet. Denna garanti innebär i huvudsak att säkerställa att den enskilde får tillgång till medicinsk behandling och rehabilitering för att lättare komma tillbaka till arbete (SKL, 2011). De diagnoser som för närvarande omfattas av rehabiliteringsgarantin är de som står för den största delen av sjukskrivningarna och därmed även är de mest kostsamma. Dessa diagnoser är sjukdomar i rörelseorganen och psykisk ohälsa som ligger inom ramen för primärvårdens ansvar, det vill säga lindriga till medelsvåra psykiska besvär. Rehabiliteringsgarantin riktar sig till personer i yrkesverksam ålder, 16-67 år (Busch et al., 2011). Detta innebär att personer med svår psykisk ohälsa som behandlas inom ramen för specialistsjukvård (psykiatri) inte är aktuella inom rehabiliteringsgarantin.

I överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin ingår att de metoder som används i behandlingen ska vara evidensbaserade. För den psykiska ohälsan är det metoderna KBT (kognitiv beteendeterapi), KPT (kognitiv psykoterapi) och IPT (interpersonell psykoterapi) som, så här långt, har dokumenterad evidens vid den utvärdering av rehabiliteringsgarantin som gjorts av Busch et al. (2011). Men de evidensbaserade metoderna kan bli fler i takt med att fler metoder utvecklas. Inom ramen för rehabiliteringsgarantin har Socialdepartementet även velat stimulera till forskning och utveckling vad gäller behandlings- och rehabiliteringsmetoder för att minska sjukskrivning och möjliggöra arbetsåtergång. Genom forskningsprogrammet Rehsam kan landstingen i samverkan med universitet eller högskola söka anslag för att utveckla och pröva metoder inom ramen för rehabiliteringsgarantin i syfte att effektivisera och förbättra metoderna (Försäkringskassan, 2011 b). I denna massiva insats för att befrämja arbetsförmågan och minska sjukfrånvaron i arbetslivet ingår således inte målgruppen personer med svåra psykiska funktionshinder i dagsläget.

För personer med svåra psykiska funktionshinder blir därmed den sociala rehabiliteringen som erbjuds inom kommunerna oerhört betydelsefull för möjligheten till stöd till att komma ut i arbetslivet. Inom den specialiserade sjukvården, psykiatri, får man behandling och ett långvarigt stöd men inom specialistsjukvården finns inte möjlighet att få målinriktad arbetsrehabilitering. Detta innebär att personer med svåra psykiska funktionshinder är i stort behov av att det finns bra metoder för arbetsåtergång inom den sociala rehabiliteringen. Även inom det socialpsykiatriska kunskapsfältet utvecklas och pågår forskning och kunskap utvecklas. En webbplats med information om aktuell forskning inom detta fält är centrum för evidensbaserade psykosociala insatser (www.cepi.nu). Det man kan fundera och reflektera över är de olika riktningar som blir resultatet av denna utdelning av den arbetsinriktade rehabiliteringen vid psykiska ohälsa. En riktning som utgår från lindrig till medelsvår psykisk ohälsa som behandlas inom primärvården med resurser inom ramen för rehabiliteringsgarantin beträffande både metoder och behandling. En annan inriktning är den som utgår från svårare psykisk ohälsa mot det socialpsykiatriska forskningsfältet med en annan tradition och andra förutsättningar. Skiljelinjen mellan vad som är medelsvår och svår psykisk ohälsa är i högsta grad en ”linje i vattnet”. Eftersom de psykiatriska diagnoserna är symtombaserade och bygger på hur och vad patienten förmedlar och under vilka omständigheter det sker innebär det svårigheter med gränsdragning mellan olika diagnoser (Michailakis, 2008).

2.5 Om förändring och motivation

Förändring är en ständigt pågående process och en del av livet. Men under vissa omständigheter blir förändringen svårare att genomföra och kräver mer både från individen och från omgivningen. Önskan om förändring är en grundläggande motivationsfaktor. Kielhofner (2008) beskriver tre olika omständigheter som ligger till grund för förändring. Han använder begreppen tilläggsförändring (incremental change) transformationsförändring (transformational change) och katastrofförändring (catastrophic change). Det första begreppet, tilläggsförändring, refererar till en gradvis förändring beträffande mängd, intensitet och grad i en aktivitet. Det är de förändringar vi alla genomgår under livet för att anpassa oss efter

omständigheterna. Det andra begreppet, transformationsförändring, innebär ett stadium då man, mera fundamentalt, ändrar sitt aktivitetsbeteende och sitt handlingsmönster. Till exempel den som övervägt att börja träna, som aldrig har gjort det tidigare. I detta stadium är individen inställd på en förändring och förändringen är förväntad men man kan behöva stöttning för att bibehålla motivationen. Det tredje begreppet, katastrofförändring, innebär en situation då något helt oförutsett händer som påverkar individens aktivitetsförmåga och innebär att ett helt nytt handlingsmönster behöver utvecklas. Detta stadium ställer stora krav på omställning och individen kan ha stora behov av stöttning för att bibehålla motivationen. Omgivningen har en stor roll i individens möjlighet till förändring. Med omgivning menar Kielhofner (2008) både den sociala och fysiska miljön och den kultur man befinner sig i. Omgivningsfaktorer kan både stötta och hindra individens möjligheter till förändring.

Katastrofförändring kan innebära att förmågan att utföra en aktivitet eller uppgift kan påverkas och försämrats på grund av sjukdom eller skada. Det man tidigare gjorde närmast automatiskt kräver plötsligt ansträngning och ibland ett annat sätt att utföra det på. Den nedsatta förmågan kan innebära att man inte kan fungera på samma sätt som tidigare i en roll. Om sjukdomen inträder i början av vuxenlivet kan den hindra individen att utveckla en fungerande arbetsroll. När individen genomgår en mera krävande förändring som transformationsförändring och katastrofförändring innebär, följer förändringen, enligt Kielhofner (2008) ett kontinuum som kan delas in i tre stadier från ett utforskandestadium (exploration), till ett kompetensstadium (competence) och slutligen till ett åstadkommandestadium (achievement).

Utforskandestadiet

Utforskandestadiet innebär den första nivån då individen provar nya sätt att utföra en uppgift på och ett nytt sätt att förhålla sig till nya roller och även möjlighet att söka nya källor för meningsskapande. För att möjliggöra utforskande och nya insikter krävs en trygg och stimulerande omgivning. I detta stadium bör miljön vara tillåtande och utan uttalade krav. Eftersom en person i detta stadium fortfarande är osäker på sin förmåga och sin motivation till något har de stödjande och stimulerande faktorerna i den omgivande miljön en stor betydelse. Detta innebär att miljön – både den sociala och den fysiska – har stort betydelse. I detta stadium har man behov av att lära sig och upptäcka nya sätt att utföra uppgifter på och upptäcka nya sätt att uttrycka sin förmåga på och hitta nya sätt att göra livssituationen begriplig på.

Kompetensstadiet

Kompetensstadiet innebär ett stadium då individen utifrån de erfarenheter som framkommit i utforskandenivån börjar konsolidera och forma nya sätt att utföra uppgifter på. I detta förändringsstadium strävar individen efter att klara de krav och förväntningar som ställs i enskilda situationer. Fokus i detta stadium är inriktat på ett hållbart och adekvat utförande av en uppgift. Denna strävan efter ett kompetent utförande leder till utveckling av nya färdigheter och ger en ökad känsla av självkontroll. Kompetensstadiet innebär även en utveckling mot att utarbeta nya konstruktiva rutiner.

Åstadkommandestadiet

I detta stadium har individen tillräckligt med färdigheter och vanor som gör att man kan fungera till fullo i en aktivitetsroll som kan vara en arbetsroll. Individen har i detta stadium införlivat de nya aktiviteterna och de därmed följande rollerna i sin identitet. I åstadkommandestadiet kan individen fungera på ett mera altruistiskt sätt, det vill säga ha förmåga att sätta andras behov före sina

egna och fungera på villkor som styrs av andra. Man ska vara medveten om att individen kan gå fram och tillbaka i dessa stadier, beroende på förändring i omgivningen, förändring av aktiviteten och förändring hos individen.

Bild 1. Aktivitetsstadier enligt Kielhofner (2008)

Utforskandestadiet	Kompetensstadiet	Åstadkommandestadiet
<ul style="list-style-type: none"> • Möjlighet att pröva och utforska • Lära sig nya sätt att utföra aktiviteter • Uttrycka sig • Behov av trygg och stimulerande miljö 	<ul style="list-style-type: none"> • Befästa nya sätt att utföra aktiviteter • Öka färdigheter • Behöver utveckla <ul style="list-style-type: none"> • Vanor och roller • Känsla av självkontroll • Realistiska mål • Vardagliga vanemönster 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrera tidigare förändringar till livssituationen • Behärskar en roll • Kan balansera krav och förväntningar

Inom RTW (return to work)-forskningen är motivation – av naturliga skäl – en ofta diskuterad faktor. Ofta betraktas motivationen som den mest betydelsefulla faktorn för en lyckad rehabilitering och den kan ibland beskrivas i termer av en egenskap som en individ har eller saknar. Men Berglind och Gerner (2002) som studerat motivation vid arbetsåtergång, poängterar betydelsen av att se motivation som riktad till något och inte en inneboende egenskap hos individen. De lyfter även in begreppen kompetens och möjlighet som betydelsefulla för om det är realistiskt för en individ att vara motiverad till något. För att vara motiverad till att börja arbeta måste man uppleva viss kompetens och det ska även finnas en möjlighet att hitta och få ett arbete. Det individen kan behöva stöd till är att se sin kompetens och se vilka möjligheter som finns i arbetslivet. Jenner (2004) som intresserat sig för motivationsbegreppet utifrån skoltrötta elevers perspektiv definierar motivation på följande sätt: ”Motivation är inte en egenskap hos individen, utan en följd av de erfarenheter man gjort och det bemötande man får.” (Jenner, 2004, s.15).

Revstedt (2002) talar om manifest och latent motivation. Manifest motivation innebär helt enkelt att vara på det sätt som vi förväntar oss att en motiverad person är. Latent motiverad är Revstedts (2002) begrepp för det man i dagligt tal skulle kalla omotiverad. Begreppet latent motivation är ett bra hjälpmedel för handledare då det indikerar att här finns motivation men den märks inte. Revstedt (2002) menar att alla har en önskan om ett konstruktivt och självförverkligande liv. ”Motivation definieras som en strävan hos människor att leva ett så meningsfullt och självförverkligande liv som möjligt. Denna strävan är sammanfattningen av människans innersta natur: att vara konstruktiv, social, målinriktad och aktiv.” (Revstedt, 2002, s. 39).

Revstedt (2002) använder även begreppet rekyl. Rekyl innebär en tillbakagång efter en framgång. Denna tillbakagång eller bakslag kan vara svår för både individen och handledare att handskas med men ser man den som en del av utvecklingen framåt blir den lättare att förhålla sig till.

2.6 Anpassning och inkluderande arbetsliv

Målet med den reformerade sjukförsäkringen är i förlängningen att fler ska vara i arbete och enligt SOU 2009:89 (2009) får inte reformen decimeras till att enbart leda till att färre personer är aktuella i sjukförsäkringen. Detta kräver anpass-

ning och omställning både för individen och för arbetsmarknaden. I utredningen Ett inkluderande arbetsliv från Arbetsmiljöpolutiska kunskapsrådet (SOU 2009:93) lyfts behovet av att skapa fler och bättre jobb och möjliggöra för marginaliserade grupper att få tillträde till arbetsmarknaden. Det utanförskap som drabbar många grupper i samhället är ett problem inte bara i Sverige utan i hela Europa. Ett inkluderande arbetsliv innebär på en konkret nivå att personer med olika förutsättningar, bakgrund, kompetens och erfarenheter ryms inom en organisation eller arbetsplats. Rätt hanterat kan det berika och inspirera arbetsplatsen och mångfalden kan därmed ses som en tillgång. Men tanken om organisatorisk mångfald behöver förankras i organisationen och hos arbetsledning och medarbetare för att den ska kunna omsättas i praktiken (Andersson & Johansson, 2007; Jansson & Björklund, 2006; SOU 2009:93).

Av en enkätundersökning som genomfördes av Arbetsförmedlingen under hösten 2009 framkommer att ungefär hälften av de tillfrågade arbetsgivarna kunde tänka sig att anställa en person med funktionshinder (Arbetsförmedlingen, 2009). Enligt en annan enkätstudie omfattande 5 000 arbetsgivare från olika arbetsmarknadssektorer är det betydligt färre, endast 14 procent av arbetsgivarna som har övervägt att anställa en person med funktionshinder (Knutsson & Persson, 2001). En majoritet av arbetsgivarna i Sverige förefaller således ha ingen eller mycket begränsad erfarenhet av anställning av personer med funktionshinder. Av de i studien tillfrågade arbetsgivare som anställt någon med funktionshinder ansåg närmare 90 procent att det fungerat lika bra eller bättre än de trott från början. Den största anledningen var att arbetskraften visat sig större än förväntat (Knutsson & Persson, 2001). Slutsatsen är att det råder stor osäkerhet hos arbetsgivare om vilka förväntningar de kan ha på arbetsförmåga hos personer med funktionshinder, men att de när de väl skaffat sig den erfarenheten upptäcker att här finns en oväntad arbetskraftsresurs.

Denna osäkerhet och tveksamhet om arbetsförmågan hos personer med funktionsnedsättning finns inte bara hos arbetsgivare utan även hos arbetskamrater och anställda. Studier har visat att anställda känner tveksamhet och motstånd mot att arbeta med någon som kan ha begränsad förmåga (Hetzler, Melén & Bjerstedt, 2005). Detta motstånd kan påverka arbetsgivare i deras ställningstagande till att anställa personer med funktionshinder. ●

3. Beskrivning av kursprocessen

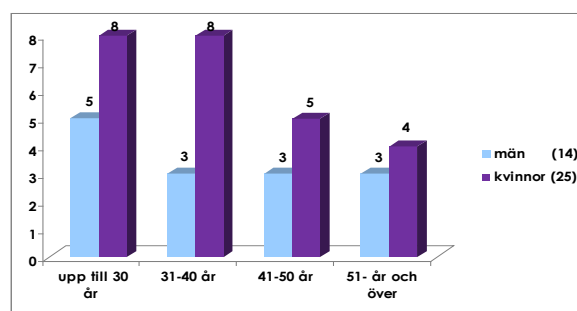
I detta avsnitt beskrivs hur kursdeltagarna rekryterats till kursen. Vilka är deltagarna? En demografisk beskrivning av deltagarna görs här. Vidare beskrivs arbetssätt och innehåll i kursen.

3.1 Information och urval av deltagare

Inför kursstarten har projektarbetarna utarbetat ett informationsblad med övergripande information om ramar för kursen (tider, dagsschema med mera), planerat innehåll, syfte med kursen och vilken målgrupp som projektet riktar sig till. Urvalet av deltagare har skett med hjälp av intervjuer där oftast, båda projektarbetarna deltagit. Inför intervjuerna har projektdeltagarna besvarat ett formulär med frågor. Syftet med frågorna har varit att ge möjlighet att fundera över sina förväntningar på projektet, varför man vill delta och att man ska kunna vara förberedd inför intervjun. Presumptiva deltagare som inte känt sig riktigt förberedda på den process som kursen innebär har genom detta förfarande kunnat diskutera och ventilerat sin osäkerhet. Upplevelsen från projektarbetarna är att man gemensamt kommit fram till att avvakta och man har därigenom undvikit upplevelser av att ”inte komma med” eller ”inte bli utvald”. Man har strävat efter att komma fram till ett konsensusbeslut inför antagningen till kursen.

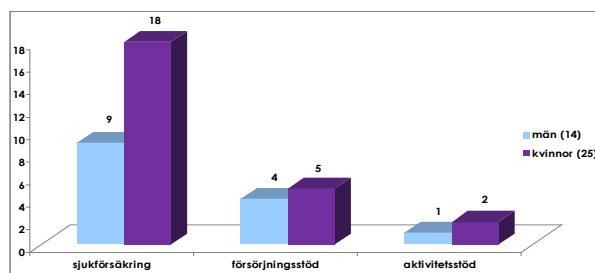
3.2 Kursdeltagarna

Av 42 personer som påbörjat Projekt Framstegen har 39 genomfört kursen. I första kursen började 10 personer, i andra gruppen 9 personer, i tredje gruppen 12 personer och i fjärde gruppen 11 personer. I andra gruppen avbröt två personer relativt omgående för att i stället påbörja praktik. Båda dessa personer är idag i arbete respektive studier. Den tredje personen som avbröt bor med boendestöd och har varaktigt sjukersättning.



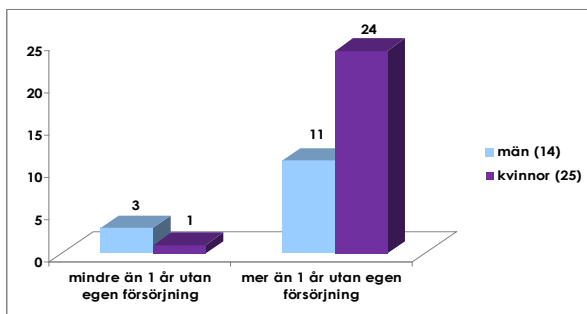
Figur 1. Deltagare i projekt Framstegen. Åldersgrupper män och kvinnor.

En tredjedel av deltagarna är under 30 år. Något färre, ungefär 28 procent är i åldersgruppen 31-40 år. De övriga åldersgrupperna 41-50 år och 51 år och över har cirka 20 procent av deltagarna vardera. Kvinnorna utgör nästan två tredjedelar av deltagarna vilket överensstämmer med de högre sjukskrivningssiffrorna för kvinnor (Angelov, Johansson, Lindahl & Lindström, 2011).



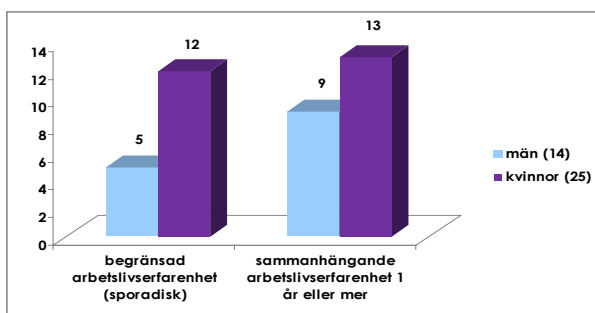
Figur 2. Huvudsaklig försörjning vid start i projekt Framstegen.

I frågorna om deltagarnas huvudsakliga försörjning är ersättning från sjukförsäkringen allra vanligast (cirka 70 %) medan drygt 20 procent har försörjningsstöd och knappt 10 procent har sin huvudsakliga försörjning i form av aktivitetsstöd.



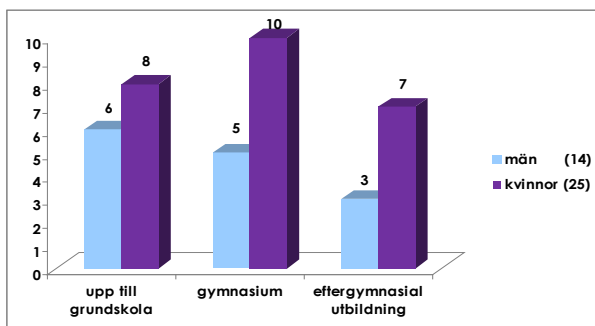
Figur 3. Deltagare i projekt Framstegen. Tid utan egen försörjning.

