

REHABILITERINGSPROJEKTET HALLAND

2005 - 2008

Camilla Bogarve

Det sägs
att man inte kan gråta
när man sover
att man måste vara vaken
för att möta tårarna
Solen sken en vansinnig dag
som en vansinnig
fast det var igår
Idag är denna dag
som var igår, dag
och med den dagen
kommer dårarna
som tårarna
om natten
och om dagen

Göran Wassby



Denna rapport är ställd till:

Socialstyrelsen

Region Halland

Landstinget Halland, Landstingsstyrelsen
Landstinget Halland; Psykiatristyrelsen
Kungsbacka kommun, Kommunstyrelsen
Kungsbacka kommun, Socialnämnden
Varbergs kommun, Kommunstyrelsen
Varbergs kommun, Socialnämnden
Falkenbergs kommun, Kommunstyrelsen
Falkenbergs kommun, Socialnämnden
Hylte kommun, Kommunstyrelsen
Hylte kommun, Socialnämnden
Halmstad kommun, Kommunstyrelsen
Halmstad kommun, Socialnämnden
Laholms kommun, Kommunstyrelsen
Laholms kommun, Socialnämnden

HALLANDS LÄN

Hallands län är ett västsvenskt kustlän som gränsar till Västra Götalands-, Kronobergs-, Jönköpings- och Skåne län. Hallands län har drygt 290.000 invånare och en areal på 5.710 km. Det motsvarar 3,1 procent av Sveriges befolkning och 1,3 procent av Sveriges yta.

I Halland finns sex kommuner; Kungsbacka, Varberg, Falkenberg, Hylte, Halmstad och Laholm. Halmstad är länets största kommun med 87.900 invånare och länets residensstad. Falkenberg är den kommun som är mest centralt belägen och därför ofta fungerar som mötespunkt i länsövergripande sammanhang.

Större delen av befolkningen bor i kustområdet. Kustområdet består till största del av jordbruksbygd och inlandet av skogsbygd. Norra delen fungerar i allt större utsträckning som förort till Göteborg. Det gäller framförallt Kungsbacka men till viss del också Varberg.

Halland är känt för sin vackra natur och kuststräcka med många badmöjligheter. Länet består också av bördiga slättområde med åar, dalar samt en skog- och sjörik glesbygd.

Högskolan i Halmstad har 7 000 studerande och högskolefilialen, Campus Varberg, har cirka 1 000 studerande.

Ansvarskommittén fick i uppdrag av Regeringen att utreda de svenska länens framtida ansvar, struktur, antal och gränser. Preliminära förslag angav en betydande minskning i antal län. Hallands län föreslogs delas i två större och en mindre del, som skulle uppgå i de angränsande länen. Förslaget väckte motreaktioner i Hallands län. Som en svar till Ansvarskommitténs förslag ansökte Landstinget Halland gemensamt med de sex halländska kommunerna i juni 2008 om att få bilda en egen regionkommun som skulle träda i kraft år 2011.

Källor; olika sidor om Hallands län på Internet

INNEHÅLL

Förord		5
Sammanfattning		7
Inledning	Bakgrund	8
	Återhämtning	11
	Rehabilitering	13
Rehabiliteringsprojektet	Starten	15
	Problemformulering	16
	Målgruppsinventering	17
	Berörda verksamheter	18
	Syfte	19
	Uppdrag	19
	Organisation	19
Metod	Förhållningssätt	20
	Rehabiliteringsprocessen	23
	Case management	25
	Supported employment	25
Utvecklingsarbetet	Aktiviteter under tiden för projektet	26
	Första året	26
	År två och tre	28
	Sista året	32
Interventioner	Utbildning	33
	Konsultation	35
	Metodhandledning	36
	Svårigheter och strategier	36
Utvärdering		38
Resultat	Konkret och mätbart	39
	Andra möjliga effekter	40
	Sagt om oss	41
Reflektion		41
Det är nu det startar		42
Referenser		44
Bilagor;		
	Avtalsgruppens förtydligande vad gäller ansvarsfördelning	1
	Rehabiliteringsplan	2,3
	Förtydligande av psykiatrins ansvar samt viljeinriktning för framtiden	4
	Förteckning (rehabiliterare) deltagare i kompetensutbildningar	5

FÖRORD

Detta är ingen vetenskaplig text. Den är färgad av personliga erfarenheter och reflektioner som erhållits under projektets gång.

Rehabiliteringsprojektet i Halland har syftat till att åstadkomma en förändring i vård och stöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar. Samverkan runt den enskilde skulle ha en framtidsorientering och på ett tydligare sätt utgå ifrån personens egna önskemål och behov.

Förändringsarbete kan periodvis vara tungt och krävande. I en stund av tvivel kring projektets framgång uppmuntrade en vän som arbetar inom psykiatri i Halland mig med denna berättelse ...

En pojke och hans far var på en resa. På mornarna promenerade de på stranden. En kväll blåste det upp till storm. Morgonen därefter upptäckte de att vågorna hade kastat upp hundratals musslor på stranden.

Efter en stunds promenad hade pappan förlorat sonen ur sikte. Han gick tillbaka och då han kom närmre, såg han sonen varsamt bära ner musslorna, en och en, i vattnet.

Då pappan kom fram sa han till sonen; "Det där är väl bra, men det är inte någon mening. De är för många!" Då svarade pojken; Jo det är det visst, just för den här musslan!"

Det råder en urgammal motsägelse mellan *bestående* och *förändring* i mänskliga sammanhang. Förändring är en allomfattande mänsklig erfarenhet. Allmänt finns en tendens att betrakta *bestående* som ett givet tillstånd som inte kräver närmare förklaring och *förändring* som det problem som måste utforskas. Kanske kan vi istället se förändring som alltings naturliga flöde (Watzlawick, Weakland, Fish 1974).

Jag vill tacka Lars-Olof Ljungberg, Eva-Britt Apelvi, Gunnel Pettersson, Annika Larsson-Maspers, Owe Wigren, Jan Dickens, Bengt Andersson och Björn Jingblad för att ni fattade ett gemensamt beslut om att utveckla rehabiliteringsstödet till personer med psykiska funktionsnedsättningar i Halland och för att ni gav mig ert förtroende. Detta har varit en rolig, spännande och lärorik resa för mig och mina kollegor Ingela Lundgren, Pamela Andreassen, Jan Lanzow-Nilsson, Monica Stenmo och Ulla-Carin Örhstrand. Vi kommer alla sex från Skåne och har under de här åren haft förmånen att få lära känna Halland och hallänningarna. Vi har träffat och lärt känna många fantastiska personer utan vars engagemang det här projektet hade varit helt omöjligt att genomföra.

Jag vill speciellt tacka Ingela, Pamela och Jibe mina kära kollegor och vänner. Vi är skolade i samma anda, vi är systrar och bröder. Utan er hade detta arbete inte varit lika roligt och inte heller haft samma genomslagskraft.

Jag vill också nämna våra kollegor och ständiga källa till inspiration och kunskap, Marianne Farkas och Cheryl Gagne, vid Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.

Slutligen ett stort tack till alla som varit med oss på den här resan!

Arbetet med att skriva slutrapporten kan inte sammanfattas bättre än så här:

***Onormal spänning
omänsklig koncentration
oerhörd förväntansångest
är skapandets process***

*Anne Annfält
Min vän, författare, konstnär och journalist*

Ketchup!

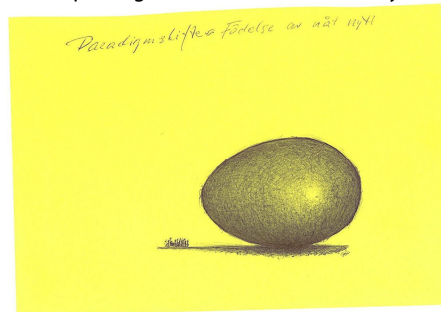
*Annika Bostedt
Min vän, sjuksköterska och innovatör inom området rehabilitering*

*Camilla Bogarve
Lund
Den 25 november 2008*

Korrekturläste slutrapporten gjorde; Anita Bogarve och Pekka Koskinen. Era råd och förslag till förbättringar var ett stort stöd.

SAMMANFATTNING

Ett paradigmskifte ~ Födelse av nåt nytt



Gunnel Hillerström Bengtsson

Rehabiliteringsprojektet i Halland startade under våren 2005 och avslutas nu i december 2008. Projektet finansierades med statliga medel, de s k Miltonmedlen.

Bakgrunden till rehabiliteringsprojektet i Halland var behovet av att förbättra stödet till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Rehabiliteringsprojektets syfte var att öka kännedom och kunskap om återhämtning och rehabilitering samt att öka tillgången till rehabilitering för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Rehabiliteringsprojektet har pågått under fyra år. Förändringsarbetet har omfattat ett nytt synsätt och en ny värdegrund. Detta är processer som kräver tid. Jag föreslår att vi ser på det genomförda utvecklingsarbetet i termer av att det nu finns en grund för att arbeta med återhämtning och rehabilitering och att vårt arbete bara är en början på ett utvecklingsarbete som måste få stöd att fortgå under lång tid framöver. *Projektet är slut och det är nu det startar på riktigt!*

En utvärdering startade hösten 2007. Resultatet av denna kommer att presenteras av Lunds universitet 2010.

Jag upplever att vi i Halland har gått från att diskutera om återhämtning överhuvudtaget är en möjlighet för personer med allvarlig psykisk sjukdom till att tala om hur vi kan skapa bättre förutsättningar. Nästa steg i utvecklingsarbetet är att arbeta för att återhämtning ska bli en möjlighet för alla, inte bara för en eller två lyckligt lottade.

BAKGRUND

Människor som drabbats av psykiska funktionsnedsättningar har få möjligheter att nå drömmar eller mål inom olika levnadsområden. I praktiken lever många ett isolerat liv utan hopp om att kunna förändra sin situation och utan hopp om gemenskap eller delaktighet i samhällsgemenskap med andra. I samband med Psykiatireformen(1) konstaterades att detta är den målgrupp i vårt samhälle som ur alla, alternativt väldigt många, aspekter har det sämst socioekonomiskt. Över 60% saknade en meningsfull aktivitet i sin vardag. Många upplevde sig isolerade. Anställningsgraden var ca 8%. Målgruppen är också svårt drabbad av stigma, fördomar och diskriminering. Dessutom har det samhällsbaserade stöd som erbjudits målgruppen haft lågt ställda visioner och det har präglats av brist på hopp. Inte sällan har den personal som erbjuder stödet haft kunskapsbrist och fördomar. Forskningsstudier som utifrån ett folkhälsoperspektiv undersökt behov av vård och stöd bland personer med psykiska funktionshinder har visat på att det finns brister i vårdsystemet (Anita Bengtsson-Tops, 2005). Tills nyligen hänvisades negativa konsekvenser av psykisk sjukdom till åtföljande funktionsnedsättningar. Så är inte längre fallet, idag bekräftar forskningen att negativa konsekvenser också kan hänvisas till brist på hopp, rätt stöd, på möjligheter samt stigma och fördomar i vårt samhälle (Courtenay Harding, 1994).

Målgruppen för detta projekt är personer med psykisk sjukdom/störning och åtföljande psykiska funktionsnedsättningar/hinder. *En person har psykiska funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk sjukdom/störning* (Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning). Under hösten 2008 tog Socialstyrelsens terminologiråd ett beslut om revidering av termerna *funktionshinder* och *handikapp*. *Funktionsnedsättning* och *funktionshinder* är inte längre synonymt och begreppet *handikapp* utgår. Funktionsnedsättning innebär en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Funktionshinder innebär en begränsning för en person i relation till omgivningen. En viktig aspekt som följer av revideringen är att funktionshinder inte är något som en person har utan att det istället är miljön personen vistas i som kan vara funktionshindrande.

Psykiska sjukdomar är en av de ledande orsakerna till ohälsa och funktionsnedsättningar, i Europa och i övriga världen. Depressionstillstånd är den fjärde vanligaste orsaken och förväntas inta andra plats(2). Psykisk ohälsa kan vara så vanligt som att var tredje person är drabbad, antingen själv eller via någon närstående(3).