Ungefär 90 procent av deltagarna i projekt Framstegen har saknat egen försörjning (det vill säga haft försörjning genom arbete eller studier) i ett år eller mera. Majoriteten av dessa har varit borta från arbetsmarknaden eller studier i mer än 5 år.



Figur 4. Arbetslivserfarenhet bland deltagare i projekt Framstegen.

Drygt hälften av deltagarna har en sammanhängande arbetslivserfarenhet medan de övriga har en obefintlig eller mera sporadisk erfarenhet av arbetslivet eller studier. Spannet här är stort från de som har gedigna och långa arbetslivserfarenheter och de som inte har kommit ut i någon form av arbete. Sporadisk erfarenhet innebär arbetslivserfarenhet som är mindre än sex månader.



Figur 5. Utbildningsbakgrund bland deltagare i projekt Framstegen.

Bland deltagarna i projekt Framstegen kursen

har 35 procent utbildning upp till grundskola. Av dessa är det två personer som inte fullföljt grund/ grundskola. Ungefär 40 procent har genomgått gymnasium och cirka 25 procent har en eftergymnasial utbildning /högskolestudier. I likhet med arbetslivserfarenhet är även utbildningsbakgrund mycket skiftande bland deltagarna.

Sammanfattningsvis kan man säga att deltagarna i projekt Framstegen är en relativt ung grupp med lång frånvaro från arbetsmarknaden och med försörjning främst från sjukförsäkringen.

3.3 Dokumentation

Under kursens gång har kontinuerlig dokumentation av projektförloppet gjorts av projektarbetarna. Detta har gjorts i olika former och med olika syften; lägesrapporter till ESF-rådet, reflektionsstöd i det egna arbetet, gemensamma utvärderingar tillsammans med deltagarna och uppföljningar efter tre månader och efter ett år efter avslutad kurs. Någon individuell dokumentation om kursdeltagarna utöver skattningar, självskattningar och närvaro har inte gjorts.

3.4 Innehåll och arbetsätt i kursen

Kursdeltagarna och projektarbetarna har tillsammans utarbetat ett schema med gemensamma och individuella inslag. Schemat har byggts på cirka 20 timmars aktivitet per vecka. Innehållet i kursen har främst varit inriktat mot ökad självmedvetenhet, kost och motion, ”klara vardagen”, grundläggande datakurs och föreläsningar. Under senare delen av kursen har man gjort en gemensam studieresa.

Kurserna har bedrivits i kontinuerlig dialog med hela gruppen. Beslut om kursinnehåll har diskuterats och målsättningen har varit att alla kursdeltagarna ska vara delaktiga i planering och beslut om innehåll i kursen. Detta har även inneburit krav på att ta del av gemensamt fattade beslut.

Under kursen har man använt sig av olika reflektions- och skattningsverktyg med inriktning mot förmåga att klara ett arbete. Detta har varit i form av dagböcker som varit helt privata där man kunnat reflektera över sin situation och sin utveckling. Man har även använt självskattningsinstrumentet Min Mening (Hellsvik, 2000) och självskattnings/ skattningsinstrument Dialog om arbetsförmåga (DOA) (Norrby & Linddahl, 2006; Linddahl, 2007).

Min Mening är ett självskattningsformulär i två delar som är utformat för att ge möjlighet att uttrycka sin egen uppfattning om sin aktivitetsförmåga och miljöns inflytande på de dagliga aktiviteterna. Den första delen innehåller en serie påståenden om den egna aktivitetsförmågan för vilka man anger om det är något som man har problem med, något som man klarar eller något som man gör bra. Därefter värderas, utifrån samma påståenden, hur viktigt varje aktivitetsområde är. Den andra delen innehåller en serie påståenden om den egna miljön och man gör på samma sätt med dessa påståenden. När man bedömt sitt aktivitetsbeteende och sin miljö går man igenom påståendena igen för att prioritera vad man vill förändra. Slutligen görs en prioritering som kan sättas upp som mål (Hellsvik, 2000).

DOA är ett självskattnings/skattningsinstrument som fokuserar på vanor och roller, fysisk förmåga, organisations- och problemlösningsförmåga samt förmåga till samspel och kommunikation. Individen skattar sin förmåga och parallellt görs skattning av handledare. Vid dialog om skattningsarna får individen feedback på hur man fungerar och samtidigt har man möjlighet att uttrycka hur man upplever sin förmåga (Norrby & Linddahl, 2006).

Under kursen har man använt sig av böckerna Instruktionsboken till livet – en inspirationsbok (Gärdsell & Ljusenius, 2005) och Din egen makt (Nyström Agback, 2008). I Instruktionsboken till livet tas en rad hälsorelaterade aspekter upp som kost, motion, tobak, alkohol, behov och motivation, stress, balans i livet, självförtroende, relationer med mera.

Din egen makt tar upp aspekter som har att göra med att ha kontroll över sitt liv. Det kan handla om att hantera val, hantera motgångar, hantera relationer och hantera och acceptera att man misslyckas ibland. Boken tar även upp aspekter som att bejaka sina drömmar och våga testa och pröva nya saker.

Under kursens gång har projektarbetarna understött och uppmuntrat kursdeltagarnas aktiva arbete med att utvecklas. Detta har gjorts genom att ställa krav, konfrontera, diskutera men också förmedla att personlig utveckling inte är lätt och att det krävs både mod och kraft att våga möta utmaningar. Samtidigt har arbetsmetodiken inneburit ständig och nära kontakt med kursdeltagarna för att vid behov finnas till hands och stödja.

En tydlig målsättning i projektet är att, så långt det är möjligt, använda sig av det befintliga utbudet av aktiviteter i samhället och inte skapa tillrättalagda aktiviteter som är speciellt anpassade för målgruppen. Denna målsättning står för en tydlig ambition att integrera målgruppen i samhället. Flera aktiviteter har därför utförts i andra lokaler än Aktivitetshuset på Mölndalsvägen. Man har haft friskvård i Friskis och Svettis lokaler, man har gått på föreläsningar och deltagit i friskvårdande aktiviteter vid Balansen som är en öppen verksamhet för invånarna i Mölndals stad med syfte att inspirera till bättre hälsa. Detta har inneburit kontakter och möten med andra i olika miljöer.

Under senare delen av kursen har fokus för både projektarbetare och projektdeltagare alltmer förflyttats mot arbetslivet. Detta har inneburit att det individuella coachandet fått en mera framträdande roll. Enligt projektbeskrivningen skulle coacher från arbets- och familjestödsförvaltningen kommit in i bilden under den senare delen av kursen för att arbeta med att stötta projektdeltagarna till att hitta lämpliga praktikplatser med mera. Denna coaching från arbets- och familjestödsförvaltningen har inte blivit av och kan förklaras med otydlighet i projektbeskrivningen där det inte klart framgår i vilken omfattning och när detta skulle sättas in. En annan, eller ytterligare förklaring kan vara att de båda förvaltningarna varit alltför upptagna med egna, inre angelägenheter. De båda förvaltningarna har även olika målgrupper som påverkar arbetssätt och prioriteringar. Inom ramen för SPIRA:s verksamhet hade man dock i början av projektet viss tillgång till en arbetsmarknadshandläggare som arbetade halvtid och som tillsammans med projektarbetarna tagit hand om de coachande uppdragen. Så småningom har det tillkommit ytterligare en arbetsmarknadshandläggare. Arbetsmarknadshandläggarnas arbetssätt har utvecklats under projektiden och de har successivt kommit in allt tidigare för varje kurs och påbörjat och etablerat kontakt med deltagarna. ●

4. Metod och genomförande av utvärderingen

Utvärderingen har gjorts med hjälp av flera metoder för insamling av data och den metodmässiga ansatsen kan närmast beskrivas som en fallstudie (Merriam, 1994; Yin, 2007). Tyngdpunkten vad gäller datainsamlingen har dock legat på fokusgruppintervjuer med kursdeltagarna och kontinuerliga samtal med projektarbetarna. Enligt Wallén (1996) är det att föredra att försöka samla in information när det finns möjlighet och problemen eller fenomenen är aktuella än att göra alltför välplanerade intervjuer med risk att förlora både tid och timing. Kontinuerliga samtal innebär i detta sammanhang en dialog som pågått under hela projekttiden. Dessa kontinuerliga samtal har inneburit både information i form av rapporter och mötesanteckningar, erfarenhetsutbyte, reflektioner och undringar över hur man kan förhålla sig och hantera olika situationer. Detta har skett med projektarbetare och enhetschef både via mail, via telefon, vid avtalade möten och vid deltagande i verksamheten. Utvärderingen har därmed varit processinriktad vilket också var målsättningen i projektbeskrivningen. Inom utvärderingslitteraturen talar man om summativ och formativ utvärdering (Sandberg & Faugert, 2007). Summativ utvärdering innebär att bedöma eller värdera ett program eller en insats av något slag. Formativ utvärdering innebär att utvärderingen ska syfta till att förbättra och stärka den ursprungliga projekt-tanken och att utvärderingen mera har formen av ett processinriktat arbete där erfarenheter och delresultat ger underlag för ny- och omorientering av projektet. De flesta utvärderingar innehåller både summativa och formativa inslag men i större eller mindre omfattning (Sandberg & Faugert, 2007). Målsättningen i projektbeskrivningen för projekt Framstegen var att utvärderingen skulle vara processinriktad och därmed vara mera formativt orienterad.

Den informativa delen har bestått av återkommande lägesrapporter från projektledaren till ESF-

rådet och annan kontinuerlig dokumentation och information om vad som sker i projektet.

Vidare i utvärderingen ingår projektdeltagarnas svar på skriftliga frågor före antagning till kursen och projektdeltagarnas svar på uppföljningsenkäter efter avslutad kurs. I de mera processinriktade kontakterna har samtalen varit mera inriktade på förhållningssätt och metoder.

Fokusgruppintervjuer har gjorts med projektdeltagarna i slutet av respektive kurs. Sammanlagt har fyra fokusgruppintervjuer genomförts och intervjuer har även gjorts med nyckelpersoner från samverkande parter i projektet och med arbetsmarknadshandläggarna inom vård och omsorgsförvaltningen. Användningen av fokusgruppmetodik som datainsamlingsmetod har blivit allt vanligare inom sociala och andra närliggande områden (Wibeck, 2000). Metodiken innebär att data samlas in genom gruppdiskussion kring ett ämne. Moderatör/intervjuaren styr endast diskussionen i den bemärkelsen att deltagarna håller sig till ämnet och ser till att alla får en möjlighet att komma till tals. Gruppmedlemmarna diskuterar sedan fritt sig emellan. Metodens styrka ligger just i att den erbjuder stor frihet för deltagarna att introducera och diskutera det som de själva tänker på och anser vara viktigt (Wibeck, 2000). För att dynamik ska uppstå i gruppen behövs både homogenitet och heterogenitet (Fern, 2001). Vad beträffar homogenitet i fokusgruppen har deltagarna psykiska funktionshinder som gemensam faktor medan man för övrigt har mycket divergerande omständigheter.

Frågeområdena i fokusgruppintervjun kretsade kring upplevelse av kursen generellt, påverkansmöjligheter under kursen, upplevelse av förändring av sin vardag, välbefinnande och fortsatt planering inför framtiden med tanke på arbete eller studier.

Individuella intervjuer har gjorts med nyckelper-

soner. Med nyckelpersoner menas representanter för de olika rehabiliteringsaktörerna i styrgruppen för projektet (Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, arbets- och familjestödsförvaltningen och vård- och omsorgsförvaltningen). Vidare har en intervju gjorts med de båda arbetsmarknadshandläggarna på vård- och omsorgsförvaltningen.

4.1 Sammanfattning av datainsamling

- Fyra fokusgruppintervjuer; en fokusgruppintervju efter varje avslutad kurs. Sammanlagt har 33 deltagare intervjuats i grupp. Det minsta antalet deltagare i en grupp var 7 personer.
- Individuella intervjuer med nyckelpersoner från de övriga rehabiliteringsaktörerna (fyra intervjuer).
- Intervju med de båda arbetsmarknadshandläggarna (en intervju).
- Kontinuerliga samtal med projektledare, projektarbetare och enhetschef i verksamheten.
- Enkätfrågor till deltagare före start i kursen.
- Enkätfrågor till deltagare om sysselsättning före kursen och 90 dagar efter kursen.
- Rapporter till ESF och minnesanteckningar från styrgruppsmöten.

4.2 Databearbetning

Fokusgruppintervjuerna har analyserats enligt kvalitativ analys där meningsbärande enheter i materialet identifierades och kodades utifrån sitt innehåll (Wibeck, 2000). Koderna grupperades därefter till kategorier. I takt med att fler fokusgruppintervjuer genomförts har kategorierna utvecklats och förändrats. När den sammantagna analysen av samtliga kurser färdigställts har data ackumulerats och ny information tillkommit som utmynnat i andra kategorier.

De individuella intervjuerna har analyserats på samma sätt det vill säga genom kvalitativ analys.

De öppna frågorna från enkäterna har analyserats på samma sätt som intervjuerna. Meningsbärande enheter har identifierats och sammanställts till kategorier.

Enkätfrågor om sysselsättning före kursen och 90 dagar efter kursen redovisas i diagram. ●

5. Förväntningar och förhoppningar inför kursen

I detta avsnitt redovisas de svar på den enkät med öppna frågor som de sökande till kursen har fått besvara som förberedelse inför antagningsintervjun. Frågorna är inriktade på varför man vill delta i projektet, vilka förväntningar man har på projektet, vad man anser är friskvård och vad man är intresserad av inom friskvård. Vidare har det ställts ytterligare en öppen fråga om något ytterligare att tillägga. Totalt har 39 personer från de fyra grupperna besvarat frågorna. Svaren har varit kortfattade och ofta bara bestått av en mening för varje fråga. Svaren från dessa skriftliga intervjufrågor har analyserats enligt kvalitativ metod. Meningsbärande enheter har analyserats från svaren som sedan sammanställts till kategorier.

I svaren framkommer en önskan om förändring och känsla av att sitta fast. Man vill ha en puff för att våga komma igång. Det finns en förhoppning om bättre hälsa, bättre självkänsla och möjlighet att forma en struktur i vardagen.

5.1 Känsla av att sitta fast

Svaren antyder en känsla av stagnation och att sitta fast och inte kunna gå vidare och utvecklas. ”Kork som sitter fast”. I denna stagnation finns en benägenhet att snarare se bakåt än framåt fastän man önskar en förändring. Man vill kunna lägga delar av sitt liv bakom sig och bli mera klar över hur man kan gå vidare. I stället för att leva i det förgångna vill man se framåt och se nya möjligheter. ”... se framåt i stället för att leva i dået”. Det finns en önskan om att känna att man kan utvecklas men samtidigt en upplevelse av svårighet att komma igång. Svårigheten att komma igång gäller både enkla vardagliga aktiviteter som att städa eller gå och handla men också en svårighet att planera framåt och påbörja en process mot till exempel studier eller arbete.

5.2 Våga påbörja förändring

I flera av svaren framkommer en önskan om att våga och få stöd i att våga göra förändringar och våga se framåt. Önskan om mod gäller både att närma sig arbetsmarknaden, att våga påbörja en utbildning eller att våga umgås med vänner men också mod på ett mera generellt plan: ”...att lära mig våga utvecklas, att inte vara så otroligt känslig...”. Det framkommer att man har erfarenheter av att ha gett upp i andra sammanhang tidigare. Nu vill man komma in i ett mera positivt tänkande och bryta negativa mönster och negativa tankar som är hindrande. ”Försöka tränga bort tankar och fokusera på positiva saker”.

Det finns en önskan att komma *ifrån* något (isolering, depression med mera) *till* något. Förändringen kan handla om att bryta social isolering för att komma in i sociala sammanhang. Man vill kunna känna sig bekväm tillsammans med andra människor och bryta sin isolering. Känslan av utanförskap är stark och det uttrycks en förhoppning om att känna gemenskap och tillhörighet med andra. Det kan även handla om att komma utanför dörren och att bryta inaktivitet mot något konstruktivt och meningsfullt att göra. De korta svaren uttrycker en önskan om att kunna lägga delar av sitt liv bakom sig och att det ska vända, att man hoppas att man står inför en vändpunkt.

5.3 Förhoppning om bättre självkänsla och bättre hälsa

En återkommande förhoppning är att kursen ska vara till hjälp för att öka självkänslan. Man beskriver det i termer av att både få tillbaka och att förbättra självkänslan och självförtroendet. En ökad självkänsla och ett ökat självförtroende ses som en förutsättning för att veta var man har sig själv och öka målmedvetenheten. Det ger även möjlighet till att våga vara mer aktiv.

Det finns även en förhoppning om att kursen ska leda till en förbättrad hälsa både fysiskt och psykiskt. Genom att bli starkare både fysiskt och psykiskt finns förhoppningen att man ska känna sig tryggare. Med en förbättrad hälsa och förbättrad kondition följer även bättre förutsättningar för att klara stress och påfrestningar av olika slag och att känna sig mera uthållig.

Beträffande friskvård varierar synen på vad man upplever att friskvård är. Friskvård beskrivs som rena fysiska aktiviteter men även kunskap om kost, konstruktiva aktiviteter, social gemenskap och ett inre välmående uppfattas som friskvård.

5.4 Hitta rutiner och strukturer

Vidare beskrivs en önskan om ett mera aktivt liv med mera struktur i vardagen. Strukturen och rutinerna kan gälla både tider och aktiviteter och att ha bra rutiner vad gäller mat och sömn. Det finns en erfarenhet av ensidiga och begränsade rutiner och önskan uttrycks om att komma in i mera normala rutiner med balans mellan vila och aktivitet.

”Bryta ensidiga rutiner”.

”Ha rutin på mina dagar och kosten”.

5.5 Önskan om stöd och coaching

I svaren uttrycks behov av stöd och uppbackning i utvecklings- och förändringsprocessen. Detta behov uttrycks på olika sätt och med olika styrka. Orden och uttrycken varierar från att man uppger att man behöver hjälp att gå vidare, att man behöver få en puff, att man hoppas på att få en kick, att man behöver uppbackning och till att man uttrycker att man behöver en spark i baken. ”Hoppas att kursen fokuserar mycket på det mentala eftersom jag verkligen behöver en spark i baken”. Det finns även en förväntan och förhoppning om stöd från övriga deltagare i gruppen. ●

6. Upplevelser och reflektioner efter kursen

De kategorier som kommit fram under fokusgruppintervjuerna med deltagarna i samband med avslut i kursen beskrivs nedan. Frågeområdena vid intervjuerna har varit inriktade på upplevelse av kursen generellt, påverkansmöjligheter under kursen, upplevelse av förändring av sin vardag, välbefinnande och fortsatt planering inför framtiden med tanke på arbete och eller studier.

6.1 Kursprocessen – dynamik på flera plan

Kursinnehållet har som nämnts vuxit fram och formats utifrån deltagarnas behov och önskemål. Men i grunden har det funnits en viss struktur eller ett syfte som varit uppenbar för deltagarna. Kursinnehållet har handlat om att röra sig, aktivera sig, hitta mera konstruktiva vanor, hantera både känslor, relationer och situationer och planera ett vardags-/arbets-/studieliv. Denna grundstruktur beskrivs av deltagarna som positiv och adekvat. Några har dock varit skeptiska vid kursstart men sedan insett att det är just detta med att hantera sin vardag och komma igång med friskvård som de har behövt. Just starten av kursen beskrivs som ett intensivt igångsättande på flera plan där man både börjar med fysiska aktiviteter, börjar reflektera över sig själv och kommunicerar och har en intensiv dialog med andra i gruppen. En del har upplevt kursstarten som svår och jobbig och det fanns osäkerhet om man skulle klara det. Kursen kunde te sig som lång och svåröverstiglig men i slutet hade man gärna sett att den varit längre. ”Har gått ner i vikt och har lättare för att umgås med folk”. Någon uttryckte det positiva med att just få ta *ett* steg i taget, att få fokusera och jobba på det som var aktuellt i kursen och inte tänka alltför långt fram. ”I början var det inte så mycket vad ska du göra sen, utan det kom nu i slutet. För om det kommit i början hade jag nog blivit rädd och...”

6.1.1 Motion

Att komma igång och röra på sig och träna flera gånger i veckan är en ny och energigivande upplevelse. ”Från att inte röra sig till att röra sig fem dagar i veckan”.

Det motstånd som man kan känna över att göra något nytt och gå till nya platser med nya människor och obekanta rutiner underlättas genom att man går tillsammans. Att utöva motion i grupp har sporrat till att våga pröva annat än promenader. I kursen har det varit obligatoriskt att åtminstone pröva de aktiviteter man haft gemensamt på schemat. Detta har gett tillfälle till flera nya erfarenheter och förändrad uppfattning om vad aktiviteterna innebär. ”Har fördomar mot gym, skulle aldrig ha tänkt mig att gå dit. Men oj vad schysst...”. För många har det regelbundna tränandet varit en viktig drivkraft och sporre att komma iväg.

”Jag längtar till tisdag och träningen”.

Yoga har varit en ny erfarenhet för många och en del uttrycker att man haft förutfattade meningar om denna aktivitet som sen inte överensstämte med de verkliga upplevelserna. ”Man hade förutfattade meningar innan om yoga. Vad är det? Jo, avancerad gymnastik.” Men efter att ha provat några gånger upptäcker man att det kan vara bra och att det ger välbefinnande både fysiskt och psykiskt. ”...det var rätt tufft. Men det är samtidigt väldigt skönt. Man blir otroligt varm”.

För andra är det promenaderna som upplevs som det mest stimulerande och lättillgängliga men det finns en tillfredställelse med att ändå ha provat andra aktiviteter och veta vad de innebär.

Genom träningen och den ökade fysiska rörligheten beskriver man ett ökat välbefinnande både fysiskt och psykiskt och även att man kan få en skön trötthetskänsla vilket leder till förbättrad sömn.

Några av deltagarna uttrycker även att den öka-

de fysiska aktiviteten har påverkat deras fysiska hälsa på fler sätt än ett allmänt ökat fysiskt och psykiskt välbefinnande. Några har gått ner markant i vikt och någon har blivit av med en långvarig förstoppning. ”Men jag kan berätta för er, jag har inte sagt det till gruppen innan, att jag har under tio års tid lidit av en väldigt svår förstoppning. Och den är hävd.”

6.1.2 Reflektion

Genom gruppdiskussioner, självskattningsinstrument och dagbok har reflektioner över den egna situationen startats. Föreläsningar som man varit på tillsammans i gruppen och böckerna En instruktionsbok till livet och Din egen makt har gett underlag för diskussioner och reflektioner i gruppen. Samtliga grupper beskriver en tid med intressanta diskussioner om både stort och smått som lett till eftertanke. För några har det inneburit att de har material som känns tänkvärdt och stödjande och som man kan återvända till. Reflektioner över förändring påbörjades redan i samband med intervjufrågorna inför uttagning till kursen.

”Tankar och funderingar och värderingar och det här med normer och regler och etik. Det har vi ju ändå pratat väldigt mycket om. Alla de här veckorna som har varit. Att man har pratat om det konsekvent. Det är ju inte för att det har stått på något schema. Det är liksom för att det har kommit upp.”

6.1.3 Kommunikation i gruppen

Deltagarna beskriver att de verkligen har kommunicerat med varandra i gruppen. Man uttrycker att man har kommit varandra nära och haft trevliga och intressanta diskussioner. Man har lärt känna varandra och upplevt gemenskap och stöd i gruppen och fått erfarenheten att det finns fler som har liknande problem samtidigt som man kan se både likheter och skillnader i hur de uttrycks. ”I gruppen här så märker man att det kan vara flera med liknande problem av varierande sort”. Vetskapen om att alla har något bekymmer med sig i bagaget ger en känsla av att vara i samma situation och man upplever inget behov av att förstå sig. Det beskrivs som befriande att kunna visa sig med sina olika känslouttryckningar som man i andra sammanhang håller tillbaka eller försöker dölja och det beskrivs som positivt att det tas emot med lugn och inte görs för stort. Bland deltagarna uttrycks också en positiv erfarenhet av att man kan ha motsätt-

ningar och konflikter men de går att lösa och man går vidare. ”Bra att man kan visa och uttrycka att man härsknar till i någonting. Det är helt OK och att man ändå får respekt utan att man får ett jätteliv.” Även relationen mellan kursdeltagarna beskrivs som respektfull och förstående. Det finns en gemensam upplevelse av att ”sitta i samma båt”. Det uttrycks som en outtalad men ständigt närvarande medvetenhet om att alla har något att kämpa med som inte alltid syns eller är uppenbart.

Gruppgemenskapen har inneburit att man känt acceptans och trygghet. Konkreta manifestationer på sammanhållningen och stödet uttrycks i att man skickat sms till varandra när någon inte kommit och att man planerar för återträffar på egen hand efter kursen.

I en av grupperna visade det sig finnas ett stort behov av att samtala. Det framkom en önskan om att ha haft mer möjlighet att samtala i grupp. Det fanns en uppfattning om en svårighet att skilja mellan terapeutiska samtal och andra former av samtal med en mera existentiell inriktning. Var gränsen går för när problem och samtalsämnen blir för privata och ”psykiatriska” upplevs som svår att avväga och bedöma. Projektarbetarna har tydligt markerat att det inte handlar om terapeutiska samtal i grupp utan om samtal med en annan inriktning.

Detta har av några i gruppen upplevts som en osäkerhet om vad man får prata om och man hade gärna haft mera gruppsamtal. Skillnaden och gränsdragningen mellan dessa olika förhållningsätt har inte upplevts vara tydlig i denna grupp eller, kanske snarare, att denna grupp har prövat gränserna och satt denna gränsdragning på sin spets.

Å andra sidan uttrycker flera deltagare att det känns bra att inte behöva berätta varför man är ledsen eller mår dåligt utan kan få acceptans och förståelse utan att behöva förklara vad det är fråga om. ”Vi behöver inte veta allt, vi kan bara titta på varandra och förstå”. Deltagarna beskriver också att det känns bra att reaktionerna från andra runt omkring inte blir så starka när man visar att man inte mår bra. ”Tolerans för att man ibland blir ledsen, gör ingen stor grej av det.”. En alltför engagerad omgivning som till varje pris vill trösta och lindra kan vara påfrestande. ”Många vill trösta och det orkar jag inte”. Någon upplever att det närmast är en oskriven lag att svara att det är bra när man får frågan ”Hur är det”.

Det framkommer också en rädsla för att väcka känsliga saker genom alltför privata samtal om de psykiska besvären och även en svårighet att ta in andras bekymmer när man har nog av sina egna om man går för djupt i samtalet med de psykiska besvären.

6.1.4 Påverkansmöjlighet och delaktighet

Möjligheterna till delaktighet och påverkan beskrivs genomgående som stora under kursens gång. ”Ständigt, vad tycker ni, vad känner ni, kan vi göra så här”. Denna möjlighet att uttrycka sina önskemål och sina förväntningar har lett till ökad interaktion mellan gruppmedlemmarna. Man har ständigt fått vara med och påverka och skapa schemat. Detta ses som en bidragande orsak till att man utvecklat kommunikationen i gruppen, ”fått vara aktiva med vad vi ska göra och fått konferera mycket sinsemellan”.

Åsikter och tankegångar har ibland stått emot varandra och man har fått kompromissa men det finns en stark upplevelse av att man haft möjlighet att säga sitt. Någon uttrycker att det är en bra träning inför arbetslivet att finna sig i och acceptera beslut som man inte själv prioriterar eller är så intresserad av.

”Men just förmågan att kunna träna att samarbeta och kompromissa och så. Och kunna ta beslut också. Det är nog viktigt för framtiden”.

Fokuseringen och tonvikten på delaktighet och gemensamt beslutsfattande blir därmed en konkret erfarenhet av att ta ansvar för gemensamt fattade beslut. Att ha varit med under beslutsprocessen ger intryck av att göra det lättare att acceptera beslut man upplever mindre angelägna. ”Det har varit grundbulten egentligen i det här projektet. Att man har fått vara med på saker som man inte alltid har varit så pigg på att göra.”

När besluten är fattade har man också ett ansvar att genomföra dem. Att besluten fattas gemensamt kan således innebära att man får ge efter och kompromissa men det gemensamma beslutsfattandet uppfattas också som en trygghet. När gruppen har fattat ett beslut om att något ska göras kan man även få stöd från gruppen i genomförandet. ”Om man är några stycken kan man påverka varandra”. Detta ansvar innebär en viss press. Då flera aktiviteter på schemat varit gemensamma har någons frånvaro haft viss inverkan på aktiviteten. Bland deltagarna framkommer att oförmåga att

klara ansvaret, till exempel att inte klara att närvara kan ge en känsla av skuld och svek.

När ansvaret ligger helt på individen kan det ibland kännas betungande och svårhanterligt. Detta uttrycks konkret i svårigheter med att klara av de individuella motionsinslagen på schemat.

En annan reflektion som framkommer från gruppen är att man skulle vilja att funktionsnedsättningen är känd hos projektpersonalen. Det framkommer önskemål om att få lämna intyg eller liknande som talar om och beskriver sjukdomen och vilka hinder den kan innebära. Det kan handla om att man har någon annan sjukdom som exempelvis fibromyalgi som påverkar förmågan att vara delaktig i vissa av aktiviteterna.

6.1.5 Effekter på vardagen – mer energi och mer gjort

Situationen före deltagande i kursen beskrivs som isolerad och passiv. Perspektivet är inskränkt och både tankar och aktiviteter blir begränsade. ”blir ingrötad på något vis när man går i sina egna tankegångar hela tiden”. Man beskriver att det blir lättare att ta tag i saker i vardagen och få dem gjorda. Man upplever att kursen innebär en rivstart med förbättrad kondition och man känner sig piggare och mera kreativ. Kursen ger mera insikt om hur man fungerar och relaterar till andra.

Kursen har för deltagarna inneburit förändringar i vardagen. Man beskriver mera ork och kraft att ta itu med vardagliga aktiviteter som till exempel att städa eller att gå till tvättstugan. Saker som görs i vardagen är lättare att utföra. Detta gäller både aktiviteter i hemmet och aktiviteter som är mera relationsbundna som att leka och umgås med sitt barn. Man beskriver en regelbundenhet i livet och en ökad struktur i vardagen som underlättar. Man tar tag i saker snabbare och de blir snabbare gjorda. ”Det är inte lika mycket motstånd från mig själv längre, om man säger så”.

Aktivitetserna i kursen är många gånger krävande och ansträngande och träningsvärken ger sig tillkänna både i kropp och i knopp men många uttrycker att de får energi efteråt. Trots att de varit igång betydligt längre än vanligt har de mer energi att klara vardagssysslor när de kommer hem. Någon uttrycker att kursen ”ger en power-nap effekt.”

I intervjuerna återkommer man ofta till passivitetens och isoleringens negativa effekter när man jämför med hur man upplever att det är att vara

i ett aktivt sammanhang. ”Ligga på soffan en hel dag ger bara ångest”.

En annan aspekt som framkommer är betydelsen av att forma och ha tillgång till en vardag. En vardag med innehåll som delas med andra och ger struktur i tillvaron. ”Helt plötsligt finns det en vardag. Det finns en måndag, tisdag, onsdag, torsdag, fredag. Så var det inte innan. Alla dagar var i stort som en söndag”.

6.1.6 *Summering*

Kursen startar igång rörelser på flera plan. Genom motion och friskvårdsaktiviteter stimuleras den fysiska rörelsen. Genom diskussioner i gruppen stimuleras deltagarna till både självreflektion och reflektion. Genom gruppen aktiveras kommunikation med andra. Denna kommunikation tar sig uttryck både i form av diskussioner och att lyssna på varandras åsikter, att komma överens och gemensamt planera aktiviteter och visa varandra hänsyn.

Deltagarna beskriver en tydlig upplevelse av positiv förändring under kursens gång. Detta beskrivs i termer som att vara mera öppen och social, att smärtröskeln har höjts det vill säga man klarar mera av påfrestningar, har fått ökad initiativförmåga, fått tillbaka hoppet och kommit hemifrån och utvecklat dagliga rutiner. Det uttrycks även att kursen lett fram till något, man har kommit ytterligare ett steg på väg. Detta beskrivs som en stor förändring i vardagen. Deltagarna beskriver en tydlig upplevelse av att mycket har hänt under denna period och uttrycker en ökad självkänsla och stolthet.

Flera av deltagarna berättar att de gått ner i vikt och fått förbättrad somatisk hälsa. Somatiska sjukdomstillstånd är mera förekommande bland personer med psykiska funktionshinder än befolkningen i övrigt (Lindqvist, Markström & Rosenberg, 2010). Övervikt, hjärt-kärlsjukdomar och metabola syndrom som diabetes är exempel på sjukdomar som drabbar personer med psykiska funktionshinder mer än andra. I många sammanhang relateras dessa sjukdomar till livsstilsproblem och det finns en uppenbar risk att det synsättet överförs även till gruppen psykiskt funktionshindrade. För dessa kan somatiska sjukdomar snarare vara konsekvenser av den psykiska sjukdomen. Symtom som initiativsvårigheter, tillbakadragenhet och låg självkänsla tillsammans med biverkningar av mediciner och en svag ekonomisk ställning kan innebära stora svårigheter att anamma

en konstruktiv och aktiv livsstil. En dysfunktionell livsstil är i detta fall inte alltid något man ”valt” eller fallit in i av bekvämlighet utan den är en konsekvens av det psykiska funktionshindret. Detta innebär inte att personer med psykiskt funktionshinder inte kan påverka sin situation och förändra sin livsstil men det kan vara mera motivationskrävande och behövas stöd utifrån.

Deltagarnas upplevelse av ökat välbefinnande och ökad aktivitet bekräftas av tidigare forskning. Det är välkänt att det finns ett samband mellan aktivitet och psykiskt välbefinnande vid lättare och medelsvåra psykiska besvär. Jensen et al (2008) har påvisat att det finns evidens för hälsopromotiva insatser. Livsstilsförändringar har effekt på sjukfrånvaro, de ökar arbetsförmågan och förbättrar den mentala hälsan.

I en studie av hur regelbunden fysisk aktivitet påverkar det psykiska välbefinnandet hos personer med psykiska funktionshinder framkom att känslan av sammanhang hade förbättrats signifikant efter ett års träning (Forsberg, Björkman, Sandman & Sandlund, 2009).

I intervjuerna framkommer reaktioner mot alltför idoga försök att trösta och lindra. Dessa reaktioner kan vara ett uttryck för omgivningens svårighet att bemöta och förhålla sig till yttringar av psykiska besvär. När människor träffas är frågan ”Hur är det” mycket vanlig. Man kan förstå att det kan vara svårt att parera denna fråga och fortsätta ett vanligt samtal med en bekant när man har en sjukdom som i hög grad påverkar ens känslor. För den som har ischias går det förmodligen ganska bra att säga jo, tack jag har ju haft så mycket värk från min höft men annars är det bra och så vidare och sedan gå över till att fråga den andre samma fråga eller till ett annat samtalsämne. Informationen om ischiasbesvären har inte påverkat kommunikationen och relationen mellan dessa båda individer. Om man däremot varit sjukskrivnen för en psykos är det lite svårare att parera frågan och gå vidare till ett annat samtalsämne. Risken finns att kommunikationen stannar av eller att man helt enkelt inte säger något om sitt hälsotillstånd. Den tillåtande attityden till att få visa att man mår psykiskt dåligt beskrivs som en viktig faktor för att kunna fortsätta och ta del i ett sammanhang. Den tendens många har att till varje pris trösta och lindra innebär ju faktiskt att man har svårt att acceptera den andre i hans/hennes situation. Precis som den som har ischias får lov att

halta utan att omgivningen tar alltför mycket notis om det bör den som mår psykiskt dåligt också få lov att visa sitt tillstånd.

Det intensiva arbetet under kursen resulterar i förändringar som är tydliga för deltagarna. Detta innebär att deltagarna blir medvetna om och upplever att förändring är möjligt. I många fall brukar psykiska funktionshinder innebära ett mycket långsiktigt förändringsarbete och det kan innebära en risk att man inte riktigt ser, eller upplever att det skett en förändring. Riskerna är många gånger att både individen och omgivningen ser besvären som stationära. Det kan sedan bli till en negativ självuppfyllande profetia. I det här fallet, med en intensiv men anpassad satsning i begränsad tid där man faktiskt själv, och även omgivningen, ser en konkret förändring kan istället en positiv självuppfyllande profetia uppstå.

Deltagarnas beskrivning av sitt aktivitetsutförande kan relateras till Kielhofners modell över aktivitetsstadier (Kielhofner, 2008) och man kan se aktivitetsmönster från samtliga stadier. Det har funnits en upplevelse av trygghet och att få lov att uttrycka sig. Man har haft möjlighet att utveckla vardagliga rutiner och vanor och man har tränat på ett mera altruistiskt förhållningssätt där man både får ta ansvar och anpassa sig till övriga i gruppen. Någon av deltagarna uttrycker att kompromissandet som man fått göra i gruppen är en bra träning inför arbetslivet. Detta stämmer väl överens med den altruism som en arbetsroll kan kräva. Det som kännetecknar aktiviteten arbete är att göra något åt någon annan och under villkor som man inte helt kan styra själv.

En intressant beskrivning som kursdeltagarna gör är hur den ökade aktiviteten har gett dem energi till att vara mera aktiva i andra sammanhang. Denna effekt har uppmärksammats inom forskning och benämns spin-off effekten (Leufstadius & Eklund, 2008). I deras studie över tidsanvändning hos personer med psykiska funktionshinder framkommer att just arbetsinriktade aktiviteter kan ge energi och motivation till ett mera aktivt liv för övrigt.

6.2 Påverkan på självuppfattningen

6.2.1 *Veta sina gränser*

Upplevelser av och vetskapen om vad man förmår och inte förmår stärker självkänndomen. ”Man kanske inte blir friskare men man kommer till insikt”. Någon har upplevt att de långa resvägarna faktiskt har fungerat och någon annan beskriver att kursens krav varit gränsen för vad hon förmått. För deltagarna finns en tidigare erfarenhet av passivitet och inaktivitet som har upplevts destruktivt och som man vill undvika. Upplevelsen är att inaktiviteten ger ökad ångest och dessutom dåligt samvete. Dessutom ger passiviteten få möjligheter att pröva sin förmåga. Isolering i passivitet ger även känslor av utanförskap. Deltagarna beskriver även en större säkerhet i att förhålla sig gentemot andra. Man beskriver att det är lättare att stå på sig och visa sina gränser.