Statistiska beräkningar påtalar att av en befolkning drabbas ca 1 % av allvarlig psykisk sjukdom och ca 25% av psykisk ohälsa någon gång under sin livstid (WHO). Det skulle innebära att ca 2.900 lever med en allvarlig psykisk sjukdom i Halland idag och att ca. 72.500 personer i Halland kommer att drabbas av psykisk ohälsa någon gång under sin livstid.

(1) Psykiatireformen (SoU 1992:73) om "Psykiskt stördas villkor".

(2) The world health report 2001, Mental health: New understanding, New hope. WHO.

(3) Nationella nätverket för psykiska hälsa/RSMH – Upprop inför Världsdagen för psykiska hälsa

I samband med Försäkringskassans översyn 2007 konstaterades att psykiatriska diagnoser hade ökat som orsak till sjukskrivning och att det har blivit allt vanligare att unga sjukskrivs. Statistiken visade att endast 2% unga med långtidssjukersättning återvänder till arbete eller studier.

För många är det både ett mångårigt och krävande arbete att "komma tillbaka" efter att ha drabbats av psykisk ohälsa. Det finns vetenskapligt stöd för att rehabilitering stärker människors hälsa och ökar möjlighet till delaktighet i samhället. Ändå är tillgången till rehabilitering och till stöd i arbete eller studier är låg. Det är oklart för den enskilde vart man ska vända sig. *Så här sa en kvinna i Falkenberg; "Jag ville återvända till arbetslivet. Men ingenstans erbjöd man mig den typen av stöd. Därför har jag fått rehabilitera mig själv."* Arbetet med att leda och samordna sin egen rehabiliteringsprocess kan för många vara ett överväldigande och övermäktigt arbete.

Tills för drygt 10 år sedan har vi sett på allvarliga psykiska sjukdomar som tillstånd med en dyster prognos och med ett ständigt försämrande förlopp. I allra bästa fall var förhoppningarna att kunna hjälpa människor att uppnå och bibehålla en stabilitet. Återhämtning var ännu inte ett känt begrepp.

Idag vet vi att återhämtning är en mer vanligt förekommande företeelse än vad vi tidigare har trott. För ca 20 år sedan startade en rörelse bland brukare i USA. Personer med egen erfarenhet började berätta om att den avsaknad av hopp som de mötte inom den psykiatriska vården, inte stämde med de egna erfarenheterna. Man upplevde förbättring och möjligheter. Dessa berättelser innehöll många exempel på vad som varit till hjälp och de blev allt oftare publicerade artiklar, både i vetenskapliga och brukarstyrda tidskrifter ex. *Schizofrenia bullentin*. Budskapet som spreds var, "Det finns hopp, återhämtning (recovery) är en möjlighet"!

Dessa vittnesmål möttes av skepticism från professionella. En vanlig respons var att det måste ha varit fel diagnos. Den danske psykiatrikern Langfeldt inrättade på 30-talet också en "uteslutningsdiagnos". Denna kunde användas då personer med schizofreni hade förbättrats och i praktiken innebar det att diagnosen schizofreni likställdes med kronicitet. I Sverige bemöttes Barbro Sandin på Sätters sjukhus i mitten av 70-talet med hätsk kritik då hon hävdade att patienter med schizofreni kunde bli friska. Hon kallades för charlatan trots att hon kunde uppvisa bättre resultat än många andra.

Khai Chau är en av många som skrivit om sina erfarenheter. *Den som har en boksamling och en trädgård känner sig inte ensam! När man har något att hänge sig åt så fylls man med harmoni. För att skaffa sig ett " eget liv" måste man först ta reda på vad man vill göra. Då bör man börja med fria tyglar och stora drömmar. Då kommer man sanningen närmast* (Khai Chau, *Min återhämtning från psykosen – A beautiful mind*, 2002).

För ca 10 år sedan fann brukarnas återhämtningsrörelse empiriskt stöd. Courtenay Harding med kollegor publicerade 1987 en rapport från en 32-årig uppföljningsstudie som omfattat 269 patienter utskrivna från Vermont state hospital. Detta var patienter som vistats många år på sjukhus, svårt sjuka och eftersatta och som hade bedömts vara "kroniker". De hade skrivits ut i samband med avhospitaliseringen. Denna grupp erbjöds omfattande rehabiliteringsinsatser. Vid uppföljning 10 år senare konstaterades att många

levde ett isolerat liv och hade återkommande sjukdomsrecidiv. Men trots allt levde 70% fortfarande utanför sjukhuset. Vid en uppföljning ytterligare 10 år senare studerade man faktorer såsom, sjukhusvistelse senaste året, sjukdomssymtom, antal vänner, hur ofta man träffade vänner/familj, förmåga att tillfredsställa basala behov samt tillfredsställelsen med det egna livet. Upp till 2/3 av personerna i undersökningsgruppen hade blivit betydligt förbättrade eller friska. De hade en ökad funktionsförmåga och en ökad delaktighet i olika sammanhang i samhället(1).

Courtenay Harding har också sammanställt de samlade resultaten från fem långtidsstudier (varav Vermontstudien är en). Tillsammans omfattar dessa fem studier 1303 individer som följts under en period mellan 23 – 37 år (den kortaste studien pågick under 23 år och den längsta i 37 år). De sammanställda resultaten bekräftar budskapet i brukarnas egna berättelser, att det finns hopp om återhämtning. Studierna visade att mellan 46 – 68% återhämtat sig, alternativt förbättrats signifikant (1).

Detta var ett revolutionerande resultat som innebar ett totalt skifte från antagandet om en dyster prognos till hopp om återhämtning.

Men fortfarande återspeglas inte dessa forskningsresultat i det samhällsbaserade stödet till personer med psykiska funktionsnedsättningar. Implementeringen går långsamt. Forskare omnämner det senaste decenniets forskningsresultat i termer av ett paradigmskifte. *Det senaste decenniets diagnostik och stabiliserande typ av interventioner har inte återspeglat skiftet till återhämtningsparadigmet* (American Psychiatric Association 1987, Barchrach 1976; Grob 1983, Presidents New Freedom Commission in Mental Healths 2003).

Vid tiden för rehabiliteringsprojektets start informerades anhöriga i närstående-utbildningar i Halland om en dyster prognos och om ett förväntat förlopp av försämring. Sedan en tid tillbaka har man på flera håll ändrat informationen så att den bättre återspeglar forskningsresultat vad gäller möjligheten till återhämtning.

Så här säger Ron Coleman; *"Jag fick mycket stöd, men det jag lärde mig var hur att vara psykisk sjuk, hur att vara schizofren"*(3).

Patricia Deegan menar att psykiatrisk vård och behandling utgår ifrån det hon kallar för "the compliance model"(2) att vården saknar värden såsom empowerment, valmöjligheter och självbestämmande. Detta är värden som hon menar är avgörande för att stödja den enskildes återhämtning. Hon menar att de professionellas roll inte är att övertala eller motivera patienter att ta sin medicin, utan att rollen som medarbetare i psykiatri/socialpsykiatri istället bör innebära att hjälpa personen att hitta sitt egna sätt att använda farmakologisk behandling och sina egna "coping" strategier. Hon beskriver det hon kallar för "the shared decision making model" som ett nytt alternativ. I denna handlar det om möte mellan två experter som fattar gemensamma beslut.

(1) Harding, C.M. mfl. Ett helt liv förlag. Artiklar om Återhämtning. ISBN 91-972900-3-3

(2) Deegan, P. E., Drake, R. E. (2006). *Shared Decision Making and Medical Management*

3) Coleman, R., (2002). *Recovery An Alien Concept*, P&P Press.

I samband med den första kännedomsutbildningen via Rehabiliteringsprojektet så var följande en fråga som deltagarna själv tog upp till diskussion, "Ska patienten ha ett självbestämmande kring sin medicinering"? Kursdeltagare från psykiatrin beskrev svårigheter vad gäller patienters brist på insikt kring behoven av läkemedelsbehandling. Man såg det som sin uppgift att motivera patienten att ta sin medicin.

Vid samma kännedomsutbildning diskuterade kursdeltagare från socialtjänsten; "Kan man verkligen stödja människor i att välja och skaffa en bostad om man känner till att personen har en beroendeproblematik"? "Bör personen inte först påvisa nykterhet"?

ÅTERHÄMTNING

Är återhämtning en möjlig vision för de organisationer och verksamheter som bedriver vård och stöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar? En sådan vision skulle innebära en ambitionsökning, ett krav på att vi skiftar fokus från att erbjuda människor stöd att bibehålla sin livssituation till att erbjuda stöd till att växa och utvecklas.

Begreppet återhämtning blir allt mer vanligt internationellt, i länders och i organisationers styrdokument för psykiatrisk vård och socialt arbete (David Ershammar, 2008). Återhämtning omnämns i ett länsövergripande samverkansavtal som träder i kraft i Halland i januari 2009.

Anthony (1993) definierar återhämtning på följande sätt; *Återhämtning är en djup personlig och unik förändringsprocess av attityder, värderingar, känslor, mål och/eller roller. Det är ett sätt att leva ett tillfredställande, hoppfullt och konstruktivt liv även inom ramen för de begränsningar som sjukdomen ger. Återhämtning innebär att man skapar nya målsättningar och ny mening i sitt liv och om att växa förbi den katastrof den psykiska sjukdomen åsamkat.* Denna definition bygger på ett stort antal kvalitativa intervjuer med personer med egen erfarenhet.

Återhämtning är en vanlig mänsklig erfarenhet och det finns många likheter med sådant som kan ske i våra liv. Det kan handla om att förlora någon nära anhörig eller om en skilsmässa. Den första tiden präglas av chock, förnekelse och misstro. Man värjer sig, vill inte ta in det som inträffat. Man kan uppleva sig avskärmad från sig själv och från andra. Känslor som aggression, rädsla, sorg, förvirring är vanliga. När man fått en chans att hämta sig kanske man fattar beslut om att ta tag i sin situation och bestämmer sig för att kämpa. Känslor som beslutsamhet, aggression, sorg och smärta är vanliga. Det är också vanligt med perioder av trötthet och stillhet. Utåt sett kanske det verkar som om personen är passiv, som om ingenting händer. Ibland kan känslor eller beteende i en återhämtning blandas ihop med och tolkas som symtom på sjukdom.

Återhämtning beskrivs som det en person själv gör, det är en självvald process. Rehabilitering, behandling, stöd etc. är det professionella kan göra för att stödja en persons återhämtning (Cheryl Gagne, 2006).

Individens möjlighet till en aktiv roll i samhället är en av de viktigaste ingredienserna i återhämtning från allvarliga psykiska funktionshinder (David Rosenberg, 2004). Med detta

utmanar David det rådande att människor med psykiska funktionsnedsättningar ofta lever i en isolerad tillvaro utan delaktighet i roller och sammanhang i samhällsgemenskap med andra.

Det finns ett antal värden som stödjer återhämtning, *valmöjligheter, förebilder, att bli hörd, utveckla och utöva sin röst, möjligheter att förbättra sitt liv*(1). Filosofin i rehabiliteringssammanhanget har bidragit med en unik värdegrund för det samhällsbaserade stödet till personer med psykiska funktionsnedsättningar. Med värden födda i framväxten av psykiatrisk rehabilitering såsom delaktighet, egna val, styrkor och utvecklingspotential (Anthony 1979).

Alla återhämtningsprocesser har en början. Många beskriver att man byggt sin återhämtning, om att förbättra sitt liv, inte på ett beslut utan på flera. Många talar om värdet av att det fanns de som aldrig gav upp, de som bibehöll sitt hopp också i svåra stunder. Ron Coleman har identifierat ett antal "stepping stones on the road to recovery"; en relation med mitt eget jag, att acceptera mig själv, egna val, och ett ägarskap av mina egna erfarenheter. Även om många beskriver en början är det få som talar om en slutpunkt, snarare beskriver man återhämtning som ett sätt att leva.

William Anthony lyfter upp *personhood* (personorientering) som en avgörande och grundläggande princip för återhämtning. Han menar att denna omfattar det självklara, men inte alltid rådande; att uppmärksamma att personer med psykiska funktionsnedsättningar är människor med samma behov och önskemål som alla andra.