”...när jag har pratat med en kompis så har jag lättare att stå på mig och sätta gränser vad som är OK för mig att prata om.”

6.2.2 *Våga möta utmaningar*

Deltagarna beskriver att de genom kursen upplever en förbättrad självkänsla och därigenom har förmågan att klara utmaningar ökat. Det framkommer uppfattningar om att man har fått anstränga sig och göra så gott man kan. Det har inte alltid varit lätt men samtidigt ges ett intryck av att man fått möta utmaningar som varit stimulerande.

”Känna att man lyckas med saker stärker självkänslan t ex laga en hyfsat god middag.” Att våga prata för sig och ringa arbetsgivare är en annan situation som har blivit lättare att hantera. Man ser kursen som en möjlighet där man kan arbeta med sig själv och övervinna sina svårigheter. Känslan av hopplöshet med arbetslöshet och sjukdom bakom sig har så småningom ersatts med nytt mod. ”nånstans under kursens gång fick jag tillbaka hoppet. Och det var då jag började ringa runt och kolla arbetsplatser, och strunta i om det var lågkonjunktur eller inte. Jag fick tillbaka initiativet på något vis. Inte bara tro och hoppas”.

6.2.3 *Låga förväntningar från omgivningen*

I intervjuerna framkommer att man har en känsla av att det finns en föreställning om att psykisk sjukdom alltid ”spiller över” och ”färgar av sig”

på prestationen och deltagarna ger uttryck för att bli uppfattade som inkapabla överlag på grund av den psykiska sjukdomen. Den psykiska sjukdomen gör att man känner sig diskvalificerad av omgivningen inom många livsområden. Det framkommer reaktioner mot denna bild och man beskriver att man kan må dåligt men att man så att säga kan hålla undan det och uppfattningen är att den psykiska instabiliteten inte alltid behöver påverka prestationen i alla sammanhang.

”För min del, trots att vi inte mår bra så kan vi göra saker. Låt oss visa att vi kan göra något. Visst, vi har haft problem men även om man inte mår bra...Tror du verkligen att du orkar? Den frågan blir som en hammare i huvudet”.

En del uttrycker förvåning över att ha blivit lämnade ifred under så lång tid och det ges även uttryck för en känsla av mistroende från omgivningen och en upplevelse av att vara diskvalificerad. Man upplever att det inte är OK att inte vara som man brukar. En del av bemötandet kan upplevas både som att man blir diskvalificerad men också som ett slags missriktad välvilja. Det finns en underton från omgivningen att det kan bli svårt med den situation du kommer att möta om man står inför utmaningar av något slag och man talar – i all välvilja – om reservplaner med mera. ”Min handläggare (Försäkringskassan) är extrem, hon tar det så extremt långsamt. Då vågar inte jag heller ligga på.”

6.2.4 Låga förväntningar om tillträde till arbetsmarknaden

Trots att många uttrycker en förbättrad tilltro till sin förmåga är förväntningarna på att komma igång i arbete förvånansvärt låga. Man ser på framtiden med en viss tillförsikt men samtidigt beskrivs farhågor och rädslor. Att komma igång i en praktik är för flera ett stort steg. ”får vara glad om man får en praktik”. Man ser det som ett stort steg att kunna komma ut i någon form av praktik och detta steg beskrivs inte som en första övergående fas, snarare som ett stationärt tillstånd. Beträffande rollen som praktikant finns det delade meningar. En del ser det som ett ypperligt tillfälle att komma ut och lära sig arbetsuppgifterna och få erfarenhet av arbetslivet. Andra uttrycker att de känt sig utnyttjade och ibland även lurade på omständigheterna och förutsättningarna.

Ett arbete ses för många som en hägring långt borta. ”stora pretentioner att få ett riktigt arbete”.

De som är på gång ut i arbete uttrycker glädje och stolthet men det finns ofta en osäkerhetskänsla bakom.

6.2.5 Att ha en psykiatrisk diagnos

Bland deltagarna finns en medvetenhet om omgivningens föreställningar om psykisk sjukdom men även att man själv har dem med sig. Detta innebär att man får brottas både med omgivningens förutfattade meningar och sina egna internaliserade uppfattningar och föreställningar om psykisk sjukdom. Det finns en medvetenhet om att alla har någon form av besvär men att vara diagnostiserad och ha en etikett på sina problem gör att man har det på ett accentuerat sätt. ”alla har något men vi har det på papper”.

Det framkommer även uppfattningar om att det råder skillnader i status beroende på vilken psykisk sjukdom det handlar om. De diagnoser som har högst status är de som uttrycks med epitet som utbränd och gå in i väggen, det vill säga olika former av utmattningsdepression. Uppfattningen bland deltagarna är att det är den tydliga kopplingen till hårt arbete vid dessa sjukdomstillstånd som ger dem deras högstatusvärde. Att ha blivit sjuk på grund av hårt arbete

– upplever man – anses som mera hedervärdt än att insjukna i en psykosjukdom under tonåren. Uppfattningen är att psykosjukdomar inte alls har samma värde och snarare står för diagnoser med låg status.

6.2.6 Summering

I intervjuerna beskriver deltagarna förvåning över att ha lämnats ifred med försörjning från sjukförsäkringen under en lång tid. Bakom denna förvåning kan det finnas en önskan om att få stöttning att komma igång. I en studie av hur före detta arbetslösa, sjukskrivna har upplevt sin väg tillbaka till arbete framkommer att känslan av övergivenhet är påtaglig och det finns en upplevelse av att vara satt i en tidskarantän innan man fick hjälp att komma igång ut i arbete (Jansson & Björklund, 2007). I en isolerad situation utan möjligheter att pröva och testa sin förmåga är det svårt att veta sin kapacitet, sina resurser och sina begränsningar. Självuppfattningen är starkt kopplad till hur omgivningen förhåller sig till dessa individer och det är svårt att särskilja de upplevelser som deltagarna uppfattar från omgivningen med de egna uppfattningarna. Detta ligger helt i linje med teorier om

symbolisk interaktionism inom socialpsykologin. Det är i det sociala samspelet som individens jag-uppfattning skapas (Alenfelt, 2008).

Projektets fokusering ligger på att aktiviteterna i kursen ska *bli gjorda*. Detta innebär att man i så hög utsträckning som möjligt genomför dem i praktiken. Man har inte bara föreläsningar om hur viktigt det är med motion och fysisk rörelse utan man *gör det*. Detta arbetsätt överensstämmer med aktivitetsvetenskapliga teorier om görandets eller aktivitetsutförandets betydelse (Kielhofner, 2008). Genom att göra och utföra sociokulturellt definierade aktiviteter utvecklas identiteten och vi får fler sociala roller i vårt rollregister. På en fråga om vad man gör på fritiden kan man svara att jag har börjat träna yoga. Aktiviteten yoga har introducerat individen till en ny social aktivitetsroll (Kielhofner, 2008). För att kunna göra och utföra aktiviteter av olika slag måste man vara närvarande. Detta innebär att projektarbetarna lagt ner stort arbete på att motivera och stödja deltagarna i att vara närvarande i så hög grad som möjligt. För personer med psykiska funktionshinder kan det innebära svårigheter att upprätthålla motivationen och man kan behöva stöd och uppmuntran till att vara kvar i en situation.

6.3 Bemötande och stöd

Det framkommer en tydlig känsla av att ha upplevt sig ha blivit bemött med respekt, ödmjukhet och medmänsklighet. Detta gäller både från projektarbetare och från övriga kursdeltagare. Några gör jämförelser med andra möten med professionella som ingett en känsla av underläge och att bli mästrad. Överlag beskrivs en upplevelse av att ha blivit bemött med medmänsklighet just där man befinner sig och utan fördomar. Man har inte behövt förstå sig utan kunnat vara som man är. Detta bemötande beskrivs som en grundläggande framgångsfaktor under kursen.

6.3.1 Engagemang från projektarbetarna

Projektarbetarnas inställning och förhållningssätt har upplevts mycket positivt och som en bidragande orsak till att gruppdynamiken utvecklats i positiv riktning. Man uppskattar att projektarbetarna är med i de olika aktiviteterna och finns tillgängliga. Man känner förståelse och upplever en följsamhet för gruppens önskemål från projektarbetarna. Följsamheten och anpassningen upplevs

ske både utifrån gruppens och utifrån den enskilde individens behov. Upplevelsen är att projektarbetarna bryr sig. Detta visar sig också i individuella situationer till exempel att projektarbetarna ringer och frågar efter den som inte kommit. Bemötandet man får i dessa situationer känns bra trots att man kanske inte klarar det som förväntas. ”Man får varma ord och inte skuldkänslor”. För andra kan en alltför enträgen efterfrågan när man stannat hemma kännas påfrestande men man har förståelse för syftet. Här föreslås att man kan göra individuella avvägningar och överenskommelser för situationer då deltagarna inte dyker upp.

6.3.2 Behov av handledare

Det finns en genomgående uppfattning om att man har svårt att ta sig för och ta uppgiften på allvar om inte projektarbetarna är med. När ledarna är med tar man det hela på ett större allvar och det blir en ökad dignitet i aktiviteten. När man är hänvisad helt till eget ansvar för att utföra aktiviteter faller valet ofta på lättillgängliga och välbekanta aktiviteter som till exempel promenader. ”Och framför allt om ledarna är där. Alltså man är ju jättebarnslig men det betyder mycket att de är där också”.

6.3.3 Aktivitetshuset som omgivande miljö

Att kursen sker i ett sammanhang, i en befintlig verksamhet upplevs som positivt. Stämningen och atmosfären på Aktivitetshuset beskrivs som välkomnande och trygg. Man kan känna sig som hemma och bland kompisar. Det är ett tillåtande klimat och alla är hänsynsfulla. ”Lättsamt ställe att komma till Aktivitetshuset”. Även ur en praktisk synvinkel upplevs det bra att kursen är förlagd till Aktivitetshuset. Det finns möjlighet att äta både frukost och lunch och därmed förbättra och skapa konstruktiva matvanor.

6.3.4 Behov av professionellt stöd

För att gå vidare beskrivs ett behov av stöd från professionella. Betydelsen av att kunna nå sin handläggare poängteras. Delvis på grund av ekonomiska skäl men även beträffande stöd att gå vidare i sin planering. ”...bristande kontakt med handläggare – stå i ingenmansland och hade ingen struktur och rutin på min vecka, svårt att veta hur man ska gå framåt”. För en del av deltagarna i denna grupp har även den så kallade utförsäk-

ringen från Försäkringskassan blivit aktuell. Det framkommer att man upplevt oro i denna situation men att det sedan har ordnat sig.

Vägledning mot arbete, praktik eller studier har kunnat ges inom ramen för Aktivitetshuset för de deltagare som bor i Mölndal. För andra har det blivit viktigt att upprätthålla kontakter med professionella i sin hemkommun för att kunna få fortsatt stöd. Den vägledning man fått inom kursen har utgått från de egna idéerna och tankegångarna men man har fått hjälp att konkretisera dem och ibland även att utveckla dem eller hitta alternativ för att kunna realisera målen. De allra flesta har en planering efter kursen i form av arbete, praktik eller studier.

6.3.5 *Summering*

Bemötandets betydelse för möjligheten till arbetsåtergång har i flera studier visat sig vara en betydelsefull faktor (Müssener, Svensson & Söderberg, 2009; Svensson & Björklund, 2009). Müssener, Svensson och Söderberg (2009) fokuserar på de emotionella aspekterna i interaktionen mellan människor där stolthet och skam tillhör de mest centrala emotionerna vid mellanmänsklig kommunikation. Dessa emotioner blir särskilt påtagliga i kontakten med personer som är viktiga och betydelsefulla för oss som till exempel rehabiliteringsaktörer. Vid mötet med betydelsefulla personer kan känslor av stolthet förstärkas och detta leder till att vilja bli sedd och hörd och påverkar tron på den egna förmågan (psykologisk empowerment). Blir vi däremot bemötta på ett negativt sätt leder detta till att man vill dra sig undan och känner sig oduglig och misslyckad (psykologisk disempowerment). Även Svensson och Björklund (2009) hävdar de emotionella dimensionernas betydelse vid rehabilitering till arbete. Känslor av skam och stolthet har särskilt stor betydelse för självuppfattningen. Upplevelser av skam har en tendens att göra människor tillbakadragna och socialt passiva medan stolthet ofta gör människor aktiva och benägna till socialt samspel. De professionellas förmåga att skapa en relation där känslor av stolthet förstärks och lyfts fram blir därmed oerhört betydelsefull (Svensson & Björklund, 2009).

Projektarbetarna har arbetat målmedvetet med att ständigt skapa förutsättningar för projektdeltagarna att vara delaktiga i utformandet av kursen. Detta har både inneburit frihet, ansvar och ställningstagande som också omsatts i konkret verklighet vid genomförandet av de olika momenten i

kursen. I denna process har kontroverser och meningsskiljaktigheter uppstått och det har varit som projektledaren uttrycker det ”både pardans och bugg”.

Inför start i kursen har flera deltagare uttryckt att man har svårt för att vara och fungera i grupp. Denna självbild motsäger både vad projektarbetarna upplevt och vad kursdeltagarna beskriver i fokusgruppintervjun. Både projektarbetare och deltagarna själva beskriver ett respektfullt och hänsynsfullt klimat i grupperna samtidigt som man kunnat diskutera och ha olika åsikter. Ibland finns en allmän uppfattning om att personer med psykiska funktionshinder har svårt att fungera med andra och man kan fundera över om det är dessa färdiga uppfattningar – eller snarare fördomar – som deltagarna anammat om sig själva. Även den som har en psykisk sjukdom är delägare i sin kulturens föreställningar om psykiska sjukdomar.

Deltagarna i projektet beskriver den sociala miljön i gruppen som stödjande och förstående. Även Aktivitetshuset där kursen till stor del bedrivs, beskrivs som en trygg och stödjande miljö. Under kursen har deltagarna befunnit sig i en miljö som skiljer sig från samhället i övrigt genom att den är stödjande, bekräftande och tillåtande. Detta innebär att man under 16 veckor befunnit sig i en miljö som varit uttalat positiv. Detta för tankarna till det som på 70-talet kallades för miljöterapi och som fortfarande tillämpas i olika behandlingsformer (Hagqvist, 2000). Miljöterapi är en metod där man använder sig av de vardagliga aktiviteterna som naturliga inlärningssituationer. Miljöterapi bygger på ett individuellt schema med fasta återkommande aktiviteter blandat med vardagliga sysslor som att handla, laga mat och umgås med såväl personalen som de andra klienterna. I intervjuerna med deltagarna framkommer en tydlig upplevelse av förändring efter denna relativt korta period. Den intensitet och möjlighet till förändring som det innebär att dagligen vistas i en optimal miljö kan vara en av framgångsfaktorerna för kursen.

Projektarbetarnas arbetsmetod att omgående kontakta den som anmält sig frånvarande eller inte kommer till planerad aktivitet för att ha en dialog beskrivs som överlag positiv. Det framkommer uttryck som indikerar känsla av skuld när man inte klarar det som förväntas och därför väljer att stanna hemma. När då projektarbetarna tagit kontakt och man haft en dialog om hur läget

är, om man klarar att komma eller inte, och sedan kommit fram till något, beskrivs detta som en lättnad oavsett om man valde att stanna hemma eller inte. Just att ha fått ventilera och uttrycka vad som varit svårt och bli bemött utan skulbeläggande har gjort att man haft lättare att sedan gå vidare.

Det framkommer också att kontakten med en arbetsmarknadshandläggare som är lätt att nå har upplevts som positiv. Att själv ta första steget och kunna ställa frågor och diskutera med någon utifrån sina egna villkor på ett förutsättningslöst sätt framstår som en konstruktiv strategi. Deltagarna beskriver kontakten som lättillgänglig men inte pådrivande vilket inneburit att de upplevt kontroll över när och hur nästa steg ska tas.

Inför framtiden finns både farhågor, rädslor och förhoppningar. Förhoppningar kretsar kring att kunna försörja sig och få betalt för sin arbetsinsats. Farhågorna uttrycks mera som en allmän rädsla inför framtiden och ger intryck av att gälla både farhågor kring den egna förmågan och om man ska räcka till i förhållande till omgivningens krav och att bli accepterad.

6.4 Arbetslivet – erfarenheter, föreställningar och förväntningar

Det finns en upplevelse av att inte vara riktigt förstådd beträffande sin problematik i arbetslivet och även i samhället överlag. ”De flesta försöker förstå en och acceptera en som man är. Men någonstans finns alltid en undran varför”. På arbetsplatser kan det uttryckas som mera underförstådda och inte klart uttalade kommentarer eller synpunkter om att man borde vara och göra som alla andra till exempel att försöka arbeta lika länge och göra samma uppgifter i samma takt som alla andra.

6.4.1 Att presentera sig – olika strategier

I intervjun med deltagarna framkommer att det kan vara problematiskt och inte på något sätt givet hur man vill presentera sig och förhålla sig beträffande sina psykiska besvär när man får kontakt med arbetslivet. En av de uppfattningar som kom fram var att man ska lägga korten på bordet och presentera sig precis som man är. Denna strategi ses som en ”bära eller brista-strategi” och ett risktagande. En annan är att man måste uppträda så normalt som möjligt, åtminstone i början av kontakten med arbetsplatsen. Att uppträda så normalt

som möjligt innebär att man håller inne med hur man mår och är återhållsam för att inte väcka uppmärksamhet och försöker hålla sig inom ramarna. När man sedan blivit mera integrerad på arbetsplatsen kan man berätta mera om sina besvär. Att hålla inne med hur man verkligen mår ses som ett sätt att skydda sig själv.”...när de börjar uppfatta en mer som en del av kollektivet så kanske det är lättare att prata om sina problem. Då blir det ju inte den allra första uppfattningen där”.

Oavsett hur man gör beskrivs situationen att presentera sig som en risksituation där informationen om ens sjukdomsbakgrund kan komma att vändas mot en. Det framkommer också uppfattningar om att man kan mötas av förståelse för det man varit med om och att man ändå ska bli värderad efter sin kompetens och alternativet att ”mörka” om sin bakgrund ses också som riskabelt. ”...måste ändå skydda sig själv på något sätt tack vare att klimatet är som det är.”

En annan strategi som beskrivs som fungerande är att ha någon kontaktperson. Denna kontaktperson kan då vara både ett stöd för individen men också ett stöd för arbetsplatsen.

”... bra med kontaktperson – kan vara tryggt och lugnande för arbetsplatsen”.

Ytterligare en strategi som tas upp är att framhålla någon annan sjukdom till exempel värkproblematik. Denna mera socialt accepterade sjukdom fungerar då som sköld för de psykiska besvären. ”Tar en annan diagnos som är mer accepterad som man håller fram då”.

6.4.2 Reaktionen från arbetsplatser

Det uttrycks en känsla av misstroende från omgivningen och en känsla av att vara diskvalificerad. Man upplever att det inte är OK att inte vara som man brukar när man känner sig nere och inte är på topp. En del av bemötandet kan upplevas både som att man blir diskvalificerad men också som ett slags missriktad välvilja. Parallellt med denna diskvalificerande välvilja finns också många upplevelser av ett genuint stöd och acceptans från både arbetsgivare och arbetskamrater. ”...alla är inte vargar ute på arbetsplatserna”.

Någon uttrycker att man kan känna sig iakttagen på arbetsplatsen och att de svagheter man eventuellt kan visa enbart tolkas utifrån de psykiska besvären. Det finns en uppfattning att det skulle vara bättre om arbetsgivaren inte visste om de psykiska besvären. Då skulle man bli bedömd enbart

efter prestation och vad man utför, inte utifrån de psykiska besvären.

6.4.3 *Summering*

Den osäkerhet deltagarna känner inför hur man ska presentera sig och sina besvär delar de med många andra personer med andra funktionshinder (Jansson & Björklund, 2007). Vid en nyanställning finns förväntningar, både egna och i omgivningen, att man ska vara fullt kapabel för arbetet. De allra flesta har under sitt arbetsliv nedgångar då man inte fungerar fullt ut men då är man inne i en anställning och har kanske både arbetsgivares och arbetskamraters stöd. Att påbörja en anställning med tillkortakommanden – eller upplevelse av tillkortakommanden – kan vara mera problematiskt. Det man nämner om att ha en kontaktperson som kan överbygga är förmodligen den bästa strategin. ●

7. Deltagarnas aktivitetsförändring

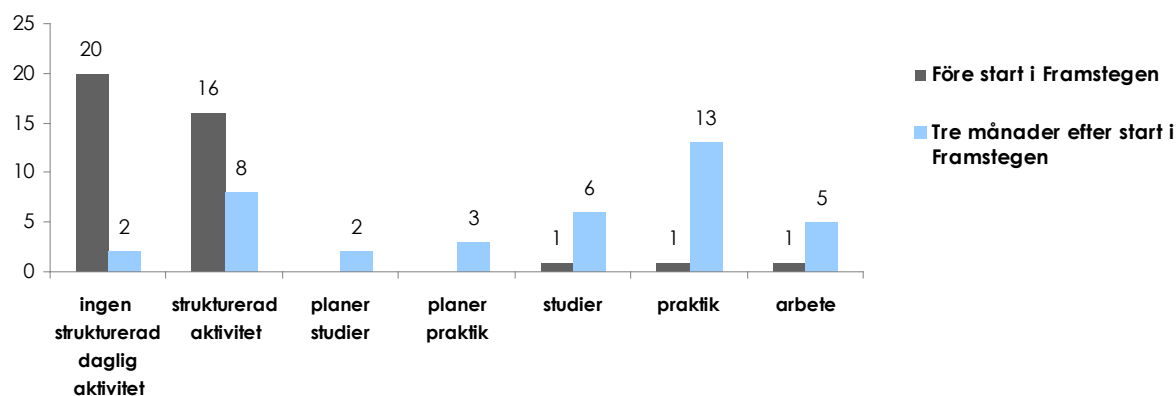
I projektbeskrivningen har man formulerat bland annat ett mål om att deltagarna ska närma sig arbetsmarknaden. De förändringar som kan visa sig efter en 16-veckorskurs kan vara oerhört betydelsefulla men ändå inte tillräckliga för att komma ut i arbetslivet. I fokusgruppintervjuerna beskriver deltagarna en överlag mycket positiv upplevelse och känner sig styrkta både fysiskt och psykiskt. Men har de närmat sig arbetsmarknaden? Hur mäter man att någon närmar sig arbetsmarknaden? Det som kännetecknar arbete är att det försiggår under en viss tid och oftast, på avtalade tider med uppgifter som en arbetsgivare (eller kund) vill ha gjorda. För individen innebär det att man inte styr över vad som ska göras och man får avsätta en del av sin tid för att göra detta. För att få en uppfattning om förmågan att göra uppgifter som inte är helt självvalda på avtalade tider har därför ökningen av någon form av strukturerad aktivitet varit den måttstock som används för att på något sätt beskriva ett närmande till arbetsmarknaden.

7.1 Aktivitet före och efter Projekt Framstegens kurs

I nedanstående figur beskrivs deltagarnas aktivitet före start i projekt Framtidens kurs och aktiviteten 90 dagar efter avslutad kurs.

Strukturerad aktivitet definieras som planerad aktivitet med avtalade tider men på individens egna villkor eftersom det inte handlar om ett anställningsavtal. Oftast handlar det om daglig sysselsättning inom SPIRA:s verksamhet men i denna kategori kan det även vara någon annan form av strukturerad daglig sysselsättning till exempel arbetsgrupp inom arbets- och familjestödsförvaltningen. Före deltagande i projektet hade de flesta ingen strukturerad daglig aktivitet. Detta kan till viss del bero på att man avslutat något tidigare som kanske inte fungerat och därmed stått mellan olika åtgärder eller att man haft en sjukdomsperiod och varit på väg in i en rehabiliteringsfas. Det som framkommer i beskrivningarna av vad man

Figur 6. Aktivitet före och efter deltagande i Framstegen. Grupp 1-4.



gör tre månader efter avslut i Framstegen är att man uttrycker planer för framtiden och att dessa uttrycks explicit och är realistiskt formulerade. Man uttrycker att man har sökt en viss utbildning och räknar med att komma in på den, eller att man letar praktikplats inom ett visst område tillsammans med sin arbetsmarknadshandläggare. Att våga ha planer kan faktiskt vara ett stort framsteg och ett närmande mot arbetsmarknaden. Det kan till exempel handla om att man sökt in till en utbildning och är inställd på att påbörja den eller att man får hjälp av arbetsmarknadshandläggare på vård – och omsorgsförvaltningen med att hitta en praktikplats. Betydligt fler är igång i praktik och studier efter Framstegen än före. Det man kan notera är att det skett en förskjutning från strukturerad aktivitet (som oftast inneburit daglig sysselsättning i SPIRA:s verksamhet) till praktik. Deltagarna har således tagit ett steg framåt och närmat sig arbetsmarknaden. ●

8. Kursmetodik i Projekt Framstegen

Projektet är förankrat och drivs inom SPIRA:s verksamhet. Detta innebär att projektet utgår från den grundläggande metod som tillämpas i verksamheten med fokus på brukarstyrning, återhämtning, bemötande och förhållningssätt och social interaktion (Toll & Palmer Schale, 2008; Mölndals stad, 2011). Det man vill erbjuda i Projekt Framstegen är ett mera fokuserat tillvägagångssätt med andra medel för att komma tillbaka ut i arbetslivet som kan komplettera den ordinarie verksamheten med arbetsinriktade aktiviteter i ett socialt sammanhang.

Projektarbetarna har arbetat målmedvetet och med ett reflekterande förhållningssätt i utformandet av projektmetodiken. Under kursernas gång har man använt sig av återkommande utvärderingar tillsammans med deltagarna utöver denna externa utvärdering. Man har diskuterat och reflekterat med chef och kollegor inom SPIRA och med samverkansparter. Extern utvärdering har återkopplats regelbundet och projektledarna har haft kontinuerlig kontakt med utvärderare.

Metodiken kan beskrivas som bestående av följande faktorer:

- Ansökan till kursen
- Avgränsad kurs om friskvård och livsstil
- Förhållnings- och arbetsätt
- Användande av demokratiska processer för individuell utveckling
- Självskattningsinstrument som underlag och igångsättare för planering

8.1 Ansökan till kursen

Ansökan till kursen innebär att individen får formulera sina motiv till varför man vill gå kursen. Genom formulandet blir motiven verbaliserade och mera explicita. Redan genom att uttala motiven har man påbörjat en process. Detta formulering av önsningar och motiv innebär att individen mobiliseras och är mera förberedd på förändring.

Genom att själv få formulera sina motiv till att

söka kursen blir ansökan väl förankrad hos individen och det blir individens ansvar. På detta sätt undviks känslor av att någon annan styr och man undviker kommentarer som ”dom sa att jag skulle börja här”. De egna formuleringarna om vad man vill och har för mål med kursen blir också ett underlag för projektarbetarna att börja arbeta med. De har fått en indikation om vad varje kursdeltagare tänker och vill beträffande både innehåll i kursen men också mera långsiktigt mål.

8.2 Avgränsad kurs om friskvård och livsstil

Den avgränsade kurstiden innebär att saker ska ske inom en viss tid. Under denna avgränsade tid startas processer på flera plan. Fysisk aktivitet och rörelse är en del av dessa processer. I kommunikation med de övriga gruppdeltagarna kommer grupprocesser igång och man får kompromissa och samarbeta i utformandet av kursschemat. Steget från planering i gruppen till handling och utförande av det man planerat är kort och oftast omgående. Detta innebär en tydlig upplevelse av möjligheten att konkretisera sina planer. Planerna på att gå på yoga omsätts relativt omgående och man får en upplevelse av att få saker gjorda och genomförda. Erfarenheten av att konkretisera planer i grupp kan man överföra till den egna situationen och se att det är möjligt att genomföra förändringar i sin egen livssituation. Parallellt med att gruppen sätter mål och genomför dem sätts även individuella mål som man får stöd i att genomföra i de individuella samtal som man har vid återkommande tillfällen under kursen.

8.3 Förhållnings- och arbetsätt

Under kursen är projektarbetarna närvarande i stort sett i samtliga moment. Undantag är de individuella aktiviteterna. Detta innebär att projektarbetarna finns till hands i de flesta situationer och kan ge omedelbar feedback både i samtalssituatio-

nerna och i de mera praktiska situationerna. Detta ger en känsla av att vara sedd och att det man gör – eller inte gör – har betydelse. Man har möjlighet att både uppmuntra och bekräfta, ställa krav och konfrontera och finnas till hands och stödja. En deltagare använde ordet punktmarkering för att beskriva upplevelsen av att personalen finns närvarande och reagerar men alltid från en position strax bakom var individen befinner sig (inte framför, som en ledare som man följer passivt).

Genom det nära och täta medlevarskapet har projektarbetarna en god kännedom om hur deltagarna hanterar och förhåller sig i olika situationer. Detta ger stora möjligheter till att stödja individen i att förändra för individen dysfunktionella beteenden och strategier till mera konstruktiva sätt att agera och förhålla sig.

I arbetssättet ingår att hantera ambivalens. Motivationen kan skifta efter dagsformen hos deltagarna och detta innebär ett ständigt arbete med att hantera ambivalens.

En annan aspekt av metodiken är att uttrycka sig och förhålla sig på ett så tydligt och explicit sätt som möjligt. För personer med psykiska funktionshinder kan förmågan att koncentrera sig och att upprätthålla uppmärksamheten vara begränsad vilket innebär att man kan behöva både tydlig men också upprepad information.

8.4 Användande av demokratiska processer för personlig utveckling

Redan från start av kursen är det tydligt att det finns en grundläggande struktur som man ska följa. Men det är också lika tydligt att hur och när och i vilken form detta omsätts är ett gemensamt ansvar för alla i gruppen. Detta innebär att man både får ge förslag, komma med lösningar och kompromissa och stå tillbaka. På detta sätt blir själva kärnan av innebörden i begreppet delaktighet tydliggjord. Delaktighet innebär både möjlighet att påverka och samtidigt ett ansvar för de gemensamma besluten. I detta arbetssätt där man får fatta gemensamma beslut och ibland stå tillbaka finns möjlighet att utveckla ett altruistiskt förhållningssätt. Altruism innebär att man klarar att stå tillbaka och kan se även till andras behov. Denna förmåga är viktig att ha när man kommer i arbete. Arbete innebär att man får göra det som någon annan behöver eller kan behöva. Även om man emellanåt kan känna visst motstånd mot arbetsuppgiften som kan vara tråkig, svår eller på-

frestande på något sätt, kan man ändå övervinna detta motstånd och göra sina arbetsuppgifter om man utvecklat sin altruistiska förmåga.

8.5 Funktionen arbetsmarknadshandläggare

Funktionen arbetsmarknadshandläggare har sen projektet startades utökats från en halvtidstjänst till en och en halv -tjänst inom vård- och omsorgsförvaltningen, varav en heltidstjänst inom projektet. Funktionen kan ses som en utveckling av Framstegens arbete. Arbetsmarknadshandläggare fanns före projektet men behovet av stöd för att komma ut på arbetsmarknaden har accentuerats och blivit mera påtagligt efter projektets införande.

Utökningen till två personer har inneburit att arbetsmarknadshandläggarna kan diskutera och ta vara på varandras erfarenheter från olika håll. Den ena arbetsmarknadshandläggaren arbetar sedan tidigare halvtid inom LSS och halvtid inom daglig sysselsättning. Den andra har en tidigare erfarenhet av arbetsinriktad rehabilitering för unga vuxna mellan 18 och 29 år i ett projekt som drivs av samordningsförbundet Mölndal, Partille, Härryda och Lerum. Arbetsmarknadshandläggarnas uppdrag är att hitta lämpliga arbetsträningsplatser integrerade ute i arbetslivet med anställning som mål. Gemensamt har de utvecklat ett arbetssätt inspirerat av Supported employment (SE) och Individual Placement and Support (IPS).

8.5.1 Supported employment (SE) och Individual Placement and Support (IPS)

Supported Employment (SE) kan beskrivas som en arbetsrehabiliteringsmetod där man i första hand försöker hitta en lämplig arbetsplats och därefter stöttar individen till att fungera i sin arbetsroll. Metoden började utvecklas i USA och Kanada på 80-talet och riktade sig då främst till personer med intellektuella funktionsnedsättningar (Andersson, 2010). I mitten på 90-talet introducerades metoden på Arbetsförmedlingen i form av ett arbetsmarknadspolitiskt program med namnet Särskilt introduktions- och uppföljningsstöd (SIUS). Detta program riktar sig till olika grupper av funktionshindrade. Inom Arbetsförmedlingen är metoden således väl förankrad sen lång tid tillbaka och har utvärderats inom dåvarande Arbetsmarknadsverket (AMV) under mitten av 90-talet (Tunevall, 1996). Metoden är även förankrad i de flesta europeiska länder men både i Sverige och i andra

europiska länder görs anpassningar efter respektive lands gällande lagstiftning på arbetsmarknaden (Arbetsförmedlingen, 2010). Individual Placement and Support (IPS) är en närbesläktad metod till SE men IPS utgår från psykiatri och psykiska funktionshinder. Tanken med IPS är att man ska kunna ha stöd under betydligt längre tid än Arbetsförmedlingens SIUS-program som kan erbjudas under maximalt ett år.

Gemensamt och grundläggande för samtliga inriktningar av SE och IPS är att man först letar fram arbets-/praktikplatsen och sedan påbörjar man träningen i att klara arbetsuppgifterna tillsammans med en coach. Detta arbetssätt innebär både ett annat och omvänt arbetssätt och tänkesätt gentemot traditionell arbetsrehabilitering. Devisen *place first, then train* kan sammanfatta SE-metoden medan traditionell arbetsrehabilitering kännetecknas av *first train, then place*.

8.5.2 Arbetsmarknadshandläggarnas beskrivning av sitt arbete

Arbetsmarknadshandläggarna i vård – och omsorgsförvaltningen beskriver att de kommit in allt tidigare i Framstegens kurser och de har haft möjlighet att följa deltagarna under kursens gång och ha kontinuerlig kontakt med dem. Båda arbetsmarknadshandläggarna sitter i samma lokaler som projekt Framstegen och arbetsgrupperna på Aktivitetshuset. Detta innebär att det erbjuds många möjligheter till att ta kontakt med dem och titta in och fråga om något. Närheten till deltagarna innebär även att man har möjlighet att bygga upp förtroende under en längre tid som sedan kan vara värdefullt när man ska stötta deltagaren ute på en arbetsplats.

När arbetsmarknadshandläggarna beskriver sitt arbetssätt lyfts möjligheten att erbjuda ett närmast livslångt stöd ute på arbetsplatsen som ett fundament. Vidare har man möjlighet att anpassa intensiteten i stödet efter individens behov. Detta kan innebära att man kan ha flera kontakter samma dag när behov finns för det och sedan glesa ut när det fungerar bra och hålla stödet på en lågintensiv nivå. Man inväntar inte alltid deltagarens kontakt utan ibland – allt efter den erfarenhet och individkännedom man har – tar man aktivt kontakt med någon man inte hört av på ett tag. Erfarenheten är att det är vanligt att deltagaren inte alltid är explicit medveten om att det börjar bli problematiskt på arbetsplatsen. Eller att det finns ett önsketänkande om att det kanske blir bättre sen och man

undviker att formulera och uttala ett problem. Erfarenheten är att man ibland själv måste ta initiativ till att ta kontakt och att man på det sättet kan sondera terrängen och stötta i att ta itu med det som annars kan växa till värre problem.

För att kunna stötta individen försöker man först fånga vad individen har för övergripande mål i livet, en slags livsvision som fungerar som en kompass i det fortsatta stödet. Därefter kan man arbeta med mindre och mera operativa mål, mål som är mätbara. I dialogen med deltagaren försöker man gemensamt komma fram till en lämplig åtgärd. Man har kompassriktningen klar men trevar sig fram genom att söka runt det övergripande målet. Därefter har man vad man kallar målformulerande samtal med inriktning på vad man kan uppnå inom de närmaste veckorna. Tanken är att samtalen ska leda till specifika, mätbara och realistiska mål. För många deltagare kan detta innebära att motstånd och ambivalens väcks och man vågar inte ha tilltro till sin förmåga. Ibland tar arbetsmarknadshandläggaren tillfälligt över ansvaret och blir mera styrande när motivation eller mod sviktar, ”man måste smaka innan man vet om det är gott”. När arbetsmarknadshandläggarna på ett mera resolut och pushande sätt föreslår sin linje som de tror kan passa deltagaren är de tydliga med att de tar över ansvaret för tillfället. Detta görs på ett explicit sätt och båda parter är medvetna om att nu kör vi arbetsmarknadshandläggarens linje ett tag. Vidare försöker arbetsmarknadshandläggarna förmedla ett accepterande för att vägen är krokig, att det är så livet ser ut. Det går sällan spikrakt framåt och det som kan uppfattas som misslyckande kan vara mera konstruktivt att uppfatta som erfarenhet. Arbetsmarknadshandläggarna på vård- och omsorgsförvaltningen har utvecklat samarbete med både arbetsmarknads- och familjestödsförvaltningen och Arbetsförmedlingen och har regelbundna möten med arbetsmarknadshandläggarna på arbets- och familjestödsförvaltningen. Man har även regelbundna möten med andra kommunföreträdare och Arbetsförmedlingen.