Helen Glover, socialarbetare och brukare från Australien ger en intressant infallsvinkel. Hon gör oss uppmärksamma på att alla människor har en inneboende kraft att rätta till saker i sina liv. Hon omnämner det som en handling av "self rightening". Hon drar också en parallell till fysisk träning när hon säger "vi kan inte få muskler om vi inte belastar oss". Med det utmanar hon det traditionella synsättet att människor med allvarlig psykiska sjukdom ska undvika belastning. Hon uppmanar människor som vill återhämta sig, att kliva ur sin "bekvämlighetszon" och våga belasta sig själva.

Både Patricia Deegan och Helen Glover har egen erfarenhet av psykisk sjukdom och återhämtning. Det finns många personer som bidrar med sina erfarenheter till detta unga och angelägna kunskapsområde. Patricia Deegan, Helen Glover, Ron Coleman, Daniel Fisher, Judy Chamberlin och Joel Slack är några av våra internationella inspirations- och kunskapskällor. Gösta Grankvist, Elisabeth Alphonse, Klas Sundström, Göran Wassby och Khai Chau bland flera är några av våra svenska inspirations- och kunskapskällor.

(1) Deegan, P.E., Rehabilitation as a journey of the heart (1996).

REHABILITERING FÖR PERSONER MED PSYKISKA FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR

I ett återhämtningsinriktat stödsystem är psykiatrisk eller psykosocial rehabilitering en viktig stödresurs. Återhämtning innebär ofta återupptagning av önskade roller. Det finns ett antal studier som bekräftar att rehabiliteringsinsatser har en avgörande effekt på ett antal faktorer som stödjer återhämtning. Några av dessa studier är Courtenay Hardings Vermontstudie och Judith Cooks studie av Supported employment. Psykiatrisk rehabilitering är den enda insats i det samhällsbaserade stödet till målgruppen som fokuserar på ökad funktionsnivå. Rehabilitering syftar till att hjälpa människor att lära sig att fungera i önskade roller och sammanhang. Rehabilitering stödjer människor med psykiska funktionsnedsättningar i deras i "role recovery".

Rehabilitering är en insats som ska ses som ett sätt att försöka "öppna samhällets dörrar" och stödja och lära människor med psykiska funktionsnedsättningar att leva sitt liv i full potential, i enlighet med sina egna önskemål och preferenser (Anthony, Cohen, Farkas, Gagne, 2002).

Psykiatrisk rehabilitering är ett ungt kunskapsområde (om än något äldre än kunskapen om återhämtning) som under de fem senaste decennierna växt fram ur traditioner såsom centrerad terapi, somatiskt rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering. *Psykiatrisk* åsyftar typen av funktionsnedsättning och *rehabilitering* åsyftar en insats som stödjer människor att utveckla nya färdigheter kopplade till en förlorad funktion. Bokstäverna *RE* i rehabilitering associeras ibland till att *gå tillbaka*. Sällan handlar det om att gå tillbaka. I de allra flesta fall handlar det om att "vända sitt ansikte mot framtiden", att omorientera sig, och sätta upp nya mål. Ibland uppstår diskussioner kring termerna rehabilitering och habilitering. De flesta personer med psykiska funktionsnedsättningar har haft ett antal funktioner och färdigheter innan man har drabbats av sjukdom. Därför använder vi termen rehabilitering aldrig habilitering.

Rehabilitering är en process som avser att hjälpa människor att använda färdigheter och stöd i syfte att återfå de roller som en person värderar och vill ha (WHO).

Med rehabilitering avses att vid nedsättning eller förlust av någon funktion eller någon sjukdom/skada, genom planerade och från flera områden sammansatta åtgärder, allsidigt främja att den enskilde återvinner bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande (Prop 1992/93:159).

Rehabilitering för människor med psykiska funktionsnedsättningar syftar till att stödja personer med psykiska funktionsnedsättningar så att de med ökad kompetens blir framgångsrika och tillfredsställda i miljöer de själva valt för boende, studier, arbete och/eller fritid, med minsta möjliga professionella insatser (Anthony, Cohen och Farkas 1989).

Rehabilitering är ett multidisciplinärt kunskapsområde som innehåller ett förhållningssätt och en strukturerad process. Rehabiliteringen förutsätter en serie koordinerade insatser utifrån individens specifika mål och behov. Varje process är unik. Detta innebär att det ibland är flera och ibland endast en aktör involverad tillsammans med personen genom en

hel rehabiliteringsprocess. I Sverige har psykiatrin, socialtjänsten, försäkringskassan och arbetsförmedlingen ett gemensamt rehabiliteringsansvar för personer med psykiska funktionshinder. Inte någon organisation har psykiatrisk rehabilitering som sitt prioriterade ansvarsområde.

Psykiatrin ansvarar för medicinsk rehabilitering. Medicinsk rehabilitering syftar till att återställa grundläggande funktioner (prop. 1993/94:218). Landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för funktionshindrade (HSL § 3 b).

Socialtjänsten ansvarar för social rehabilitering. Social rehabilitering avser boende och olika former av bistånd i personliga angelägenheter (prop 1993/94:218). Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver (SoL § 2). Kommunen skall 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 leva som andra (SoL § 7).

Ansvarsområdena för medicinsk och social rehabilitering flyter in i varandra (Regerings proposition 1993/94:218). Om man vill göra ett försök att särskilja ansvarsområdena något så kan man säga att psykiatrin har ett tydligare ansvar i början av en rehabiliteringsprocess och socialtjänsten har ett tydligare ansvar längre fram när det gäller bedömning och utveckling av stödresurser.

Arbetsförmedlingen ansvarar för arbetslivsinriktad rehabilitering. Arbetslivsinriktad rehabilitering avser det stöd och de åtgärder en person behöver för att återfå och behålla sin arbetsförmåga (prop 1993/94:218). Detta är ett ansvarsområde delat mellan Arbetsförmedlingen, personens arbetsgivare (då det finns en arbetsgivare) och Försäkringskassan. Arbetsförmedlingens ansvar omfattar personer utan anställning eller som riskerar att bli utan anställning och med beredskap till förändring inom en miljö för arbete eller utbildning. Målsättningen är att personen skall finna, få och behålla ett arbete.

Försäkringskassan har ett samordningsansvar. Detta ansvar omfattar uppdrag att samordna medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering för personer där arbetsförmågan är nedsatt till följd sjukdom och som omfattas av socialförsäkringen. Försäkringskassan är den myndighet som har det övergripande ansvaret för att en rehabilitering kommer tillstånd (Nationell psykiatrisamordning S 2003:9). Detta ansvar innebär inget utföransvar för försäkringskassan, utan snarare ett uppdrag att övervaka, koordinera andra aktörers insatser. Samordningen omfattar avstämningsmöten och upprättande av rehabiliteringsplan. Den rehabiliteringsplan som upprättas av försäkringskassan har främst syftet att se till att den försäkrade får den rehabilitering som är nödvändig för att kunna återgå i arbete inom ett år.

Vårt svenska system är inte optimalt när det gäller rehabilitering, framförallt inte ur ett brukarperspektiv. Processen är ofta inte sammanhållen. Det är komplicerat att samverka i ett område där gränserna är olika, utifrån individuella behov. Detta innebär att det ställs höga krav på berörda myndigheter att åstadkomma ett tätt samarbete, bibehålla den "röda tråden", där ansvariga aktörer har en hög flexibilitet och villighet att samverka snarare än att fokusera på gränsdragning.

Nuvarande organisation och berörda myndigheters tolkning av gällande regelverk motverkar ofta sådant arbetssätt. Nationell psykiatrisamordning publicerade 2006 en utredning kring hindren för en framgångsrik rehabilitering med förslag till ett stärkt rehabiliteringsstöd. Några av slutsatserna man drog var; att många aktörer utreder och bedömer. Ofta görs detta utifrån ett organisationsperspektiv tex i syfte att bedöma vilken rättighet den enskilde har en speciell insats. Detta i motsats till att utreda vad som kan hjälpa personen i riktning mot det egna målet. Många aktörer är också bra på att vägleda och länka. Däremot saknas aktörer som är villiga att arbeta aktivt och praktiskt med ett rehabiliteringsstöd. Organisationernas behov och intressen styr valet av insatser i högre

grad än individuella behov hos de personer som behöver rehabilitering (Nationell psykiatrisamordning S 2003:9).

I Halland har man arbetat fram ett länsövergripande avtal i syfte att klargöra ansvarfördelning och vikten av att samverka inom området (se bilaga 1). Detta avtal träder i kraft i januari 2009.

REHABILITERINGSPROJEKTET STARTEN

Initiativet till projektet togs av psykiatrichef Lars-Olof Ljungberg. Han har ett stort engagemang för utvecklingsfrågor, såsom brukarinflytande, utveckling av kunskapsbaserad rehabilitering och samverkan med andra myndigheter. Lars-Olof Ljungberg är också engagerad internationellt i dessa frågor.

Utvecklingsbehoven inom vården och stödet till personer med psykiska funktionshinder har uppmärksammats både nationellt och regionalt. Flera utredningar, Psykiatrireformen(1) och Nationell psykiatrisamordning(2) tillsattes i syfte att tydliggöra utvecklingsbehoven vad gäller vård och stöd till personer med allvarlig psykisk sjukdom och åtföljande funktionsnedsättningar. En internationell rådgivningsgrupp IAB (International Advisory Board) inbjöds till psykiatrin i Halland i syfte att ge konsultation och rådgivning inför det framtida utvecklingsarbetet. Vid IAB:s första besök i Halland april 2004 skrev man följande i sin rapport; *Det finns verksamheter och personal med kompetens och entusiasm inom området psykiatrisk rehabilitering. Övergripande råder det dock en kunskaps-, resurs och samverkansbrist inom området.*

Lars-Olof Ljungberg tog upp frågan om utveckling av kunskapsbaserad rehabilitering i psykiatris ledningsgrupp och med socialcheferna i länet. Den 24 januari 2005 fattade socialcheferna och Lars-Olof Ljungberg med stöd från politiker över partigränserna i Psykiatrinämnden och i Region Halland(3) ett gemensamt beslut om att använda de statliga länsmedlen från Miltonutredningen till en gemensam utvecklingsåtgärdsplan på Kunskapsbaserad rehabilitering.

Vid samma tillfälle beslutades att upprätta ett samarbetsavtal med Center for psychiatric rehabilitation, Boston University med professor Marianne Farkas som projektets vetenskapliga rådgivare. De statliga projektmedlen omfattade totalt 12 585 000 kronor. Värt att nämna är att Halland är det enda län i landet som beslutade om en större kunskapsbaserad åtgärdsplan. Övriga län spred sina länsmedel på olika projekt.

Rehabiliteringsprojektet i Halland startade våren 2005. Undertecknad anställdes som projektledare. *En chef inom socialtjänsten uttryckte sig så här: Jag ser att vi har ett utvecklingsbehov. Jag hoppas att våra medarbetare ska komma tillbaka efter utbildningen engagerade och kritiska. En chef inom psykiatrin uttryckte sig så här: Allt för ofta bemöts patienter som barn av personalen. Jag vill se att man möter patienter som vuxen till vuxen.*

(1) Psykiatrireformen (SoU 1992:73) om "Psykiskt stördas villkor"

(2) Under hösten 2003 tillsattes utredningen Nationell psykiatrisamordning som leddes av Anders Milton.

(3) Socialcheferna var Eva-Britt Apelvi, Gunnel Pettersson, Annika Larsson-Maspers, Owe Wigren, Jan Dickens, Bengt Andersson och Björn Jingblad. Ansökan om länsmedel undertecknades av Christina Nillius i Psykiatrinämnden och regiondirektör Martin Andrae, Region Halland.