Arbetsmarknadshandläggarnas arbetssätt kan sammanfattas med följande punkter:

- metodiken utgår i huvudsak från IPS
- lättillgänglighet
- arbetar med både visionära och långsiktiga mål och konkreta, realistiska och mätbara mål
- ständigt motivationsarbete
- obegränsad tid för stödet

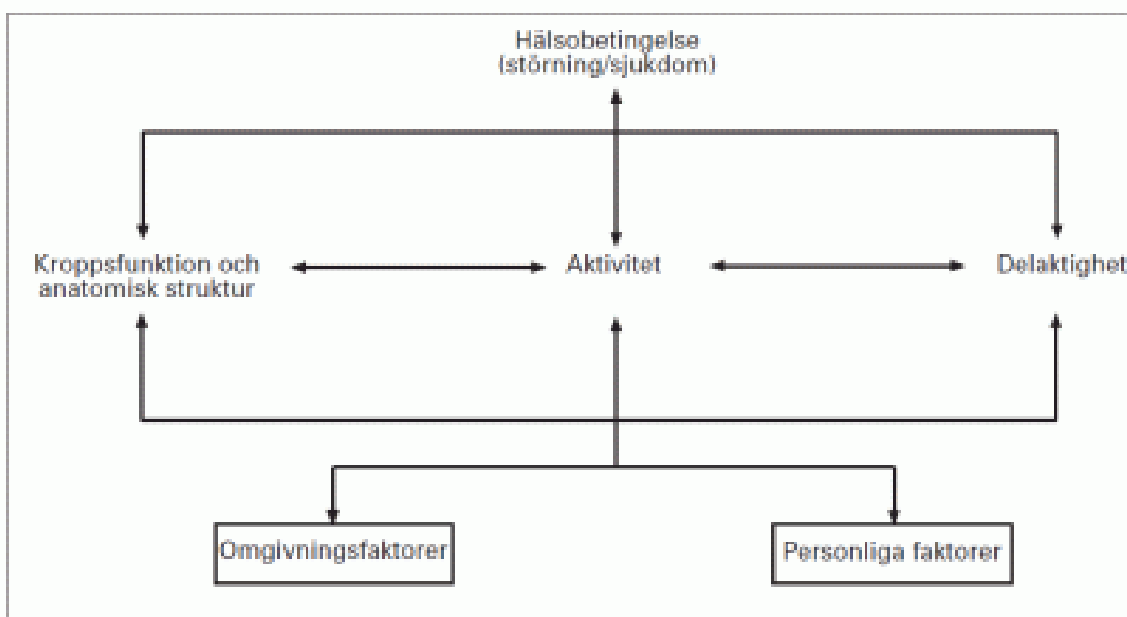
9. Om samverkan vid rehabilitering till arbete

9.1 ICF – en referensram för samverkan

ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) är en modell som beskriver hälsotillstånd och har utarbetats av WHO (Socialstyrelsen, 2003). En tanke med ICF är att det ska vara en referensram som kan förenkla och överbrygga kommunikationen mellan olika aktörer i samhället. ICF är en biopsykosocial modell där individens hälsa betraktas som beroende av flera samverkande komponenter. Det är ett kategoriserande verktyg och dess största förtjänst ligger i att det kan öka kommunikationen mellan olika myndigheter, verksamheter och nationer med hjälp av gemensamma begrepp (Socialstyrelsen, 2003). Även inom tvärvetenskaplig forskning och i samverkan mellan olika discipliner kan ICF fungera som en gemensam referensram (Danermark & Granlund, 2009).

ICF är en utveckling av klassifikationsverktyget ICD (International Classification of Diseases) vilket är det system som används inom sjukvården för att med hjälp av en kombination av siffror och bokstavsbeteckningar ange en diagnos. ICF är en fortsättning på detta system och utvecklades eftersom det behövdes en beskrivning av *konsekvenserna* av en sjukdom eller skada. ICF fokuserar på situationer i stället för på personen och kan användas utan någon koppling till diagnos eller sjukdom. Det man försöker beskriva i ICF är vad personen gör och deltar i och hur omgivningen stödjer eller hindrar i situationen. *Kroppsfunktioner* är kroppssystemens fysiologiska funktioner inklusive psykologiska funktioner. Detta innebär att psykiska funktionshinder hamnar i denna kategori. *Kroppsstrukturer* är anatomiska delar av kroppen. *Aktivitet* är en persons genomförande av en uppgift eller handling och *delaktighet* är en persons engagemang i en livssituation. *Personfaktorer* utgörs av personliga egenskaper som inte

Bild 2: ICF



hör till hälsotillståndet. Det kan vara kön, ålder, livsstil, vanor, copingsätt, social bakgrund, utbildning med mera. *Omgivningsfaktorerna* kan vara både fysiska, sociala, organisatoriska och attitydmässiga och de kan underlätta eller hindra en individs aktivitet och/eller delaktighet. ICF klassificerar således inte personer utan beskriver en persons situation vid en viss tidpunkt. ICF öppnar på det sättet upp för att minska en alltför stark individualisering av problem.

Beträffande komponenterna i ICF är det flera som påverkas hos deltagarna under projekt Framtidens kurser. Deltagarna beskriver förändring och påverkan både beträffande kroppslig funktion, kroppen kommer i rörelse, man känner sig starkare både fysiskt och psykiskt. Beträffande aktivitet upplever man sig mera aktiv och har lättare för att klara de aktiviteter som en roll kräver. Vad gäller delaktighet förstärks känslan av att ingå i ett sammanhang. Beträffande omgivningsfaktorer har man en positiv erfarenhet av den närmaste omgivningen, både i kursen och i SPIRA:s verksamhet, men en ibland sämre erfarenhet av samhället och arbetslivet.

I projektbeskrivningen nämns inte ICF och det har inte framkommit tankar från projektgruppens styrgrupp att arbeta utifrån denna modell. Inom SPIRAS:s verksamhet har man talat om modellen och varit intresserade av att sätta sig in i den.

Jag väljer att beskriva den här eftersom den redan finns mer eller mindre implicit i de samverkande myndigheternas verksamhet. Ett exempel på detta är de koder som Arbetsförmedlingen använder för att registrera funktionshinder. Tidigare använde man begreppet arbetshandikapp men har nu anpassat både termen men även synsättet efter ICF:s modell. Numera registrerar man ett funktionshinder och detta innebär att funktionshindret (kroppsfunktion med ICF:s terminologi) ska vara relaterat till en arbetssituation. Arbetssituation kan både relatera till aktivitet det vill säga vad man utför för arbetsuppgift och det kan även relatera till omgivningsfaktorer det vill säga hur arbetsplatsen är belägen och vilka omgivningsfaktorer som råder där. För en person som är köldkänslig kan ett lagerarbete på ett frysvarulager vara svårt att klara av men det kan fungera bra på ett annat lager med liknande arbetsuppgifter (Arbetsförmedlingen, 2010).

I ett samverkansperspektiv kan man tänka sig att olika aktörer har mer eller mindre fokus på

de olika komponenterna i ICF. Inom exempelvis vård- och omsorgsförvaltningen möter och hanterar man förmodligen mera av begränsningar beträffande komponenten kroppsfunktion (psykiska funktionshinder) medan arbets- och familjestödsförvaltningen möter mera av begränsningar inom personfaktorer.

9.2 Samverkan mellan aktörer

Vid rehabilitering till arbete är det för vissa individer en klar fördel och många gånger även en nödvändighet med samverkan eftersom arbetsrehabilitering är ett område där flera aktörer kan vara inblandade. Samarbetsformerna mellan aktörerna kan variera i intensitet och form. Ju mer komplex problematik och när funktionshindret påverkar flera aspekter i livsföringen desto större behov har individen av samverkan. I en skrift som getts ut gemensamt av Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting ges både information om de olika huvudmännens uppdrag men också förslag på hur rehabiliteringsarbetet för personer med psykiska funktionshinder kan förbättras och intensifieras (Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, 2011). Denna skrift kan uppfattas som en tydlig viljeyttring att förbättra och förenkla samverkan för målgruppen.

Aktörerna på den lokala samverkansnivån som möter individen har olika uppdrag och kan därmed bidra med olika insatser.

9.3 Kommunens ansvar

Enligt socialtjänstlagen (2011) kap. 5 § 7 ska socialnämnden:

... verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd (§ 7).

Denna paragraf är styrande för daglig sysselsättning som bedrivs för personer med psykisk funktionsnedsättning inom kommunerna. För kommunernas arbetsmarknadsenheter ligger behovet av ekonomiskt bistånd till grund för verksamheten. Rättigheten till ekonomiskt bistånd om man inte själv kan tillgodose sina behov regleras av 4 kapitlet § 1 i socialtjänstlagen (socialtjänstlagen, 2011).

9.4 Hälso- och sjukvårdens ansvar

Hälso- och sjukvårdens ansvarsområde är att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Målet är en god hälsa och lika villkor för hela befolkningen. Inom den så kallade första linjens vård (primärvården) ges vård för lindrigare och medelsvåra ångest och depressionstillstånd och stresstillstånd. Dessa patienter kan omfattas av rehabiliteringsgarantin som nämns i avsnitt 2. Inom specialistsjukvården (psykiatri) ges behandling för specialistkrävande psykiska sjukdomstillstånd.

9.5 Försäkringskassans ansvar

Försäkringskassan har enligt socialförsäkringsbalken ett övergripande samordningsansvar för personer med nedsatt arbetsförmåga. Detta innebär att på ett tidigt stadium upptäcka behov av rehabilitering och ta initiativ till att rehabiliteringsåtgärder sätts in. Den som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering kan få rehabiliteringsersättning förutsatt att åtgärden ingår i en rehabiliteringsplan. Via försäkringskassan kan man även få möjlighet att arbetsträna under begränsad tid med bibehållen försörjning från Försäkringskassan antingen på sin ordinarie arbetsplats eller på en ny arbetsplats.

9.6 Arbetsförmedlingens ansvar

För att möjliggöra för personer med funktionshinder att klara en arbetssituation behövs i många fall någon form av anpassning. Anpassning kan innebära flera olika åtgärder. Det kan handla om stöd i form av ett personligt biträde på arbetsplatsen vilket innebär att någon på arbetsplatsen finns till hands för att stötta eller handleda. För att introduceras i en anställning finns möjlighet att få särskilt introduktions- och anställningsstöd (SIUS) som är ett stöd enligt Supported Employment modellen. Arbetsgivare kan få anställningsstöd vid anställning av personer med svag ställning på arbetsmarknaden förutsatt att angivna villkor är uppfyllda. Genom lönestöd till arbetsgivaren finns möjlighet till olika former av anställningar:

- Utvecklingsanställning innebär en tidsbegränsad anställning under maximalt ett år som kombineras med andra insatser i syfte att öka arbetsförmågan.
- Lönebidragsanställning riktar sig till personer med funktionshinder som nedsätter arbets-

förmågan. Anställningen regleras beträffande lön och andra anställningsförmåner enligt aktuella kollektivavtal. En individuell plan görs för att utveckla arbetsförmågan och successivt minska bidragsdelen. Tanken med lönebidrag är att det ska lämnas som längst under fyra år.

- Trygghetsanställning är avsett för personer med funktionsnedsättning som begränsar arbetsförmågan och som har stort behov av stöd i arbetet. Denna anställningsform kan ses som ett alternativ till anställning på Samhall.
- Offentligt skyddad anställning (OSA) kan beskrivas som en lönebidragsanställning hos offentlig arbetsgivare för personer med socialmedicinskt funktionshinder, personer med rätt till insatser enligt LSS (lagen om stöd och service) och för personer med långvarig och svår psykisk sjukdom.

Arbetsförmedlingen har möjlighet att i överenskommelse med arbetsgivaren göra organisatorisk anpassning av arbetsuppgifterna. Vidare har man möjlighet att stödja med hjälp av hjälpmedel på arbetsplatsen. Arbetsförmedlingen kan vara produkter eller åtgärder som underlättar både i den fysiska och kognitiva miljön. Samtliga nämnda anpassningsstrategier är åtgärder som beslutas om och administreras av Arbetsförmedlingen. Arbetsförmedlingen är således den myndighet som spelar en central roll för anpassningsåtgärder för personer med funktionsnedsättning som är arbetslösa. Arbetsförmedlingen kan dessutom erbjuda ytterligare en rad andra åtgärder däribland kartläggning och utredning relaterat till arbetsförmåga. Dessa insatser utförs av Arbetsförmedlingens specialister vilka kan underlätta introduktionen på arbetsmarknaden för personer med funktionshinder.

9.7 Arbetsgivarens ansvar

Arbetsgivarna har ett arbetsmiljöansvar och ett rehabiliteringsansvar. Ansvaret regleras i arbetsmiljölagen, socialförsäkringsbalken och i Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse med föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering (Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, 2011). ●

10. Erfarenheter av samverkan i Projekt Framstegen

Individuella intervjuer har gjorts med representanter från projektets styrgrupp. Dessa företrädere Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, arbetsmarknads- och ekonomiavdelningen inom arbets- och familjestödsförvaltningen och SPIRA:s verksamhet inom vård- och omsorgsförvaltningen. Intervjufrågorna var inriktade på om det finns behov för projektets verksamhet, om projektet påverkat samverkan och vilka framgångs- och förbättringsfaktorer man kan se. Denna analys innehåller även meningsbärande enheter från intervjun med de båda arbetsmarknadshandläggarna.

I slutet av intervjun ombads de intervjuade att fylla i en samverkanskarta. Denna karta visar aktörerna, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, arbets- och familjestödsförvaltningen, vård- och omsorgsförvaltningen och psykiatrin grafiskt representerade med fem ringar. De intervjuade ombads att skatta hur samverkan fungerar mellan de olika aktörerna på en skala från 1 till 5 (1=låg, 5=hög). Samverkanskartan har även fyllts i av de båda projektarbetarna och de båda arbetsmarknadshandläggarna.

Efter kvalitativ analys av intervjuerna med identifiering av meningsbärande enheter framkom följande teman:

10.1 Om projekt Framstegen

Nyckelpersonerna är överens om att Projekt Framstegen är ett litet men viktigt projekt. Från Arbetsförmedlingens sida var man först tveksam till att medverka i projektet. Målgruppen ansågs ligga för långt från arbetsmarknaden. Men i samband med projektets införande fick Arbetsförmedlingen ett nytt uppdrag att ta emot de som utförsäkrades i samband med den reformerade sjukförsäkringen. Programmet arbetslivsintroduktion inrättades och uppdraget blev att pröva och utreda arbetsförmågan oavsett om den resterande arbetsförmågan var minimal. Detta innebar att tidigare krav om

minst fyra timmars arbetsutbud som man haft i handlingsplanssamverkan inte var aktuellt. I det nya programmet handlar det om att identifiera och ta tillvara arbetsförmågan även om den är liten. I detta läge passade projekt Framstegen utmärkt in som en aktör i den palett av åtgärder som Arbetsförmedlingen behöver ha.

Informanterna beskriver projektet som ett projekt där mycket blir genomfört och gjort.

”Lyckas med att få verkstad av det.”. Personalens närvaro i aktiviteterna ser man som en viktig och framgångsrik del av projektet. I många andra sammanhang hanteras individerna bland de samverkande aktörerna i stora volymer. Både på Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och på arbets- och familjestödsförvaltningen har man ett betydligt större antal individer per handläggare. Att vara med i aktiviteterna och möta, stötta och konfrontera individerna utifrån reella händelser ser man som en möjlighet att få god kännedom om individerna. Dock är det inte bara en högre personaltäthet som man ser som en framgångsfaktor.

10.2 Nära-jobbet-fenomenet

Ett fenomen som både arbetsmarknadshandläggarna och flera av de övriga intervjuade nyckelpersonerna ofta upplever är vad som kallas nära-jobbet-fenomenet. Detta innebär att arbetsträningen går bra och individen blir erbjuden arbete men precis när detta ska omsättas i handling drar man sig ur och försämras. För arbetsmarknadshandläggarna känns det angeläget att få kunskap om och verktyg för att på ett så bra sätt som möjligt hantera detta problem. Detta fenomen har arbetsmarknadshandläggarna inte uppmärksammat hos gruppen med intellektuella funktionshinder. ”ofta när vi står inför en anställning. Så händer något så att personen backar. Man tar två steg framåt och tre steg bakåt. Varför händer det inte med den andra målgruppen” (målgruppen inom daglig verk-

samhet, det vill säga LSS). En tänkbar förklaring som kommer fram i intervjuerna är att det är tiden, det vill säga den långa frånvaron från arbetsmarknaden, som gör att steget blir så svårt att ta. En annan förklaring som tas upp är att denna reaktion står för en rekyleffekt. Upplevelsen bland de intervjuade är att denna effekt förekommer hos många i högre eller mindre grad men den är betydligt mera vanlig hos personer med psykiska besvär. ”När de står där och kommer nära så försvinner motivationen.” Man beskriver att oftast är kraven objektivt desamma när man går in i en anställning efter en arbetspraktik men de intervjuade tror att det kan finnas en upplevelse av ökade krav och även rädsla för utmaning med risk att förlora förfästet.

10.2.1 Summering

Den rekyleffekt som nämns i intervjun är enligt Revstedt (2002) närmast oundviklig vid psykosocial utveckling. För rehabiliteringsaktörer blir det i så fall oerhört viktigt att avgöra om det är en medicinsk försämring som är mera bestående eller om det handlar om en övergångsreaktion. Tanken att det kan vara en rekyleffekt kan vara stödande för både individen och de professionella då det kan hjälpa alla att ha mera is i magen och inte kasta in handduken alltför tidigt. Man kan också reflektera över begreppet transition i detta sammanhang. Transition är ett socialpsykologiskt begrepp och innebär förändring i livet som innebär nya roller eller andra förväntningar från omgivningen (Schumacher & Meleis 1994). Med transitionen följer en definitionsförändring av individen gentemot omgivningen. I det här fallet skulle det vara att man nu definieras som arbetstagare och anställd i stället för att man har den sjukroll man kanske haft under åtskillig tid och blivit hemma-stadd med. Det kan också saknas förebilder som kan underlätta transitionen.

Fenomenet nära-jobbet-upplevelsen som beskrivs av arbetsmarknadshandläggarna och som flera av nyckelpersonerna har erfarenhet av har lett till att individerna återgått till sin ursprungliga försörjning hos Försäkringskassan. Det man kan fundera över är om Försäkringskassan gör en alltför ”snäll” bedömning, att individen inte klarar arbete när man känner oro och tvivlar på sin förmåga när det börjar bli konkret verklighet med arbete.

10.3 Utestängning från eller inkludering i arbetslivet?

Bland nyckelpersonerna fanns en allmän uppfattning om att situationen för unga med psykiska funktionshinder är särskilt angelägen. Den utveckling som närmast varit explosionsartad med en rad diagnoser inom det neuropsykiatriska området oroar informanterna i hög grad. I deras uttalande anar man en slags maktlöshet över hur man ska angripa detta problem ”...ADHD och Asperger i varenda buske och de kan inte ens hanteras ihop och behöver ha olika typer av metoder för att jobba tillbaka dem till arbetslivet.”

En annan av informanterna uttrycker att det finns en tendens att diagnostisera i allt högre grad inom sjukvården men att man sen inte har strategier eller behandlingsmetoder för att åtgärda. Man utreder men reder inte ut. ”De är duktiga på att ställa diagnoser. Men hur jobbar man med dem, det har de svårare för.”

När de unga sedan passerat skolan, ofta på individuella programmet med låg närvaro och problemen har kommit till utredning och diagnos men inte till någon åtgärd och försök att stödja dem blir de aktuella på, ofta, nästan alla samverkande myndigheter. Bland informanterna framkommer att man ser behov av att involvera även skolan i samverkan för att på ett bättre sätt möta och stötta unga med psykiska funktionshinder och social problematik.