Projektledaranställningen mötte vissa problem inom psykiatrins organisation. Hallands läkarförening markerade en tveksamhet. *Någon läkare som var närvarande vid anställningsintervjun gjorde följande uttalande; Jag vill försäkra mig att du inte tror att du kan komma hit och bestämma.* Lars-Olof Ljungberg hänvisade till att frågan varit uppe för diskussion och beslut i psykiatrins ledningsgrupp. *Detta har sedan dess varit en fråga som väckt stort intresse inom psykiatrin; Hur såg processen ut som föregick detta beslut? Hade det varit en fråga för diskussion? Var det väl förankrat? Kände övriga ledamöter i PLG sig delaktiga? Samtyckte övriga ledamöter av andra skäl än att man såg behovet av denna utveckling? Insåg man ambitionsnivån i det beslut man hade fattat?*

Arbetsförmedlingen och försäkringskassan inviterades till att bli delägare i projektet. Men de båda organisationerna avvisade erbjudandet och hänvisade till att man inte ansåg att det fanns något internt behov av kompetensutveckling inom rehabiliteringsområdet. Arbetsförmedlingen uttryckte också tvivel kring målgruppen och det egna ansvaret och hänvisade till att personer med psykisk sjukdom generellt står långt ifrån arbetsmarknaden. Beslut fattades om att driva projektet även utan arbetsförmedlingens och försäkringskassans deltagande, men med ambitionen att hålla dem välinformerade.

I augusti 2005 startade projektet officiellt med ett tvådagars startseminarium. 103 personer från olika håll i länet deltog. Föreläsare var bland flera, Angelika Ott, Anne Asp och Göran Wassby (alla tre med egen erfarenhet av psykisk sjukdom och återhämtning). Dessutom deltog Marianne Farkas, professor vid Boston university, David Rosenberg, FoU Västernorrland samt Kerstin Evelius, Nationell psykiatrisamordning. Några uttryckte att *detta seminarium angav tonen inför det kommande utvecklingsarbetet.* Brukare och anhöriga var mycket positiva. Men det fanns också kritiska röster. Någon uttryckte sig så här; *"det här gav inget nytt under solen"*. Om Angelika Ott som berättade sin egen återhämtningsberättelse gavs följande kommentar; *"Angelika är för bra, hon tillhör inte målgruppen"*. Två personer med egen erfarenhet som deltog i en diskussionsgrupp tillsammans med personal, var upprörda efteråt. De hade upplevt att övriga deltagare inte hade tagit deras diskussionsinlägg på allvar.

PROBLEMFÖRMULERING

Uppstarten fokuserade på att identifiera utvecklingsbehoven. *Men vilket var problemet och vem hade positiva förväntningar? Fanns det en gemensam bild av problem och utvecklingsbehov? Var det att allt för få personer med psykiska funktionsnedsättningar erbjöds stöd att förändra sina liv, att en stor andel av de samhällsbaserade resurserna istället fokuserade på att hjälpa människor att upprätthålla sin livssituation? Var det att begreppet återhämtning var okänt? Var det att ingen hade ett tydligt ansvar att följa personen genom en rehabiliteringsprocess? Var det att få personer med psykiska funktionsnedsättningar erbjöds stöd i reella miljöer för tex studier eller arbete? Eller var det att samarbetet mellan socialtjänst och psykiatri på sina håll var bristfällig?*

Nationella utredningar och psykiatrins konsulterande IAB (International Advisory Board) påtalade behovet av utveckling inom området. Man lyfte upp frågor såsom, behovet av *kunskapsbaserade metoder, resursfördelning, tydliggjord ansvarsfördelning, brukarinyftande, egenmakt, stärkt samverkan och en stärkt "arbetslinje"*.

Brukare och anhöriga uttryckte ett tydligt behov av utveckling och ett missnöje med bristen på tillgång till ett sammanhållet rehabiliteringsstöd. Brukare upplevde sig ensamma och *lämnade åt sig själva* i sin rehabiliteringsprocess. Anhöriga upplevde en *avsaknad av hopp* om återhämtning i den vård och stöd som erbjöds deras nära.

Det fanns uttalade förväntningar från initiativtagarna till projektet. Ambitionen var att genom gemensam utbildning, *gemensamt språk* i rehabiliteringssammanhang stärka samarbetet och förbättra rehabiliteringsstödet till målgruppen. Dessa förväntningar återspeglades på sina håll också på mellanchefernivå.

Men det fanns också ett visst missnöje med initiativet, framför allt från psykiatrin. *De såg inte behovet av utveckling/förändring inom den egna organisationen alternativt inom det egna ansvarsområdet*. Det fanns undantag både på chefsnivå och bland medarbetare. Men bilden av det upplevda utvecklingsbehovet inom psykiatrin kan liknas vid "öar". Generellt fanns det ett större intresse från socialtjänsten.

Förändringsarbete kräver en klar definition av problemet i konkreta termer (Watzlawick, Weakland, Fish 1974). Det rådde olika bilder av problem och utvecklingsbehov inom de båda myndigheterna socialtjänsten och psykiatrin, men också inom olika nivåer i organisationerna.

Slutgiltig problemformulering (november 2005)

Vård- och stödsystemet baserar på att stabilisera och upprätthållande snarare än på en vision om återhämtning. Det saknas ett gemensamt förhållningssätt, språk och metoder för rehabilitering. I tre kommuner i länet är tillgången till rehabilitering näst intill obefintlig. I de övriga tre kommuner finns inom rehabiliteringsverksamheterna ett behov av att implementera nya metoder baserad på aktuell forskning. Få personer med psykiska funktionshinder får hjälp att komma vidare, till egen bostad, ut i arbete eller till studier.

Denna problemformulering var resultatet av ett stort antal kontakter med berörda personer inom området. Men fortfarande rådde olika uppfattningar huruvida det var rätt att prioritera området rehabilitering.

MÅLGRUPPSINVENTERING

En inventering av målgruppen genomfördes i hela länet under våren 2006. Detta var första gången en inventering genomfördes på samma sätt, samtidigt i hela länet. Syftet med inventeringen var att förbättra kunskapen om målgruppen i relation till faktorer som levnadsförhållande, behov och önskemål. Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) föreskriver att kommunens socialnämnd ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållanden för människor med funktionshinder. Ett lämpligt tidsintervall på denna typ av inventeringar kan vara tre – fyra år. Den ökade kunskapen om målgruppen avsåg att förbättra underlagen och ge möjlighet till bättre planering vad gäller insatser till målgruppen. Totalt identifierades 1223 personer. Inventeringen bestod av två enkäter, en ställdes till personal inom psykiatri och socialtjänst och en till brukare. Av totalt 1508 svar inkom 474 från brukare. Resultaten av inventeringen presenterades i sex rapporter, en för varje kommun. I

korta drag framkom att många var nöjda med sin boendesituation. De flesta hade en egen bostad. Endast ett fåtal saknade en bostad. 65% var ensamboende. 25% hade barn under 18 år. 187 barn var hemmaboende. För mer än 70% var sjukersättning den huvudsakliga inkomsten. 10% uppbar socialbidrag till sin försörjning. En stor del av personalen var okunnig om sin klient/patients utbildningsnivå. Över hälften av gruppen saknade meningsfulla dagliga aktiviteter. Över 80% befann sig utanför arbetsmarknaden. Mindre än 5% hade en anställning på den öppna arbetsmarknaden. Personalen gjorde bedömningen att över 75% hade ett behov av förändring i sin livssituation. *Dagliga aktiviteter* och *vänner/social kontakt* var två av de livsområden som personalen oftast identifierade som förändringsområden. I 85% av svaren från brukare hade man markerat ett behov av förändring i den egna livssituationen. De två livsområden som brukare oftast identifierades som förändringsområden var; *hälsa* och *vänner/social kontakt*.

Målgruppsinventeringen genomfördes inom ramen för rehabiliteringsprojektet med hjälp av Lennart Jansson forskare vid Institutionen för Neurovetenskap i Uppsala. Ylva Berger, Psykiatri i Halland gjorde stora delar av planeringen, distributionen och datainsamlingen. FoU-enheten i Halmstad hjälpte till med skanning av enkäterna. Brukar- och närståendeorganisationer spred formulären till sina medlemmar. Kontaktpersoner både från psykiatri och socialtjänsten (två) i varje kommun gjorde ett gigantiskt arbete med att uppmuntra sina kollegor att besvara enkäten. De samlade in och gick igenom varje enkätsvar så att den var rätt ifylld.

BERÖRDA VERKSAMHETER

Systemet av vård och stöd till målgruppen bestod av följande verksamheter i länet:

Kungsbacka, en psykiatrisk öppenvårdsmottagning, två biståndshandläggare, Regnbågens aktivitetscenter (sysselsättning), ett boendestödsteam och två boendeenheter.

Varberg, en psykiatrisk öppenvårdsmottagning, tre slutenvårdsavdelningar, ett SVK-team (särskilt vårdkrävande), Nätverket (sysselsättning och rehabilitering), ett boendestödsteam, fyra boende enheter, två biståndshandläggare.

Falkenberg, en psykiatrisk öppenvårdsmottagning, en mindre träffpunktsverksamhet, ett boendestödsteam, Falkgruppen (arbetsrehabilitering) och en boendeenhet. I Falkenberg fanns vid tillfället också länets enda Fontänhus.

Hylte, en psykiatrisk öppenvårdsmottagning samt Fyrklövern (sysselsättning och boendestöd).

Halmstad, flera öppenvårdsenheter (men en som i huvudsak riktar sig till personer med psykossjukdom PR-teamet), ett SVK-team, slutenvårdsavdelningar, Allt under ett tak (sysselsättning och rehabilitering), två boendestödsteam (det ena med träffpunktslokal) och fyra boendeenheter samt fyra biståndshandläggare.

Laholm, en psykiatrisk öppenvårdsmottagning, en träffpunktsverksamhet och en biståndshandläggare.

I fem av kommunerna fanns nio personliga ombud. I Hylte fanns inte något personligt ombud. I någon kommun omfattade ombudsrollen rehabiliteringsliknande komponenter.

Sammanlagt omfattades ca 45 direkt berörda verksamheter, 45 chefer, 10 psykiatriker och 320 personal.

SYFTE

Rehabiliteringsprojektet syftar till att öka kännedom och kunskap om återhämtning och rehabilitering samt att öka tillgången till rehabilitering för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

UPPDRAG

Att verka för en förändring i förhållningssättet, där återhämtning ses som en självklar möjlighet för alla som drabbats av psykisk sjukdom och åtföljande funktionsnedsättningar.

Att etablera en kunskapsbaserad psykiatrisk rehabilitering i samverkan mellan psykiatri och socialtjänst inom alla kommuner i länet.

Att öka kännedom, kunskap och kompetens om återhämtning och rehabilitering bland personal, brukare och anhöriga.

Att inrätta ett samverkansforum med deltagare från alla viktiga parter, sätta rehabilitering på dagordningen och tillsammans upprätta planer för det lokala utvecklingsarbetet inom området i samverkan.

Att verka för ökad tillgång till rehabilitering och förbättrade levnadsförhållande för målgruppen.

ORGANISATION

Utvecklingsarbetet har skett med ledning av en projektledare (med en omfattning av 80 – 100% av heltidstjänst) och fem utbildare i psykiatrisk rehabilitering som alla arbetat deltid i olika omfattning under projektiden (sammanlagt mindre än 1,75% av en heltidstjänst). Samtliga är utbildade av Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University. Närmsta ledning har varit psykiatrichef Lars-Olof Ljungberg och under projektets sista år nytillträdd psykiatrichef Anette Falkenroth. Länsövergripande frågor har lyfts upp till socialchefernas samverkansmöten. Detta är en grupp till vilken psykiatrichefen adjungeras.

Samtliga frågor av lokal natur har ägts av de lokala styrgrupperna (en grupp i varje kommun). De lokala styrgrupperna har bestått av chefer från berörda verksamheter inom socialtjänst och psykiatri. I någon grupp har också Försäkringskassa och Arbetsförmedling varit representerade. Slutligen har också brukar- och närstående representanter deltagit i några grupper.

Vetenskaplig rådgivare har varit dr Marianne Farkas, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.

Under projekttiden har Eva Jonsson, Falkenbergs kommun och Ylva Berger, psykiatri, landstinget Halland varit länsrepresentanter i kontakten med Socialstyrelsen.

Psykiatri har haft ansvaret för anställning av projektledare och utbildare. Psykiatri har också bidragit med kringresurser som sekreterare, controller, utredare och personalstrateg.

METOD

I - IV

Merparten av kunskapsinhämtningen till projektet har skett från Center for psychiatric rehabilitation, Boston university samt från Dartmouth medical school and psychiatric research center. Vid Center for psychiatric rehabilitation har *Anthony, Farkas, Cohen och Gagne* utvecklat ett **förhållningssätt** och en **process** för psykiatrisk rehabilitering, **Välja-skaffa, behållamodellen**. Vid Dartmouth, Medical school and research center har *Bond, Becker* och *Drake* utvecklat den metod för Supported employment som omnämns IPS (Individual Placement and Support). IPS är en av tio interventioner/metoder till personer med psykiska funktionsnedsättningar som erhållit status i USA som *evidence based practice*. Andra viktiga källor till kunskap om återhämtning har varit *Harding, Topor, Deegan, Coleman* m.fl.

I FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Förhållningssättet omfattar **filosofi, principer** och en rad **grundläggande värderingar**.

Filosofi

Personer med psykisk sjukdom och åtföljande funktionsnedsättningar behöver hjälp att utveckla personligt viktiga *färdigheter* och *stödresurser* för att klara övergången in i önskade roller och leva upp till de krav som ställs från omgivningen i ett specifikt sammanhang.

Principer för rehabilitering innebär att ta utgångspunkt i;

Återhämtning som en möjlighet för alla som vill.

Hopp och framtidsorientering. Att drabbas av psykisk sjukdom innebär för många en total rekapulation inför livet. Upplevelsen kan vara att man förlorar sin framtid. Många förlorar sitt hopp och ibland är erbjudet om att vara ett "vikarierande hopp" den bästa strategin. Det handlar inte om att överösa personen med entusiastiska förslag, utan om att stå kvar, vara beredda att ta del av och dela personens smärta, att vara "intonad" med personen, inte ge upp utan förbli och förhålla sig hoppfull.

Personens drömmar, önskemål och egna val. Rehabiliteringen kan starta i en persons drömmar inför den egna framtiden. För någon kan det handla om att ta körkort och köpa en bil. För någon annan om att hitta en livskamrat och bilda familj. Ibland träffar vi personal som säger; *Mina klienter/patienter vill ingenting.* Hos många av dem vi träffar finns drömmarna i ett "stängt rum". Det har kanske gått en lång tid, man har inte öppnat den stängda "dörren" på länge. Kanske har man glömt bort hur man gör det eller kanske har man någon gång gjort det och blivit sårad. För oss som arbetar med personen är detta ett viktigt steg. Många gånger handlar det om att skapa en relation som bygger på förtroende och hoppfullhet. Det handlar om att bygga en relation på personens egna villkor, om att ge tid, att vänta och sedan att bekräfta minsta uttryck för drömmar eller tankar om framtiden. Så småningom växer personens egen kraft sig starkare. Man vågar lite mer. Drömmarna blir till önskemål och sedan till konkreta mål. Personens egna val och aktiva deltagande är avgörande i en rehabilitering.

Personens styrkor och resurser. Rehabilitering fokuserar på att stärka det som fungerar, snarare än att kontrollera det som inte fungerar, som negativa beteende, problem eller svårigheter. Personens styrkor och resurser står i centrum. Alla människor är bra på något. Det handlar om att se människan bakom sjukdom och symtom. *Vad är just Peter bra på? Han älskar att köra bil och är jättebra på att hitta till olika adresser i Malmö.* I rehabiliteringsarbetet är vi också fokuserade på personens intresseområden. Styrkor och intressen utgör en grund och ger en god vägledning för det fortsatta arbetet.

Hinder inom ett område säger inget om hur det fungerar inom ett annat område. Detta är en princip som ger stöd åt tanken att det finns en plats för alla. En plats där personliga resurser kommer till sin rätt, där man kan trivas och utvecklas. Denna princip åskådliggörs lätt genom ett exempel. Vi föreställer oss en gravt rörelsehindrad person med intellektuella resurser och en teknisk utbildning. Han kan efter sin skada endast röra sin mun. Med rätt hjälpmedel och en dator kan hans intellektuella resurser tas tillvara och han kan utföra ett högteknologiskt arbete endast med hjälp av sin mun. I sitt hem är han i behov av stödinsatser stora delar av dygnet. Men på sitt jobb är han en framgångsrik yrkesutövare. På samma sätt är det för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Man kan ha en hög funktion i ett sammanhang och vara oerhört begränsad i ett annat.

Fokus på ökad kompetens och funktionsförmåga. Rehabilitering handlar också om att hjälpa människor lära sig nya färdigheter kopplade till en önskad roll och miljö. *I min roll som projektledare för Rehabiliteringsprojektet i Halland finns det en rad färdigheter, tex köra bil, tala inför en grupp, planera en verksamhetsbudget.* Kopplat till alla roller finns en rad färdigheter. En del saker kan man redan, andra behöver man lära sig. Vad man behöver lära sig är individuellt. I rehabiliteringsarbetet fokuserar vi på att ta reda på individuellt viktiga färdigheter. För en kvinna i Kungsbacka handlade det om att; *planera sin vecka, och prioritera bland veckans aktiviteter.*

Stöd så länge personen önskar och behöver i önskad miljö. Att bli självständig är inget självklart syfte vad gäller rehabilitering. Tanken är snarare den att alla människor är i behov av stöd för att fungera i olika sammanhang. Syftet med rehabilitering är snarare att stödja människor att bli delaktiga i samhällsgemenskap med andra. Många personer som har drabbats av allvarliga psykiska funktionshinder har behov av ett livslångt stöd. Ibland handlar det om hjälpmedel av olika slag och ofta om mänskligt stöd. Tanken på att avsluta

stödet till en person som drabbats av ett fysiskt funktionshinder i behov av rullstol är absurd. "Nu har du haft din rullstol i 10 år, då är dags att lämna tillbaka den". Ändå är det inte ovanligt att det är just så här vi tänker när det gäller stöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar. "Nu har du haft ditt stöd så länge, det är dags att du klarar dig själv!" Detta kan vara en orsak till att människor glider tillbaka. En annan sak som är viktig när det gäller stödet, är att stödet följer individen. Traditionellt har vi skapat "växthus" för människor med psykiska funktionsnedsättningar. Den modellen kallas *train – place*. Man tränar först olika färdigheter, sedan ska man ut i samhället. Forskning visar att våra system har inlåsnings effekter, människor stannar kvar och kommer inte vidare. Traditionellt har man inte erbjudit människor ett mobilt stöd som följer personen vidare, steget ut har oftast inneburit att personen har förlorat sitt stöd. Aktuell forskning rekommenderar nu en ny modell, *place and train* som innebär att personen snabbt går ut i den önskade miljön och att rehabiliteringsstödet följer personen dit. Om en person har som mål att studera på Löftadalens folkhögskola kan det vara avgörande för studieresultatet att stödet följer personen dit. Forskning visar att fler människor når sina livsmål i denna modell, *place – train*.

Beroende kan leda till självständighet. Traditionellt är vi inställda på att för mycket stöd kan leda till hospitalisering/passivering. Denna princip bygger som de övriga på mångårig forskning. Slutsatsen man dragit är att människor blir självständiga och vågar släppa taget när de är redo. Det händer att vi hjälper för mycket, att vi hjälper fel. Det händer också att vi erbjuder för lite stöd med resultat att det kan vara svårt för personen att "ta steget ut".

Professionella ska kliva tillbaka från expertrollen. Vi som är professionella behöver en ödmjukhet i vårt yrkesutövande. Vi behöver "ta ett steg tillbaka" i vårt eget yrkesutövande och skapa ett utrymme för personens egen kompetens. Vi ska bemöta personen som expert på sitt eget liv och på sin egen återhämtningsprocess.

Grundläggande värderingar för rehabilitering

Personorientering	– Fokus på hela människan
Funktionsförmåga	– Fokus på att utföra vardagliga aktiviteter
Stöd	– Fokus på att ge hjälp så länge det behövs och önskas
Miljöspecifikation	– Fokus på den miljö i vilken personen bor, arbetar, studera eller umgås
Delaktighet	–Involvera personen som en fullvärdig "medarbetare" i sin rehabilitering
Valfrihet	– Fokus på personens preferenser
Resultatinriktning	– Fokus på att förbättra funktion och utvärdera i termer av utfallet för personen
Utvecklingspotential	– Fokus på att öka personens framgång och tillfredsställelse

Antony, Cohen, Farkas, Gagne 2002

II REHABILITERINGSPROCESSEN

Rehabiliteringsprocessen; *Välja-, skaffa- och behållamodellen*. Processen kan enklast beskrivas genom att man bryter ner den i fyra faser, *för-rehabilitering, diagnos, planering* och *intervention*.

Att skapa kontakt			
↓			↓
För-rehabilitering	Rehabiliteringsdiagnos (kartläggning)	Rehabiliteringsplanering	Rehabiliteringsintervention (åtgärd)
Bedöma beredskap	Övergripande Rehabiliteringsmål	Upprätta en rehabiliteringsplan	Färdighetsutveckling
Utveckla beredskap	Funktionsbedömning		
	Resursbedömning		Resursutveckling
↑			↑
Case management			

Antony, Cohen, Farkas, Gagne 2002

Att skapa kontakt

Rehabiliteringsprocessen föregås alltid av ett upprättande av en bärande kontakt, en samarbetsallians. Kursdeltagare lär sig vikten av att skapa nära relationer, inte privata relationer utan personliga relationer. Många personer med allvarliga psykiska funktionshinder har svårigheter att skapa kontakt med andra. I rehabiliteringsmaterialet finns teknik/redskap som ger stöd i kontaktskapandet. Detta material omfattar; att visa förståelse, urskilja behov av närhet, inspirera, vara öppenhjärtig och att be om information.

Livsområden

Livsområden för förändring, boende(levnad), arbete, studier eller socialt umgänge, väljer personen själv. Erfarenheten är att det är svårt att arbeta med flera levnadsområden samtidigt.

Manualer och arbetsblad

Denna process och teknik för rehabilitering utvecklad vid Boston university är manualbaserad. Det finns en manual och ett antal arbetsblad kopplad till varje steg i processen. Personen erbjuds alltid att fylla i arbetsbladen själv. Arbetsbladen fungerar som dokumentation och de ägs av personen själv. Så här sa en person som deltagit som "träningssklient" i rehabiliteringsutbildningen, om att fylla i arbetsbladen; *Problem och lösningar blir mer konkreta när man ser dem på papper!*

Plats för rehabilitering

Rehabiliteringsprocessen omfattar samtal och aktiva övningar. Personen väljer själv var någonstans samtalen ska ske. Ibland äger de rum i personens hem, ibland i en myndighetslokal eller "på stan". För en del kan det fungera att göra saker samtidigt som man pratar, tex att *åka bil* eller att *promenera*. En del övningar görs gemensamt. Andra övningar kan vara uppgifter för personen att träna hemma på mellan samtalstillfällena.

Rollen som rehabiliterare

Rollen som rehabiliterare påverkas av uppdraget i den verksamhet man arbetar i. Uppdraget i en verksamhet kan innebära att personalen kan stödja en person i delar av eller genom hela rehabiliteringsprocessen. Ett exempel kan vara; *Hemteam i Kungsbacka som ofta hjälper sina klienter att träna vardagliga färdigheter. Deras uppdrag överensstämmer tydligast med "behålladeln" i rehabiliteringsprocessen.* En verksamhets uppdrag kan också vara kopplat till ett levnadsområde. *Ett exempel kan vara; Falkgruppen i Falkenberg som erbjuder arbetslivsorienterad rehabilitering.* Oavsett uppdraget omfattar rollen som rehabiliterare alltid att coacha personen. I rehabiliteringsmaterialet finns teknik/redskap (ex. ge respons på känslor, orientera till olika steg i processen, be om mer information och uttrycka en avvikande mening) som ger stöd i detta.

Hur ofta, hur länge

Det är individuellt hur ofta personen och rehabiliteraren träffas, hur långa samtalen är och hur lång tid en hel process tar. Det är personens egna val som styr, vanligt är att man träffas en timme per vecka och att en process omfattar 1 – 1½ år. Många har inte heller behov av att "gå igenom" alla steg i processen. Processen anpassas till personen och man börjar där han/hon är (personen har kanske redan en målsättning, när man har stämt av målet med personen kan man starta med att göra en funktionsbedömning).