Tanken med den reformerade sjukförsäkringen var att människor skulle komma tillbaka till arbetslivet. Men informanterna uttrycker att det finns en risk för att det ofta bara blir en förflyttning av den offentliga försörjningen från sjukförsäkringen till aktivitetsstöd och A-kassa. Detta innebär att det i slutändan ställs stora krav på Arbetsförmedlingen att klara att hitta jobb för personer som har svårigheter med att komma in på arbetsmarknaden. För att utveckla nya metoder och arbetssätt ser man projekt av olika slag som ett viktigt instrument. I projekt kan man experimentera och hitta nya arbetsformer som är mera anpassade efter de behov som individerna har.

Tankar finns bland informanterna om att man bör införa lagstiftning om att företag åläggs att anställa personer med funktionshinder. Företagens fria vilja att anställa personer med funktionshinder ses inte som tillräckligt. Ibland kan det fungera, särskilt när funktionshindret är uppenbart och

fullt förståeligt för omgivningen som därmed anpassar sina förväntningar. ICA-Jerry tas upp som ett exempel på att anställning av personer med funktionshinder kan ge företaget en image om socialt ansvarstagande.

Bland informanterna märks en glidning när man talar om ett inkluderande arbetsliv. Det kanske inte alltid är lönearbete som avses när man pratar om att fler ska inkluderas i arbetslivet. ”Arbetslinjen kan vara en sysselsättningslinje, kanske inte alltid lönearbete.”

Man ser redan nu en allt tydligare tudelning av arbetsmarknaden i ett A- och ett B-lag. De som hamnat i Fas 3 i Arbetsförmedlingens jobb-och utvecklingsgaranti och de som utförsäkras från sjukförsäkringen har fått allt sämre ekonomiska villkor.

Sociala företag som lyfts fram av regeringen ser man som ett alternativ till att bryta utanförskapet. Men samtidigt uttrycks en ovana vid volontärarbete och socialt företagande i vår kultur. Även regelverket kring socialt företagande upplevs som komplicerat.

Bland informanterna framkommer en pessimistisk reflektion över att de ekonomiska incitamenten för att rehabilitera personer som uppbär försörjning från samhället är för svaga.

Den här gruppen har redan ersättning från samhället och gör man inget så kostar det heller inget. Det finns ingen drivkraft ekonomiskt, krasst sett. Det blir en ökad ekonomisk belastning initialt sett och svårt att se vinsterna på sikt.

10.3.1 Summering

Det finns en föreställning om att de olika diagnosgrupperna behöver olika metoder för att rehabiliteras. Bakom detta uttalande kan man ana ett medicinskt synsätt. Att olika diagnoser behöver olika behandlingar är helt naturligt i den medicinska sfären. Men den ansats man använder sig av i projekt Framstegen utgår från individen som en social och av naturen aktiv person med möjlighet att förändra och påverka sitt liv.

Reflektionerna om de svaga incitamenten för att rehabilitera målgruppen tas upp i slutdiskussionen.

10.4 Att behålla jobbet

Inom arbetsinriktad rehabilitering brukar man tala om att finna, få och behålla ett arbete. Bland

informanterna råder det enighet om att det ofta är behålla som är stötestenen. I intervjuerna kommer det fram olika idéer om vad man kan göra för att förbättra möjligheten att behålla ett arbete. Arbetsmarknadshandläggarna ser det närmast livslånga – eller arbetslivslånga – lågintensiva stödet som en nödvändighet för många. Även bland de övriga informanterna finns uppfattningar om att det inte är tillräckligt med arbetsgivarens stöd, eller sett ur det andra perspektivet, att arbetsgivarna inte har möjlighet och förmåga att stödja i så hög utsträckning som kan behövas ibland. Det stöd som Arbetsförmedlingen kan erbjuda i form av SIUS är begränsat till ett år. Insatsen stöd till personligt biträde nämns och kan vara ett bra alternativ men informanterna uttrycker att det kan vara en fördel om man även har stöd utanför arbetsplatsen. Man beskriver att det kan finnas stor osäkerhet ute på en arbetsplats om hur man kan och ska bemöta dessa personer.

Hur hanterar man deras problem? Hur möter man dem? Nej, så kan du inte göra, nu går du över gränsen. Kan man säga så? Vad händer? Går den personen hem och tar livet av sig? De är ju gränslösa ibland. Men hur säger man till?

Informanterna uttrycker också att det ställs stora krav i arbetslivet på att vara självgående och klara flera olika arbetsuppgifter på ett självständigt sätt. Många gånger utförs arbetet utan att man har någon arbetsledning i sin närhet.

10.4.1 Summering

Informanterna tar upp att det kan vara bra med stöd utifrån. Nu intervjuas inte informanterna utifrån ett arbetsgivarperspektiv men de flesta av dem har en chefsroll och förmodligen har de lätt att sätta sig in i arbetsgivarrollen och kan säkert även ha erfarenhet av att ha anställda med psykiska funktionshinder. De uttrycker en osäkerhet om hur man kan hantera situationer som kan uppstå i ett arbetssammanhang. Det kan innebära svårigheter att hantera dem och stöd utifrån ser man som en lösning. Stöd utifrån kan innebära ett lärande från stödgivarna till arbetsplatsen och både arbetsgivare och arbetskamrater kan se hur stödgivarna hanterar problem som uppstår. Hur detta stöd ska relateras till arbetsgivarens ansvar juridiskt har inte diskuterats bland nyckelpersonerna men är naturligtvis en viktig fråga.

Även om informanterna ser mest svårigheter för personer med psykiska funktionshinder att be-

hålla jobbet framkommer även svårighet med att hitta lämpliga och anpassade arbetsuppgifter. Den arbetsorganisation som är utmärkande för vårt arbetsliv är väl avgränsade arbetsuppgifter, det vill säga väl reglerat och förutbestämt vad som ligger inom ramen för tjänsten. Att hitta arbetsuppgifter kan vara relativt enkelt men att få dem omorganiserade till en tjänst kan vara svårare. Denna svårighet kan bero på att tjänsten skulle avvika från den norm som man – kanske i ett slags rättvisetänk – under lång tid arbetat fram inom arbetslivet. Den metodik som därmed står till buds när man ska forma en fungerande arbetsroll för en person med funktionshinder kan därför liknas vid ”skohorns-metodik”. När individen introduceras under en praktik kan det först handla om att utföra någon enstaka arbetsuppgift och med tiden kan arbetsrollen innebära att man börjar fylla fler luckor på arbetsplatsen och kan utföra arbetsuppgifter som inte är tydligt rolldefinierade eller är relativt lätta att lyfta bort från en roll.

10.5 Samarbete och samverkan

Samtliga intervjuade informanter från styrgruppen arbetar inte själva med enskilda individer eller handläggare ärenden. I styrgruppen har de fått information om vad som sker i projektet och de beskriver en överlag god samverkan. De märker att samverkan utvecklats med flera handläggare och för Arbetsförmedlingen har programmet Arbetslivsintroduktion som inrättats för de så kallade utförsäkrade inneburit ett volymmässigt litet men viktigt samarbete. Från Försäkringskassans perspektiv är projektet en viktig del i att kunna erbjuda rehabiliterande insatser för de som varit sjukskrivna eller haft aktivitetsersättning under lång tid. Man ser även att den goda kännedom som projektarbetarna får om deltagarna när de ser dem i aktiviteter av olika slag kan vara viktiga underlag för försäkringsmedicinsk bedömning.

Ett problem som förekom initialt under projekt-tiden var svårigheter med informationsöverföring. Det kunde förekomma att en individ var aktuell hos flera aktörer samtidigt utan att man hade kännedom om varandras planer. Detta gav upphov till viss irritation när man inte hittade former för att överföra information. Så småningom har man hittat ett sätt att hantera sekretessen genom samtycke från individen.

I slutet av intervjuerna fick informanterna fylla i en samverkanskarta och skatta samverkan mellan

de fem rehabiliteringsaktörerna från 1 till 5. Högst samverkan skattades mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och arbets- och familjestödsförvaltningen. Samverkan mellan Arbetsförmedlingen och vård- och omsorgsförvaltningen skattas marginellt högre än samverkan mellan vård- och omsorgsförvaltningen och arbets- och familjestödsförvaltningen. Samverkan med psykiatrin skattas lågt eller obefintligt förutom i förhållande till vård- och omsorgsförvaltningen och Försäkringskassan.

10.5.1 Summering

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kännetecknas av specialisering mellan de olika aktörerna vilket innebär att olika aktörer har olika uppdrag och därmed – från individens perspektiv – olika verktyg i sin verktygslåda. Vidare kännetecknas den traditionella arbetslivsinriktade rehabiliteringen av standardisering, det vill säga man gör lika varje gång. Detta betyder att rehabiliteringen är sekventierad och separerbar och att varje aktör har sina moment och när den ena aktören är klar överförs man till nästa aktör. Metaforen rehabiliteringstrappa är en bra beskrivning av *aktörernas* huvudansvar men detta ska inte förväxlas med *individens* rehabiliteringsprocess som kan innebära att man har behov av att befinna sig på samtliga trappsteg samtidigt. Nilsson, Nilsson Lundmark och Wadeskog (2000) använder metaforen *rehabväv* i stället för rehabtrappa. Individen kan ha behov av parallella stödinsatser från flera aktörer (till exempel samtalsstöd inom sjukvård parallellt med stödinsatser i form av anpassning på arbetsplatsen från Arbetsförmedlingen). Enligt Nilsson et al. (2000) fungerar fortfarande den svenska arbetslivsinriktade rehabiliteringen i huvudsak enligt tayloristisk struktur med sekventierade insatser. För att fylla de behov som finns av mera komplext stöd är det vanligt med projekt för utsatta grupper. Exempelvis har samordningsförbunden en viktig roll i att förena och integrera insatser från olika aktörer och driver ett flertal projekt med de i samordningsförbundet ingående aktörerna. Men för att möta individer med komplexa behov behöver dessa samverkansformer som utvecklas i projektform implementeras i den ordinarie verksamheten och befästas. För vård- och omsorgsförvaltningen är det därmed viktigt att upprätthålla de kontaktstrukturer mellan rehabiliteringsaktörerna som man upparbetat i projekt Framstegen. ●

11. Slutdiskussion

11.1 Implementering av projektet i den egna verksamheten

Projekt Framstegen har i utvärderingen visat sig vara ett viktigt komplement till den ordinarie dagliga sysselsättningen för att erbjuda målinriktad rehabilitering till arbete. Målgruppen har överlag stora behov av komplexa och sammansatta åtgärder för att komma fram till en fungerande arbetsituation vilket innebär att det behövs en stödfunktion för att komma vidare i rehabiliteringen. Implementeringen i SPIRA:s ordinarie verksamhet innebär en anpassning och arbetsfördelning internt. En ny funktion ska integreras och organiseras i det ordinarie arbetet. Detta innebär ekonomiska, personella och lokalmässiga konsekvenser men framförallt måste man ställa sig frågan om verksamhetsidén med projekt Framstegen är relevant. Är det uppdrag och det mål som projektet arbetar med ett uppdrag som ligger inom ramen för kommunens stöd till personer med psykiska funktionshinder? Så länge projektet delfinansieras med hjälp av medel utifrån (i detta fall från ESF) har det fungerat ekonomiskt och personalmässigt och frågan om dess relevans har inte behövt ställas på sin spets. Det kan tyckas att många av de uppgifter som görs inom ramen för projekt Framstegen, som exempelvis arbetsmarknadshandläggarnas funktion, skulle ha utförts av annan aktör. Arbetsförmedlingen är den myndighet som har redskap och mandat att både anordna praktik och förhandla fram anpassade anställningar med subventioneringar för dem som behöver det. Men vilket uppdrag har kommunerna beträffande målgruppen personer med psykiska funktionshinder? Enligt socialtjänstlagen (2011) kapitel 5 § 7 står det att socialnämnden skall *medverka* till att den enskilde får en *meningsfull sysselsättning*. Att *medverka till* innebär inte att man måste erbjuda sysselsättningen själv och den mest meningsfulla sysselsättningen kan i många fall vara just lönear-

bete. Sett från ett kommunalt perspektiv kan det således handla om två alternativ. Antingen erbjuder man meningsfull sysselsättning i egna lokaler med personal som finns på plats och handleder i aktiviteterna och deltagaren går dit och har denna dagliga sysselsättning på obestämd tid (som kan vara länge) och utan lön. Det andra alternativet kan vara att stötta individen att klara ett lönearbete (*medverka till*) genom kontinuerlig kontakt på obegränsad tid. På det sättet uppfyller kommunen kraven i socialtjänstlagen om att *medverka till meningsfull sysselsättning* och individen blir inkluderad i arbetslivet och får lön. I utredningen Ambition och ansvar (SOU, 2006) betonas vikten av att förstärka rehabiliteringsmöjligheterna tillbaka till arbete. Enligt utredningen har den rehabiliterande verksamheten inom kommunerna fått stå tillbaka för det mera omsorgsinriktade stödet.

Inom socialtjänsten finns en tradition av att förhålla sig accepterade till en person med psykiskt funktionshinder och möta individen med stödinsatser som kompenserar funktionshindret. Acceptansen riktar sig både till individen men också till funktionshindret som inte ifrågasätts. Ett accepterat förhållningssätt både beträffande individen men också funktionshindret kan ses som en grundförutsättning för att kunna stödja individen och skapa trygga omständigheter för att leva ett så normalt liv som möjligt. Att känna sig trygg med att få stöd med det som man inte har förmåga att hantera eller utföra är en förutsättning för att uppleva stabilitet och trygghet i tillvaron. Men en mänsklig tillvaro utan någon form av utmaning eller utveckling är heller inte särskilt normalt. Naturligt ingår i livet utmaningar, förändrade krav från omgivningen och därmed behov av att förhålla sig till dessa förändringar. Förändringar, både inom individen och i omvärlden, pågår ständigt i livet.

Inom socialtjänstens verksamheter för psykiskt

funktionshindrade innebär stöd till förändring oftast ett mera indirekt stöd i form av en omgivning som bekräftar, ser och uppmuntrar individen som därigenom vågar och inspireras till utveckling och förändring och en miljö som inbjuder och gör det möjligt att vara deltagande i olika aktiviteter och få möjlighet till utmaningar. Detta förhållningssätt kan ses som en följd av det accepterande förhållningssättet. Kommunerna fungerar därmed som ett slags ställföreträdande arbetsgivare och erbjudandet om sysselsättning och aktivitet *för stunden* ses som det huvudsakliga uppdraget.

Stöd till förändring kan också vara mera aktivt och målinriktat för de individer som har förmåga och behov av det. Detta stöd är mera individuellt inriktat mot att målmedvetet utveckla de egna förmågorna och copingstrategierna.

I det accepterande förhållningssättet bör även finnas acceptans för individens förmåga till utveckling och förändring. Ett förhållningssätt med respekt och acceptans för individen precis som han/hon är men där man samtidigt visar acceptans och tillit till individens förmåga och möjlighet att utvecklas. Detta innebär att personal inom kommunens dagliga verksamheter ska ha förmåga att använda sig av båda dessa förhållningssätt. Detta kommer att ha ökad betydelse till följd av den förändrade sjukförsäkringen som innebär att allt fler kommer att bedömas ha arbetsförmåga och därmed ha behov av att utveckla sina förmågor och hantera en arbetssituation.

Med all säkerhet behövs både stöd och omsorg och aktiv rehabilitering och det bör kunna bedrivas parallellt. Det måste finnas en respekt för det varaktiga funktionshindret och därmed möjlighet till daglig sysselsättning under obegränsad tid. Men det finns personer med psykiska funktionshinder som vill ha mera direkt hjälp och stöd att komma igång i en process ut mot arbetslivet. Detta visar sig tydligt i de svar som formuleras i de skriftliga intervjufrågor som föregick antagningen till kursen. I dessa svar framgår en tydlig önskan om att få stöd och coachning för att gå vidare och en känsla av att sitta fast och inte komma vidare. För verksamhetens del innebär det att balansera mellan att erbjuda en avgränsad insats med målinriktad coachning som kräver högre personaltäthet samtidigt som man i den ordinarie verksamheten uppmuntrar till självständiga arbetsgrupper med egenansvar och självständighet.

Kursen har huvudsakligen bedrivits i SPIRA:s

lokaler på Mölndalsvägen. Här finns möjlighet till fika och lunch och här bedrivs andra aktiviteter. Miljön innebär att det finns annan verksamhet och liv och rörelse som kan vara stimulerande för kursdeltagarna. Flera har varit i gång i någon av aktivitetsgrupperna tidigare. Utifrån det omvända perspektivet – för deltagare i den dagliga sysselsättningen inom SPIRA – har det funnits en pågående aktivitet som strävat vidare ut mot arbetslivet på ett klart och målmedvetet sätt. För personalen har det inneburit att man får en uppfattning om varandras situation och olika sätt att arbeta. Detta har ibland inneburit att personal i de ordinarie delarna av verksamheten känt att mycket fokus och uppmärksamhet riktas på Framstegen. I samband med att projektet presenterats utåt vid en konferens – och då som en del av SPIRA:s verksamhet – har detta förstärkt samhörigheten och enigheten inåt i hela personalgruppen.

Ett sätt att ytterligare integrera arbetssättet kan vara att byta personal som arbetar i projekt Framstegen. Dock är det viktigt att metodiken i kursen får lov att utarbetas och utvecklas.

Före start i projektet uttryckte deltagarna sina förväntningar och förhoppningar inför kursen. Man uttryckte en känsla av att sitta fast och ville ha en förändring. Man uttryckte även behov av stöd för att komma igång och man hade förhoppningar på en bättre hälsa och ökat självförtroende. Dessa förväntningar och förhoppningar kan jämföras med resultaten från fokusgruppintervjuerna efter kursen och uppföljningen av aktivitet före kursen och tre månader efter projektet. I fokusgruppintervjuerna uttrycks en upplevelse av förändring på flera plan och en ökad aktivitet som ger energi. Man uttrycker ett ökat välbefinnande både fysiskt och psykiskt och att självuppfattningen stärkts och man vågar möta utmaningar. I uppföljningen av aktivitet tre månader efter avslutad kurs framkommer att betydligt fler är igång i främst arbetspraktik men även antalet personer i arbete och studier har ökat markant. Dessa resultat efter kursen indikerar att kursen svarar mot både deltagarnas förväntningar och de mål och syften som formulerats i projektbeskrivningen.

11.2 Om samverkan

Under projekttiden har de samverkande aktörerna haft regelbundna styrgruppsmöten. Vid dessa möten har man delgett varandra information, främst från projektledaren om utvecklingen i projektet,

och lämnat lägesrapporter. Aktuell information från respektive aktör som berör målgruppen på ett generellt plan har också tagits upp på dessa möten.

Initialt i samverkan mellan aktörerna har det förekommit viss irritation när man inte kunnat delge varandra information om vad som är gjort och vem som är aktuell var. Detta har under projekt-tiden löst sig och man har utformat rutiner kring överlämnade av information genom att deltagarna gett sitt samtycke till att lösa sekretessen mellan aktörerna för att undvika dubbelplanering och missuppfattningar.