Faserna

I *För-rehabiliteringsfasen* hjälper rehabiliteraren personen att bedöma sin beredskap till förändring. I det fall personen inte har någon beredskap men ett behov av förändring, så erbjuds stöd i att utveckla beredskapen. Strategier för att utveckla beredskap är individuella. Kanske har personen lågt ställda förväntningar kring sin egen framtid, kanske finns det mycket smärta och trauman eller kanske saknar personen erfarenhet av förändring. Tillsammans arbetar man fram en strategi för att öka beredskap till förändring. När denna är planerad och genomförd görs en ny bedömning av beredskapen för att ta reda på om denna har ökat. Många personer med psykiska funktionsnedsättningar har en låg beredskap till förändring. Om man hoppar över denna fas kan det vara svårt för personen att bli delaktig i sin egen process.

I *Diagnosfasen* fastställer personen sitt *rehabiliteringsmål*. Detta är en process som innehåller en kartläggning av personliga önskemål och en undersökning av alternativa miljöer. Ibland gör personen undersökningen själv, ibland gemensamt tillsammans med rehabiliteraren. Ett rehabiliteringsmål ska vara konkret. Det innehåller en *roll*, en *miljö* och en tidsperiod ex; *Jag ska arbeta som projektledare för Rehabiliteringsprojektet i Halland från februari 2005 – december 2008.* På så sätt blir målet mätbart, personen vet när det är uppnått. *Själv vet jag att mitt mål snart är uppnått.* Ett rehabiliteringsmål kan fungera som det övergripande mål som organiserar alla vård och stödinsatser. Om personens mål är att klara att bo i en egen lägenhet kan alla insatser syfta till att stödja detta mål. Erfarenheten är att det är vanligt att olika aktörer arbetar med olika mål och att det är svårt för en person att engagera sig i flera processer samtidigt. I diagnosfasen görs också en *Funktions- och en Resursbedömning*, dessa görs i relation till målsättningen. Man tar reda på exakt vilka färdigheter och stödresurser som är kritiska och personligt viktiga. Det finns ett syfte med att starta med målsättningen den används som en "hävstång" för det fortsatta arbetet. När personen har stakat ut riktningen ökar viljan och meningsfullheten med att arbeta med att öka sin funktionsnivå. Ytterligare ett syfte med denna ordning och det är att

funktionsbedömningen kopplas till **en** önskad roll och miljö. Avsikten med detta är att öka hanterbarheten för personen, det upplevs ofta mer greppbart att inte behöva bli bra på allt.

I *Planeringsfasen* upprättas en plan utifrån den information som framkommit under Diagnosfasen. Planen ska identifiera färdigheter och stödresurser och hur dessa ska prioriteras i syfte att personen ska kunna nå sitt mål.

I *Interventionsfasen* utnyttjas framförallt två olika typer av åtgärder: *Färdighetsutveckling* och *Resursutveckling*. I Färdighetsutveckling utgår man ifrån informationen som framkommit i Funktionsbedömningen. Personen får hjälp att lära sig använda en färdighet alternativt träna sig på att använda den på rätt sätt. I Resursutveckling utgår man ifrån den information som framkommit i Resursbedömningen. Personen får hjälp och stöd att bli "länkad" till rätt stöd eller att modifiera och anpassa redan befintligt stöd så att det stämmer överens med behov och önskemål.

III CASE MANAGEMENT

Case management (rehabiliteringsorienterad case management) kan ha flera syften. Insatsen kan syfta till att stödja en person i arbetet med att finna lösningar när ett problem uppstår och det finns ett hinder för den fortsatta rehabiliteringen. Exempel på sådana hinder kan vara *sömnbrist, missbruk, ekonomiska svårigheter*. Case management kan också användas som en intervention i slutfasen av rehabiliteringsprocessen i syfte att utveckla stöd eller till att verka för förbättringar av stödet för målgruppen i större sammanhang.

IV SUPPORTED EMPLOYMENT

Studier har visat att de flesta personer med psykiska funktionsnedsättningar vill ha ett arbete (Presidents New Freedom Commission on Mental Health 2003). *Supported employment, individuellt stöd i arbete* är en rehabiliteringsmetodik som syftar till att göra vanliga arbeten tillgängliga för alla oavsett funktionshinder. Metodiken bygger på *place-train-modellen* och innebär att personen snabbt ska ut till en reell arbetsmiljö. Principerna för supported employment innefattar också att arbetet ska vara avlönat och att rehabiliteringsstödet ska följa personen till arbetsplatsen och pågå så länge som det finns behov. På arbetsplatsen ska det också bland kollegorna utses en mentor. Arbetscoachen ska erbjuda stöd både till personen, till mentorn och till arbetsplatsen. Erfarenheten visar att stödet till arbetsplatsen är viktigt och uppskattat

När det gäller supported employment så har Rehabiliteringsprojektet inhämtat metoder från Dartmouth Medical School and Research Center och från Boston University.

UTVECKLINGSARBETET

AKTIVITETER UNDER TIDEN FÖR PROJEKTET

Hö	05	Kontakt med alla berörda Inrättande av styrgrupper ansvariga för det lokala utvecklingsarbetet Bedömning av utvecklingsbehov Startkonferens Upprättande av en utvecklingsplan Utbildningsstart, kompetensutbildning
06	07	Fortsättning kompetensutbildning Kännedomsutbildning i alla kommuner Målgruppsinventering Upprättande av lokala utvecklingsplaner Utbildning i samtalsmetodik Utbildning till personal i särskilda boende Två dagars konferens i Varberg om arbetslivsriktad rehabilitering Översiktsföreläsningar i slutenvården Utbildning till personal i psykiatri
07	08	Certifiering för kursdeltagare i den första utbildningsgruppen (18 månader) Ny kompetensutbildning Nya kännedomsutbildningar Supported Employment Psykiatrin upprättar ett policydokument för det interna utvecklingsarbetet En samordningsplan för stöd och rehabiliteringsinsatser tillskapas Verksamhetskonsultation i 11 verksamheter 2 dagar med Ron Coleman och Martin Sternhufvud – om recovery Metodhandledning i 16 verksamheter Utbildning till personal i slutenvården Utvärdering, Lunds universitet (start hösten 07) Avslutning av projektet (dec 2008)
Vå	10	Utvärderingen pågår under sammanlagt 3 år och avslutas under vid halvåret 2010.

FÖRSTA ÅRET

Projektets första år handlade om att skapa kontakt med alla berörda parter, chefer på olika nivåer, medarbetare, politiker, brukare, anhöriga och med verksamheter som vände sig till målgruppen. Första fasen i utvecklingsarbetet hade fokus på att skapa samarbetsallianser med alla berörda, bekräfta god kompetens och bra arbetsmetoder som redan fanns samt att kartlägga önskemål, problem och utvecklingsbehov. Det handlade om att stärka viljan och engagemanget genom att inspirera, förmedla hopp, ge respons på känslor och visa på möjligheter.

Under denna tid lärde vi oss mer om systemet och de berörda parterna i länet. Utvecklingsbehoven tydliggjordes ytterligare. Ansvarsfrågan var ett område där det fanns behov av klargörande, något som lyftes fram speciellt av medarbetare från psykiatrin. I olika sammanhang processades denna fråga. Nationella riktlinjer, beskrivna under rubrik rehabilitering, gav utrymme för olika tolkningar kring gränsdragningar vilket skapade

förvirring. Gränsen speciellt mellan socialtjänst och psykiatri är otydlig. Det som klart framgick är att de fyra myndigheterna socialtjänsten, psykiatri, arbetsförmedling och försäkringskassa har ett delat ansvar.

Det rådde osäkerhet kring olika organisationer och verksamheters uppdrag, både den egna och andras samt bristen på kunskap kring syftet med olika insatser. Ex. *ibland talade personal i socialtjänsten om att man arbetade inom psykiatri och att man bedrev behandling. I syfte att klargöra och avgränsa området för rehabilitering klargjordes samtidigt också andra områden.*

Några exempel på klargöranden kring olika insatser till målgruppen;

Behandling som syftar till att bota alternativt minska symtomen av psykisk sjukdom, minska lidande samt till att befrämja personlighetsutveckling.

Krisintervention som syftar till att skapa trygghet för individen och omgivningen i farliga situationer.

Grundläggande stöd som syftar till att upprätthålla och bevara en livssituation och/eller en funktion för social grundtrygghet och överlevnad på lång sikt.

Rehabilitering som syftar till att övervinna eller minska de funktionsnedsättningar som följer av psykisk sjukdom samt att verka för ökad delaktighet och samhällsgemenskap med andra.

Andra viktiga stödresurser för personer med psykiska funktionsnedsättningar är också *somatisk vård, friskvård, rättighetskydd, case management* (problemlösning och vägledning i stödsystemet) samt *kamratstöd*.

En vision om återhämtning och ett rehabiliterande synsätt kan vara en gemensamt för alla dessa stödresurser. Personer med psykiska funktionsnedsättningar har multipla stödbehov. Erfarenhet visar att bäst resultat uppnås i de fall vi lyckas skapa ett sammansatt stöd av olika insatser som svarar an på en persons individuella behov .

Ett annat område inom vilket det rådde kunskapsbrist, var kännedom om kognitiva funktionsnedsättningar och vilka hinder dessa kan medföra. Under hela projektiden har frågan varit aktuell; ex *Handlar Lasses brist på initiativ om lathet, ovilja, brist på motivation eller kan det vara en följd av psykiska funktionsnedsättningar?* Denna typ av frågor har lagt grund för många värdefulla diskussioner.

Vidare lyfte personalen fram en avsaknad av dokument och rutiner för upprättande av gemensamma planer. Engagemanget för denna fråga var störst i Halmstad.

En annan fråga var huruvida utbudet av stödet till målgruppen utgick ifrån ett individperspektiv eller om det hade ett organisationsperspektiv. Exempel, *"Kalle vi har tre möjliga insatser i vår kommun. Det verkar som om du behöver struktur i din vardag, jag föreslår boendestöd". I jämförelse med, "Kalle vilket är ditt mål och hur kan vi stödja dig att nå ditt mål"?*

Viktiga faktorer i en behovsbedömning är bemötande liksom mobilisering av välfärdssystemets resurser och möjligheter. Ofta tillmäter man inte dessa aspekter tillräckligt stor betydelse i den individuella planeringen, med resultatet att förväntningar på full integration blir låga både från individen och från stödsystemet (David Rosenberg, 2004).

Utifrån de behov och önskemål som framkom under det första året upprättades en första utvecklingsplan för de interventioner projektet skulle bidra med.

I oktober 2005 startade den första utbildningen, en 18 månader lång *kompetensutbildning* för 21 medarbetare från Kungsbacka, Falkenberg och Laholm, av dessa var 18 anställda inom socialtjänsten och 3 inom psykiatrin.

Under hösten 2005 hölls tre kännedomsutbildningar, två i Halmstad och en i Varberg. Utbildningstillfällena omfattade 6-5 dagar. Deltagarna kom både från psykiatrin och socialtjänsten.

ÅR TVÅ OCH TRE

Projektets år två och tre präglades av *aktivitet*. Strategierna under uppstartsarbetet hade resulterat i att rehabiliteringsområdet hade hamnat i fokus. Det fanns en uppmärksamhet kring utvecklingsbehov inom området, det rådde entusiasm och hoppfullhet. Verksamheterna efterfrågade insatser från projektet. Det handlade i huvudsak om föreläsningar, kortare och längre utbildningar samt konsultation i utvecklingsarbetet. De flesta förfrågningar kom från socialtjänsten. Psykiatrins deltagande präglades av tveksamhet, ifrågasättande och brist på engagemang. Insatserna från projektet i relation till psykiatrin fortsatte därför att syfta till att inspirera och väcka intresse. Insatserna i relation till socialtjänsten hade då övergått till att handla om kunskapsförmedling.

I mars 2006 blev deltagarna i den första kompetensutbildningen certifierade. En stolt grupp hade tagit sig igenom en periodvis krävande 18 månader lång utbildning. Önskemålen inför framtiden varierade, några kursdeltagare önskade arbeta med rehabilitering andra inte. Många uttryckte behov av att smälta intrycken och prova att arbeta med metodiken innan man kunde ta ställning.