Både vård- och omsorgsförvaltningen och arbets- och familjestödsförvaltningen bedriver arbetsinriktad rehabilitering men har olika målgrupper. I vård- och omsorgsförvaltningen är målgruppen personer som har medicinska orsaker till sina funktionshinder. Inom arbets- och familjestödsförvaltningen har man ansvar för personer som har behov av försörjningsstöd. Om man utgår från ICF:s kategorier har målgruppen från vård- och omsorgsförvaltningen nedsättning av aktivitetsförmåga och inskränkt delaktighet till följd av begränsning i kroppsfunction det vill säga det finns en diagnos, en medicinsk orsak till aktivitets- och delaktighetsbegränsning. Beträffande gruppen som har behov av försörjningsstöd på grund av svårighet att klara sin egenförsörjning via arbete kan man generellt anta att det snarare finns hinder vad gäller omgivningsfaktorer och personfaktorer utifrån ICF:s terminologi. Det innebär alltså att problemen snarare är sociala eller beroende av yttre omständigheter som exempelvis lågkonjunktur.

Traditionellt finns det ett uppbyggt och etablerat samarbete mellan arbets- och familjestödsförvaltningen och Arbetsförmedlingen men samarbetet mellan vård- och omsorgsförvaltningen och Arbetsförmedlingen är betydligt mindre. Personer från kommunens omsorgs verksamhet har oftast försörjning från sjukförsäkringen då det är medicinska orsaker till arbetsförmågan och det har därmed varit naturligt med samarbete mellan sjukvården (framförallt psykiatri), Försäkringskassan och vård- och omsorgsförvaltningen. För arbets- och familjestödsförvaltningen som har ansvar för personer med försörjningsstöd har samverkan med Arbetsförmedlingen varit naturligt eftersom det inte borde finnas medicinska hinder för att arbeta.

Den reformerade sjukförsäkringen har dock inneburit en åtstramning av reglerna som lett till

att allt fler personer med psykiska funktionshinder får sin rätt till ersättning från sjukförsäkringen ifrågasatt och prövad. Sjukförsäkringsreformen kan innebära en uppluckring av dessa ekonomiska försörjningsmönster. Det är inte längre helt givet att en person som under lång tid haft sjukersättning får behålla den om inte sjukdomen innebär en funktionsnedsättning och en aktivitetsbegränsning som gör det omöjligt att arbeta. Detta skapar ett behov av ett strukturerat samarbete mellan kommunens båda enheter som har personer i arbetsför ålder som klienter och Arbetsförmedlingen. Det är trots allt sannolikt att det stora flertalet av dem som tillhör målgruppen psykiskt funktionshindrade i kommunens verksamhet kommer att få fortsatt försörjning i någon grad via sjukförsäkringen. Men för att underlätta möjligheten till rehabilitering till arbete och pröva individens förmåga är väl uppbyggda samverkanskanaler viktiga.

Den senaste länken i rehabiliteringskedjan är Arbetsförmedlingens introduktionsprogram som startade i januari 2010 och erbjuds de som utförsäkras från sjukförsäkringen. De aktiviteter som genomförs i projekt Framstegen stämmer väl överens med de förberedande och motiverande insatser som Arbetsförmedlingen fått i uppdrag att erbjuda utförsäkrade i programmet Arbetslivsintroduktion. Detta bekräftas också av att några i gruppen har varit aktuella i programmet.

I de samverkanskartor som gjorts framgår att samverkan med psykiatri är begränsad från flera aktörer utom vård- och omsorgsförvaltningen och Försäkringskassan. Det finns anledning att stärka samverkan med psykiatri för att ge deltagarna möjlighet till stödinsatser även från sjukvården under rehabiliteringsprocessen. Vård- och omsorgsförvaltningen kan här vara en viktig aktör för att förstärka denna samverkan. Vad som behöver betonas är att man bör sträva efter att använda sig av varandras resurser i samverkan vilket ger individerna möjlighet att få det stöd de är berättigade till. Eftersom Arbetsförmedlingen har en rad olika verktyg för att anpassa och subventionera anställningar är det viktigt att de är med på banan i ett tidigt stadium och kan gå in med rätt stöd. Vidare kan samverkan och optimalt användande av varandras resurser minska dubbelarbete och spara varandras resurser.

Inom verksamheter för målgruppen psykiskt funktionshindrade finns kunskap och kompetens hos personalen beträffande bedömning och skatt-

ning av arbetsförmåga. Det finns kompetens att använda ett flertal valida och reliabla instrument för detta ändamål. Vidare finns det tillgång till en realistisk arbetsliknande miljö att göra bedömningen i. Detta kan bidra till att göra en säkrare bedömning av en individs förmåga relaterat till arbete både utifrån ett försäkringsmedicinskt perspektiv men också utifrån perspektivet att möjliggöra att klara ett arbete och identifiera under vilka omständigheter det kan fungera. Vad som är viktigt är att man hittar former för informationsöverföring som både gagnar individen och ger bra underlag för myndighetsbeslut.

På 70-talet började man tala om glastak som hindrade kvinnor att avancera och göra karriär inom arbetslivet. Med glastak menar man att det finns omärkliga och osynliga mekanismer som hejdar kvinnors karriär. Kan det finnas liknande hindrande mekanismer för personer med psykiska funktionshinder som fungerar som glasväggar? Mekanismerna för skapandet av glasväggar kan finnas både i omgivningen men också hos individen. Bland deltagarna var förväntningarna förvånansvärt låga vad gäller möjligheten att få ett arbete. I många fall sträckte sig önskan till att kanske kunna få en praktik. Dessa lågt ställda förhoppningar talar för att det kan finnas osynliga mekanismer som håller tillbaka. Trots att psykiskt funktionshindrades frånvaro och låga representation i arbetslivet ständigt påpekas i återkommande rapporter händer inte mycket i realiteten (SOU, 2006). Psykiskt funktionshindrade har det lägsta arbetsdeltagandet av samtliga funktionshindrade. En annan aspekt som framkommer vid intervjuerna med nyckelpersoner är att det inte finns tillräckligt starka ekonomiska incitament till att rehabilitera denna grupp. Då rehabiliteringen tar tid och det krävs omfattande insatser både i tid och i resurser kan detta ses som ett mindre angeläget område att fokusera på. Nära-jobbet-fenomenet och omgivningens agerande som tolkar reaktionen som oförmåga och accepterar den är en annan mekanism som kan fungera hindrande på väg ut i arbetslivet. För att återgå till fenomenet med det genusstyrda glastaket finns det rapporter och studier som mera fokuserar på hur man krossar glastaket i stället för att försöka förstå de hindrande mekanismerna. För personer med psykiska funktionshinder kan det vara av stor betydelse att få fler förebilder som tagit sig in på arbetsmarknaden och genom glasväggen, än att fundera över vad det beror på.

I projektplanen är målet att utveckla samverkan med andra aktörer än myndighetsaktörer. De man ger som exempel i projektplanen är samverkan med organisationer och föreningar med friskvårdande verksamhet och med intresseorganisationer. Samverkan med dessa aktörer har skett på ett annat sätt än med myndighetsaktörerna. Samverkan med främst de friskvårdande verksamheterna har inneburit deltagande i aktiviteterna under normaliserade omständigheter. Med detta menas att aktiviteterna inte varit tillrättalagda för målgruppen utan att de har skett integrerat i det ordinarie utbudet. Under projekttiden har försök gjorts att samverka med RSMH men det har varit svårt att upprätthålla ett aktivt samarbete. Dock har man i kursen använt sig av RSMH:s arbetsmaterial och boken *Din egen makt*. En reflektion är att det kan vara riskfyllt med för stora förväntningar på en organisation som RSMH vars medlemmar ofta har begränsningar inte bara beträffande sitt funktionshinder utan även socialt och ekonomiskt. Samtidigt är det en viktig organisation som behöver göra sig hörd.

I syfte att hitta praktikplatser har projektledaren varit i kontakt med olika företagsorganisationer. Projektarbetarna har haft återkommande kontakt med samverkansparter som Friskis och Svettis, Balansen med flera och arbetat med att integrera deltagarna i det ordinarie utbudet av friskvårdsinsatser i samhället. Vidare har man åkt på studieresa med varje grupp. Vid två tillfällen har man varit i Köpenhamn och besökt Idraetshuset som är en samverkanspart i projektet och där man delar erfarenheter med varandra.

Normalisering och integrering har varit ledord för psykosocial verksamhet ända sedan psykiatrireformens genomförande. För båda begreppen gäller att omgivningen har stor betydelse för om dessa ledord ska kunna realiseras. Både normalisering och integrering innebär en förändrad attityd hos omgivningen. I det målmedvetna arbetet under kursens gång att använda sig av aktiviteter i samhället har det ibland uppstått en benägenhet hos arrangörer att vilja ordna anpassade aktiviteter för målgruppen. Denna vilja att anpassa kan vara ett uttryck för välvilja och att underlätta för målgruppen. Samtidigt blir det ett stigmatiserande och generaliserat antagande om vilka behov som målgruppen har. Projektledaren har på ett medvetet och konsekvent sätt uppmärksammat dessa tendenser och lyft dem explicit både gentemot ar-

rangörer och gentemot kursdeltagare. Detta har inneburit viktiga diskussioner som lyft fram och ifrågasatt förutfattade meningar som kan vara stigmatiserande. Utgångsläget har varit att eventuella anpassningar ska vara grundade på reella behov och inte på antaganden om en hel målgrupps behov. Normalisering bör innebära att normalitetsbegreppet vidgas och därmed inkluderar olika sätt att fungera. ●

Referenser

- Alenfelt, G. (2008). *Den egna kraften. Handlingsinriktad psykiatrisk rehabilitering: en psykosocial rehabiliteringsmodell för människor med psykiska funktionshinder*. Örebro: Läromedia.
- Angelov, N., Johansson, P., Lindahl, E. & Lindström E-A. (2011). *Kvinnor och mäns sjukfrånvaro*. IFAU-rapport 2011:2.
- Andersson, M. & Johansson, M. (2007). *Funktionshinder och arbetsliv – en deskriptiv processutvärdering av pilotprojektet ”Funktionshinder som merit på arbetsmarknaden”*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbetslivsrapport 2007:1.
- Andersson, M. (2010). *Supported Employment (SE) – delrapport 2010-01-28*. Malmö högskola.
- Arbetsförmedlingen. (2009). *Arbetsförmedlingens årsredovisning 2009*. Från <http://www.arbetsformedlingen.se/download/18.ac8ae16126999684of80002121/arsredovisning2009.pdf>
- Arbetsförmedlingen (2010). VIS. Internt material.
- Arbetsförmedlingen. (2011). Hämtat från <http://www.arbetsformedlingen.se/For-arbetssoekande/Stod-och-service/Fa-extra-stod/Lamnat-sjukforsakringen.html>
- Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). *Samordna rehabiliteringen. Stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning*. Hämtad från <http://www.arbetsformedlingen.se/download/18.64d282e12fd576d91d80001921/samordna-rehab.pdf>
- Berglund, H. & Gerner, U. (2002). Motivation and return to work among the long-term sick listed: an action theory perspective, *Disability and Rehabilitation* 24 (2002), 719-726.
- Busch H., Bonnevier H., Hagberg J., Lohela M., Bodin L., Norlund A. et al. (2011). *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del 1*. Stockholm: Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet.
- Danermark, B. & Granlund, M. (2009). (utkast). *Tvärvetenskap, metodologi och metod*.
- Fern, E. (2001). *Advanced Focus Group Research*. London: Sage.
- Forsberg, K., Björkman, T., Sandman, P. & Sandlund, M. (2010). Influence of a lifestyle intervention among persons with a psychiatric disability: a cluster randomised controlled trial on symptoms, quality of life and sense of coherence. *Journal of Clinical Nursing*, 19. 1519-1528.
- Försäkringskassan. (2007). ANALYSERAR. 2007:11. *Nya sjuk- och aktivitetsersättningar/förtidspensioner – med fokus på yngre med psykiska diagnoser under åren 1995–2005*. Försäkringskassan.
- Försäkringskassan. (2011 a). *Sjukersättning eller aktivitetsersättning*. Hämtat från http://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/sjuk_lange_sa
- Försäkringskassan. (2011 b). *Rehsam*. Hämtat från <http://www.forsakringskassan.se/sjukvard/rehsam>
- Gärdsell, P., Ljusenius, T. (2005). *Instruktionsboken till livet – en inspirationsbok*. Hälsa+Kunskap, Brunkeflomodellen.
- Hagqvist, A. (2000). *Miljöterapi – igår, idag och imorgon*. Lund: Studentlitteratur.

- Hellsvik A-M. (2000). *Min Mening – ett självskattningsinstrument med fokus på aktivtetsförmåga, fysisk och social miljö, värderingar och prioriteringar*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Hetzler, A., Melén, D. & Bjerstedt, D. (2005). *Sjuk-Sverige – Försäkringskassan, rehabilitering och utslagning från arbetsmarknaden*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.
- Hjälpmedelsinstitutet. (2011). Hämtat från <http://www.hi.se/sv-se/Arbetsomraden/Hjalpmedelsinstitutes-prioriterade-omraden/Kognitiva-funktionsnedsattningar/>
- Jansson, I. & Björklund, A. (2006). *Erfarenheter av att återgå till arbete efter sjukskrivning och arbetslöshet*. I Börjeson, B. (red.), *Vågor på HaVet – tio texter om arbete och funktionshinder*. Jönköping: Hälsöskolan. S. 97-126.
- Jansson, I. & Björklund, A. (2007). The Experience of Returning to Work. *Work*, 28, (2), 121-134.
- Jenner, H. (2004). *Motivation och motivationsarbete i skola och behandling*. *Forskning i fokus*, nr 19. Kalmar: Leanders grafiska AB.
- Jensen, I., Lekander, M., Nord, C.E., Rane, A. & Ekenryd, C. (2007). *Complementary and Alternative Medicine (CAM). A Systematic Review of Intervention Research in Sweden*. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
- Johnreden, A-C. (2006). *Personer med funktionshinder och nedsatt arbetsförmåga*. (Ura 2006:3). Stockholm: Arbetsmarknadsstyrelsen.
- Kielhofner, G. (2008). *A Model of Human Occupation: Theory and Application*. Baltimore: Williams&Wilkins.
- Knutsson, H. & Persson, K. (2001). *Funktionshindrade personer med nedsatt arbetsförmåga – ett arbetsgivarperspektiv*. Forskningsrapport 2001:5. Uppsala: IFAU- institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering. Hämtat från <http://www.ifau.se/upload/pdf/se/2001/fro1-5.pdf>
- KOSAM (kommuner och sjukvård i samverkan). (2008). *Planeringsunderlag för stöd och service i kommunen och psykiatrisk vård för personer med psykisk funktionsnedsättning i kommunerna Härryda, Mölndal, Partille och Öckerö 2007*. Mölndal.
- Leufstadius, C. & Eklund, M. (2008). Time use among individuals with persistent mental illness: identifying risk factors for imbalance in daily activities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15, 23-33.
- Linddahl, I. (2007). *Validity and Reliability of the Instrument DOA: A Dialogue about Working Ability*. (avhandling för lic.examen, Hälsöskolan, Högskolan i Jönköping), [online]. Tillgänglig DIVA: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hj:diva-783>
- Lindqvist, R., Markström, U. & Rosenberg, D. (2010). *Psykiska funktionshinder i samhället*. Falkenberg: Gleerups utbildning AB.
- Lundin, L. & Ohlsson, O. (2009). *Psykiska funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur.
- Merriam, S. (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Michailakis, D. (2008). *Sjukdom och sjukskrivning – en sociologisk observation*. Malmö: Gleerups förlag.
- Müssener, U., Svensson, T. & Söderberg, E. (2009). Vilken betydelse har positivt bemötande för återgång till arbete? *Socialmedicinsk tidskrift*, 86 (3):238-244.
- Mölndals stad. *Vård- och omsorgsförvaltningen, SPIRA (2011)*. Hämtad från <http://www.molndal.se/innehall/vardomsorg/funktionsnedsattning/arbeteochsysselsattning/dagligsysselsattning.4.56d3fe7e11a73b64dbd80001517.html>
- Nilsson, I., Nilsson Lundmark, E. & Wadeskog, A. (2000). *Sara Söderberg – Kvinman som bar själen på sin rygg. En ekonomisk och processmässig analys av samverkan i Nacka kring personer med rygg- nackbesvär*. Hämtat från <http://www.seeab.se/Sara/Sara.pdf>
- Norrby, E. & Linddahl, I. (2006). *Dialog om arbetsförmåga, DOA, Version 3*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

- Nyman, H. (2000). Psykiatri. I H. Nyman & A. Bartfai (Red.). *Klinisk neuropsykologi*. (s.266-279). Lund: Studentlitteratur.
- Nyström Agback, M. (2008). *Din egen makt*. NSPV (Nationell samverkan för psykisk hälsa).
- Regeringskansliet (2010a). *Rehabiliteringskedjan*. Hämtat från <http://www.regeringen.se/sb/d/10386/a/100326#100326>
- Regeringskansliet (2010 b). *Motverka långvarig sjukfrånvaro*. Hämtat från <http://www.sweden.gov.se/sb/d/1950/a/139292>
- Revstedt, P. (2002). *Motivationsarbete*. Stockholm: Liber AB.
- Sandberg, B. & Faugert, S. (2007). *Perspektiv på utvärdering*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. 2, 119-27.
- SKL. (2011). *Rehabiliteringsgarantin*. Hämtat från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/rehabiliteringsgarantin_1
- Socialstyrelsen (2003). *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – ICF*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Societätstjänstlagen. (2011). Hämtat från <https://lagen.nu/2001:453>.
- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning. Stockholm.
- SOU: 2008:66 *Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- SOU 2009: 89. *Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar/Försörjningsförmåga*. Slutbetänkande av arbetsförmågeutredningen. Stockholm : Fritzes offentliga publikationer.
- SOU 2009:93. *Inkluderande arbetsliv*. En skrift från Arbetsmiljöpolutiska kunskapsrådet. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Statistiska centralbyrån (2008). *Funktionsnedsattas situation på arbetsmarknaden – 4:e kvartalet*. Stockholm: SCB, enheten för arbetskrafts- och arbetsmiljöundersökningar. Hämtat från http://www.scb.se/statistik/_publikationer/AM0503_2008K04_BR_AM78BR0903.pd
- Svensson, T. & Björklund, A. (2010). Focus on health, motivation, and pride: A discussion of three theoretical perspectives on the rehabilitation of sick-listed people. *Work* 2010; 36 (3):273-282.
- Tengland, P-A. (2006). *Begreppet arbetsförmåga*. IHS-rapport, 2006:1. Linköping: Liu tryck Linköpings universitet.
- Toll, B. & Palmer Schale, C. (2008). *En väg till återhämtning*. Göteborg: BeCa Förlag.
- Topor, A. (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska sjukdomar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Tunevall, C-M. (1996). *SIUS – Uppföljning av försöksverksamheten med särskilt introduktions- och uppföljningsstöd för funktionshindrade i arbetslivet*. Delrapport II. Vra 1996:3. Stockholm: Arbetsmarknadsstyrelsen.
- Wallén, G. (1996). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper – om fokusgruppintervju som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Yin, R. (2007). *Fallstudier: design och genomförande*. Malmö: Liber AB.



FoU_i**väst** GR

FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET

Besök Gårdavägen 2 • **Post** Box 5073, 402 22 Göteborg • **Tel** 031-335 50 00

Fax 031-335 51 17 • **e-post** fou@grkom.se • **www** www.grkom.se/fouivast