Detta är några kommentarer från deltagarna;

Utbildningen har gett mycket ny kunskap om hur jag kan arbeta tillsammans med min klient, lyfta fram en önskan, problem, bryta ner dem och besegra dem. Arbetet med min klient har varit roligt, feedbacken har varit positiv och den har gett mig energi. Min syn på personer med psykiatriska problem har förändrats. Rehabilitering är inget nytt, men jag har lärt mig att hålla en "röd tråd". Jag har fått ökade kunskaper om rehabilitering, om människor och om mig själv. Utbildningen har gett mig en ökad arbetsglädje. Jag har fått det bekräftat, att det finns hopp för alla. Man är inte sjuk i resten av sitt liv. Utbildningen har gett mig ett nytt sätt att tänka och tackla svårigheter. Jag har lärt mig att lyssna och ta till mig personens önskemål och värderingar.

För en del har tiden efter utbildningen varit komplicerad, stödet och förståelsen från en närmsta ledningen har varierat. Den nya metodiken och den nya rollen har av en del

kursdeltagare upplevts svår. För många är det lättare att fortsätta arbeta som tidigare med det som känns bekant. I några verksamheter har steget varit större än i andra, då den rådande kulturen sedan tidigare inte omfattar viktiga grundläggande komponenter som stöder rehabilitering, tex individuella samtal eller upprättade av individuella planer. Kursdeltagarna och deras verksamheter har erhållit stöd från projektet i form av metodhandledning och konsultation i hur man kan organisera rehabiliteringsarbetet.

Detta är några kommentarer ifrån träningsklienter till kursdeltagarna; Detta verkar "döbra", det är ingående och jag förstår var problemen ligger och att jag behöver stöd och hjälp. Jag tycker det är lättare att ta beslut. Jag tycker att jag fått bättre självförtroende och känner mig inte lika orolig. Jag upplever arbetet stimulerande och utvecklande. Det ger mig något som människa även om mitt mål är satt lite längre fram. Jag har piggnat till och mår bättre. Detta har varit intensivt, roligt, krångligt med svåra ord. Rehabiliteringen har hjälpt mig att komma underfund med mig själv och min egen inställning till arbete och fritid. Jag har provat andra terapier och det har inte fungerat, jag är tveksam till om Boston modellen men jag har inte haft självmodstankar och varit deprimerad som förut och jag vill trots allt fortsätta. D et har varit mycket upprepande och ibland har jag känt mig pressad, men ändå bra att gå igenom allt detta om mig själv. Det har varit mycket intressant att "bena upp" problemen på detta sätt. Jag har fått tänka och lära känna mig själv på ett nytt sätt. Jag har fått en ny syn på mig själv och min nuvarande situation. Vi har funnit vägar och lösningar till problem, som inte funnits på kartan tidigare.

Kännedomsutbildning med en omfattning mellan 2 – 6 dagar hölls i samtliga kommuner i länet. Sammanställningen av kursutvärderingen från dessa utbildningstillfällen resulterade i 3,9 på en skala mellan 5 (mycket nöjd) och 1 (missnöjd). Detta är några kommentarer från deltagarna; *Detta gav nya tankar i mitt arbete. Grupparbetena och möjligheten att diskutera med kollegor och samverkanspartners var mycket givande. Jag uppskattar det strukturerade arbetssättet, det är något att ta med sig tillbaka till arbetet. Detta gav hopp och inspiration. Jag vill veta mer. Nu förstår jag mer om vikten av att göra individuella planer. Enastående. Bra upplägg med föreläsning och övningar. Jag älskar "tänket"! Respektfullt om alla människors lika värde. Min vilja att förändra är mycket hög. Det känns som om vi har kommit flera steg på vägen. Jag hade velat att alla mina kollegor var här så att vi kunde skapa en samsyn.*

I Laholm fattade ledningen för socialtjänsten ett beslut om att inrätta tre nya tjänster och man startade arbetet med att bygga upp en ny rehabiliteringsenhet.

Under våren 2006 genomfördes en utbildning i rehabiliteringsinriktad samtalsmetodik. Kursdeltagarna kom från Nätverket i Varberg och boendestödteamet i Falkenberg. Detta är några kommentarer från deltagarna; *Jag har fått mycket att tänka på. Detta har gett mig mer struktur och bättre förutsättningar att hjälpa klienterna att nå sina mål. Jag behöver träna mer. Jag har uppskattat att kursledarna har lyssnat och gett oss tid att diskutera. Övningarna har varit bra, övning ger färdighet. Jag har fått en metod för att skapa en struktur i samtal. Vi har haft rolig!*

I april 2006 besökte Cheryl Gagne från Boston university några av rehabiliteringsverksamheterna i länet med syfte att ge konsultation och vägledning i utvecklingsarbetet. I juni samma år kom professor Marianne Farkas från Boston university och träffade styrgrupperna i länet.

Alla särskilda boenden i länet, i två i Kungsbacka, fyra i Varberg, ett i Falkenberg och fyra i Halmstad (som nu har utökats till fem) har erhållit utbildning i syfte att lära ut förhållningssätt som stödjer återhämtning och rehabilitering. Denna utbildning har varierat i omfattning mellan 5 – 10 dagar. Här är några kommentarer från deltagarna: *Det här var väldigt bra för vår grupp. Det här har väckt tankar om att börja arbeta på ett nytt sätt. Detta gav mersmak. Många självklarheter, men ändå mycket att tänka på. Jag har blivit uppmärksam på att jag har saknat tydliga målsättningar för vårt arbete.*

I oktober 2006 hölls en två dagars konferens om arbetslivsinriktad rehabilitering på sjukhuset i Varberg. Bland föreläsarna fanns Lies Korevaar professor i rehabilitering från Holland, Annika Bostedt, Jan Andersson och Siv Marell som talade om Sundsvalls samverkanssatsning på supported employment och supported education, Krister Nerman och Cecilia Areberg från Borrgatans arbetsrehab i Malmö. På konferensen deltog 238 personer från olika verksamheter i länet.

Samma månad startade en tio dagar lång utbildning riktad till medarbetare i psykiatri. 14 personer från Varberg, Hylte och Halmstad deltog i utbildningen. Syftet med utbildningen var att väcka deltagarnas nyfikenhet och lust att lära mer. Så här sa en medarbetare från psykiatri; *Det är detta som driver mig, men jag är rädd för att knäckas. Jag vill lära mig mer. Jag är intresserad av Boston metodiken. Jag vill att vi tydliggör vår (psykiatrins) roll i rehabiliteringen. Jag har fått en klarare bild av skillnaden mellan behandling och rehabilitering och jag vet nu att jag vill arbeta med behandling. Jag har ett rehatänk, detta är viktigt. Vi lär ut terapier men vi har nästan glömt att lära människor leva basala liv. Våra patienter skulle ha stor nytta av det här". När återhämtningen börjar gå framåt för mina patienter försöker jag undvika att personen träffar sin läkare. Någon gång har jag istället lyckats förmedla en läkarkontakt i primärvården".*

En *Plan för samordning av stöd och rehabiliteringsinsatser* (se bilaga 2) togs fram på uppdrag av styrgruppen i Halmstad. Planen syftar till att förbättra möjligheterna för den enskilde och kan användas av personer som vill arbeta för att förändra eller bibehålla sin levnadssituation. Denna plan har antagits av övriga styrgrupper i länet och den har av avtalsgruppen bilagts till avtalet som gäller från januari 2009 och ingår i de länsövergripande riktlinjerna.

Under våren och hösten 2007 gav Martin Sternhufvud psykiatrisjuksköterska från Halmstad tillsammans med Ron Coleman internationellt erkänd föreläsare, två endagars föreläsningar om återhämtning. Martin utmanade traditionerna inom den psykiatrisk vården och Ron berättade om sin resa tillbaka från en psykossjukdom. Deltagarna som både var personal och brukare bjöds på en stark känslomässig upplevelse.

I september 2007 startade en ny kompetensutbildning med 22 deltagare, fyra kom från psykiatri och övriga från socialtjänsten. Samtliga kommuner i länet var representerade. Denna kompetensutbildning kommer att avslutas i december 2008. Till denna utbildning var intresset större från medarbetare inom psykiatri. I Halmstad fick de medarbetare från psykiatri, som var intresserade, inte samtycke från ledningen.

I april 2007 startade en 6 månader lång utbildning i supported employment. De 20 kursdeltagarna som alla hade erfarenhet av att ha arbetat med sysselsättning eller arbetslivsinriktad rehabilitering, kom från Allt under ett tak och psykiatrins Affektiva enhet i Halmstad, Falkgruppen i Falkenberg, Rehab och sysselsättning i Varberg samt Regnbågens aktivitetscenter i Kungsbacka. Deltagarna i denna kurs erbjöds att efter utbildningen göra en integrationsuppgift. Sex kursdeltagare valde att göra detta och kommer därmed att bli certifierade i december 2008. Utvärderingen visar deltagarnas upplevelse av nytta av utbildningen med 4,4 på en skala mellan 5 (stor nytta) och 1 (låg nytta). Detta är några kommentarer från dem; *Utbildningen har berikat mig. Det var bra att hela vår arbetsgrupp deltog. Jag kommer ha användning av dessa "verktyg". Jag kommer att bygga vår egen modell. Jag upplever en ökad samsyn. Rehabilitering är kul. Hela mitt sätt att arbeta är på väg att förändras, från att ha varit inriktad på snabba åtgärder till att ha "is i magen" och följa personens egen process och takt.*

Vid ett antal tillfällen har anordnats informations och föreläsningstillfällen där Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen fortlöpande har informerats om rehabiliteringsprojektet och utvecklingsarbetet.

Med undantag för tre verksamheter i länet, *Psykosrehabteamet i Halmstad, Avd 23 i Varberg och Öppenvårdsmottagningen i Kungsbacka*, har psykiatrins delaktighet i utvecklingsarbetet förblivit låg.

I slutet av det tredje året informerades projektledningen om att psykiatrins ledningsgrupp(PLG) hade fattat beslut om att inte öka engagemanget och att de inte heller skulle göra anspråk på mer av projektets resurser.

Ungefär samtidigt beslutade jag som ansvarig för projektet att rikta resurserna till de verksamheter som var intresserade och engagerade. Bakgrunden till detta var förutom PLG:s ställningstagande att en stor del av projektets resurser, utan resultat, hade lagts på att "få med" psykiatrin samt bedömningen att resterade projekttid inte skulle räcka till för en kunskapsutveckling inom psykiatrin som helhet.

I november 2007 gjordes en studieresa till Holland. 10 deltagare från olika håll i länet besökte verksamheter som arbetade med supported employment och supported education. Det var en inspirerande resa som gav tankar kring nya arbetssätt och möjliga samarbetspartners, tex skolorna i länet.

SISTA ÅRET

Det sista året av projektet har präglats av implementationsarbete och metodhandledning. Konsultationsinsatserna har riktats till 11 verksamheter och metodhandledningen till 16 verksamheter fördelade i alla kommuner i länet.

Ytterligare tre tillfällen vilka vardera omfattade två dagar kännedomsutbildning hölls, en i Varberg och två i Halmstad. Till dessa utbildningstillfällen kom deltagare från olika håll i länet. I Varberg deltog 60 personer. 25 av dessa hade inte föränmält sig. Stämningen var engagerad.

Under året som gick hölls två utbildningstillfällen för 16 personal i slutenvården (avd 23, 22, 21) i Varberg. Den första omfattade 6 och den andra 5 dagar. Utbildningen inriktades mot de delar av rehabiliteringsprocessen som stämmer överens med slutenvårdens uppdrag. Detta var också en engagerat grupp som hade lätt att ta till sig värdegrunden i rehabiliteringssammanhanget. Så här upplevde några deltagare det: *Det har varit bra att prata om vikten av att ha ett rehabiliteringsperspektiv, av att ha en positiv attityd och en tilltro till att patienten kan bli bättre. Övningsuppgifterna mellan utbildningstillfällena var bra, men det var svårt att hitta någon patient att träna tillsammans med. De här "verktygen är bra" men de behöver anpassas mycket mer till vår verksamhet. Hur ska det fungera, det här kräver tid och nya rutiner? Hur ska vi samarbeta med dem som ska ta vid när patienten skrivs ut?*

Rehabiliteringsprojektet var i mars 2008 representerat vid en nationell konferens i Stockholm och i april samma år vid en världskongress för återhämtning och rehabilitering i Boston, där också den socialpsykiatriska enheten i Laholm presenterade sin verksamhet.

Tillsammans med Camilla Tilljander och Michael Nilsson, brukarinflytandesamordnare (BISAM) för brukare och anhöriga hölls en seminariereserie, en halvdag i varje kommun för brukare och närstående. Temat för dessa var hopp, återhämtning, rehabilitering och egenmakt.

Efterfrågningarna på insatser från projektet sjönk något under våren 2008 för att sedan öka igen i slutet av projektiden.

Det sista året av ett projekt bör troligen präglas av strategier i syfte att vidmakthålla den uppnådda utvecklingen. På många sätt har det varit svårt att starta denna typ av processer under ett pågående utvecklingsarbete. I Varberg och i Halmstad har dock denna typ av diskussioner förts.

I Varberg har socialtjänsten tagit initiativ till ett nytt projekt som kan ses som ett tillvaratagande och vidareutvecklande av den nya kompetensen. Detta projekt är ett samarbete mellan socialtjänst, Arbetsförmedling och Försäkringskassa. Syftet är att skapa ett sammanhållet rehabiliteringsstöd för personer med psykisk ohälsa som vill tillbaka till arbete eller studier. Man planerar att använda supported employment som metod. Finansiering kommer under januari 2009 att sökas via EU-socialfond. Psykiatrin inbjöds som samverkanspart men avböjde.

I november 2008 inbjöds skolorna i länet för att träffa rehabiliteringsverksamheterna och skapa nya kontaktytor. Rehabteamet i Laholm, Allt under ett tak, Falkgruppen, Löftadalens folkhögskola och vuxenstudieförbundet i Laholm deltog. Detta var en inspirerande dag där intresset och vinsterna av samverkan tydliggjordes

Under det sista året har försökt gjorts att få till stånd ett möte med socialchefgruppen i syfte att på ett länsövergripande plan diskutera bibehållande och vidareutveckling inom området. Något sådant möte har ännu inte kommit till stånd.

INTERVENTIONER

UTBILDNING

Innan rehabiliteringsprojektets start höll psykiatrichef Lars-Olof Ljungberg ett antal inspirationsföreläsningar. Efteråt har han blivit citerad, *"Personalen behöver omprogrammeras"*! Uttalandet väckte reaktioner. Kanske var det ett olyckligt ordval, men vad kan han ha menat? Jag tar mig rätten att tolka. Många av de saker vi lär oss i våra grundutbildningar är meningsfulla och viktiga i vårt framtida yrkesutövande, andra är felaktiga i relation till den kunskap vi har nu. *Som ett resultat av återhämtningsparadigmet är aktuell praktik oerhört omodern och så också de akademiska programmen som utbildar de nyaste medlemmarna i våra team (Huckshorn, 2007).* Återhämtning ingår vanligtvis inte som ämne i våra högskoleutbildningar och ingen grundutbildning lär ut metoder/teknik för hur man hjälper människor med funktionsnedsättningar att öka sin kompetens. Är universitetsvärlden inom detta kunskapsområde som våra vårdssystem trög och långsam när det gäller att ta in ny kunskap? Några av de saker vi lärt oss under grundutbildningen står i motsats till det vi vet idag, tex om vikten av att skapa en nära relation samt om vikten av att personen har egen makt och bemöts som en människa med kompetens.

När jag genomgick min grundutbildning lärde jag mig att det är viktigt med en professionell hållning och det gjordes en koppling mellan att hålla distans till sin klient och att vara professionell. Ett återkommande tema i återhämtningsforskning är betydelsen av relationer. Det är i relation till andra som jaget blir till (Alain Topor, 2001). Han beskriver också de egenskaper som är viktiga hos de som hjälper; att vara en realistisk person med brister och tillkortakommanden, att ha en tillåtande accepterande attityd samt att erbjuda konkret hjälp. Topor framhåller de professionellas gränsöverskridanden i förhållande till det man uppfattar som professionellt eller som sitt uppdrag, som faktorer som stödjer återhämtning. Ex *"Jag lånade en gång ut min bil till en klient och hans pappa". "Jag har lämnat ut mitt hemtelefonnummer till flera av mina patienter"*.

En annan lärdom jag dragit är att mina råd oftast inte gör någon skillnad och att ge råd endast om sådana efterfrågas. När jag var nyutexaminerad och arbetade som socialsekreterare såg jag det som min uppgift att hjälpa människor att finna lösningar på sina problem. Jag trodde att om jag lyckades få personen att ta till sig mina råd skulle chanserna för framsteg öka. Idag vet jag och många andra med mig att lösningen finns hos personen själv. Den läkande, återhämtande lösningen kommer inifrån personen själv.

Vid ett utbildningstillfälle sade en sjuksköterska; *"Jag kan inte arbeta utifrån patientens eget mål, det ingår i mitt uppdrag att hjälpa till att formulera målet"*. Idag säger den nya kunskapen oss att vårt uppdrag är att stödja en person i att formulera sina egna mål för framtiden.

Kan det ha varit detta Lars-Olof Ljungberg menade?

Berörda myndigheter utgår inte ifrån den kunskap som finns och man saknar metoder för rehabilitering (Kerstin Evelius, 2006).

Ett av uppdragen var att öka kompetensen inom områdena återhämtning och rehabilitering. Utbildningen har syftat till att på bred front sprida kännedom samt att till en utvald grupp medarbetare lära ut metoder som stödjer människor med psykiska funktionsnedsättningar att öka sin kompetens och bli delaktiga i olika sammanhang.

KÄNNEDOMSUTBILDNING

Kännedomsutbildningen haft en omfattning på 2–6 dagar och har syftat till att lära ut förhållningssätt som stödjer återhämtning och rehabilitering samt att ge en översikt av rehabiliteringsprocessen. Kursdeltagarna har fått göra övningar och prova på något av "redskapen" i rehabiliteringsprocessen.

KOMPETENSUTBILDNING

Kompetensutbildningen har pågått under 18 månader och har omfattat sex veckors klassrumsundervisning samt eget arbete mellan utbildningsveckorna. Utbildningen beräknas omfatta 25% av en heltidstjänst. I det egna arbetet har kursdeltagaren tränat på rehabiliteringsteknik tillsammans med en "träningsskient". Dessa samtal har spelats in på band. Därefter har en utbildare lyssnat på bandinspelningen och gett kursdeltagaren personlig handledning. Efter genomförd utbildning erhåller deltagarna ett certifikat. Syftet har varit att lära ut förhållningssätt och teknik för rehabilitering.

UTBILDNING I SAMTALSMETODIK

Denna utbildning har syftat till att lära ut tekniker för samtal som stödjer samarbetsallianser och förändringsprocesser. Utbildningen har omfattat fyra klassrumsdagar samt möjlighet att med personlig handledning öva den teknik man har lärt sig.

UTBILDNING TILL BOENDEPERSONAL

Utbildningen till boendepersonal har syftat till att lära ut förhållningssätt som stödjer återhämtning och rehabilitering. Utbildningen har omfattat två delar, den första i klassrum med föreläsning och övningar, den andra mer i form av handledning, där deltagarna har arbetat aktivt med vardagliga frågor ur ett rehabiliteringsperspektiv.

UTBILDNING TILL PERSONAL INOM PSYKIATRI

Utbildningen till personalen i psykiatrin var en fördjupad kännedomsutbildning och har omfattat tio dagar. Innehållet fokuserades på förhållningssätt som stödjer återhämtning och rehabilitering samt de delar i rehabiliteringsprocessen som överensstämmer med psykiatrians ansvarsområde. Detta var *för-rehabilitering* och *diagnosfas*. Syftet med utbildningen var att väcka deltagarnas nyfikenhet och lust att lära sig mer inom området.

UTBILDNING I SUPPORTED EMPLOYMENT

Utbildningen i supported employment har omfattat 14 klassrumsdagar, fördelat på fyra kurstillfällen med eget arbete där emellan. Utbildningen syftade till att lära ut principer och rehabiliteringsprocesser för individuellt stöd i arbete och studier. Mellan

utbildningstillfällena har kursdeltagarna haft möjlighet att med personlig handledning öva sig i rehabiliteringsmetodiken tillsammans med en "träningsklient". Efter utbildningen erbjöds möjligheten att genomföra en integrationsövning, som innebar att man med handledning fick öva process och teknik tillsammans med en ny träningsklient. Efter denna övning erhåller deltagarna ett certifikat.

UTBILDNING TILL PERSONAL I PSYKIATRINS SLUTENVÅRD

Utbildningen till personalen inom slutenvården har omfattat 5-6 dagar och har syftat till att lära ut förhållningssätt som stödjer återhämtning och rehabilitering samt den del i rehabiliteringsprocessen, för-rehabilitering, som stämmer överensstämmer med slutenvårdens uppdrag. Kursdeltagarna har mellan utbildningstillfällena övat på "verktygen" i *Bedöma- och utveckla beredskap* till förändring.

KONSULTATION

Konsultation i rehabilitering syftar till att ge chefer och personal stöd i att utveckla ett program för rehabilitering. Detta program kan implementeras på organisations- eller verksamhetsnivå.

Att utveckla ett program innebär att skapa en struktur i en verksamhet innehållande målsättning, värdegrund, policy, riktlinjer samt rutiner för det dagliga arbetet som är förenligt med filosofi, principer och värderingar för rehabilitering.

Programutvecklingen kan inriktas på att utveckla en redan befintlig verksamhet eller på att skapa en helt ny.

Erfarenheten har visat att steget mellan utbildning och att använda sig av nya kunskaper är stort. Programutveckling avser att stärka denna process.

Ambitionen är att skapa verksamhetsbaserade aktiviteter som bygger på en verksamhets uppdrag och på målgruppens behov i motsats till sådana som är kopplade till enskild personals kompetens eller intresseområden.

METHODHANDLEDNING

Metodhandledning syftar till att stödja personal i användningen av rehabiliteringsverktygen. Erfarenhet visar att personal har svårt att bedöma var i en förändringsprocess en person befinner sig i förhållande till de olika faserna i rehabiliteringsprocessen. Dessutom att det är svårt att bedöma vilket redskap som bäst matchar personens behov. Ibland handlar det också om att klargöra vilka insatser som svarar an på behoven i aktuell situation. Det är inte alltid rehabilitering är rätt insats. Metodhandledningen cirkulerar ofta kring denna typ av frågor. Andra frågor kan handla om samarbetet runt den enskilde i syfte att skapa ett sammanhållet stöd som arbetar gemensamt med att stödja personen i att nå sitt mål.

SVÅRIGHETER OCH STRATEGIER

"En berusad man tappar sin nyckel när han ska låsa upp porten till sitt hus. Det är mörkt där han står. En bit längre bort lyser en gatlykta. Istället för att leta där han tappade sin nyckel går han dit där det är bättre belysning." Har vi haft rätt strategier i utvecklingsarbetet, har vi letat efter "nyckeln" på rätt ställe?

Bristen på engagemang och intresse från psykiatrin har varit den största svårigheten. Initialt var den vanligaste responsen från medarbetare inom psykiatrin; "Det här kan vi redan alternativt det här ligger inte inom vårt ansvarsområde".

Frågan om brist på engagemang togs vid ett flertal tillfällen upp i psykiatrins ledningsgrupp (PLG), som delvis bekräftade att man också upplevde svårigheterna och som deltog i att planera strategier för att lösa problemet. Vid varje möte med ledningsgruppen gav problembeskrivningarna upphov till en känslomässigt laddad diskussion.

Under projektets år två och tre gjordes stora kraftansträngningar i syfte att "få med psykiatrin". Några dessa av strategier var; *möten med personalgrupper, kortare inspirationsföreläsningar på öppenvårdsmottagningar, att arrangera temadagar om rehabilitering, en fördjupad kännedomsutbildning på 10 dagar till personal i psykiatrin samt att arbeta fram ett policydokument, "Förtydligande av psykiatrins ansvar samt viljeinriktning för framtiden vad gäller rehabilitering"* undertecknat av ledamöterna i PLG (se bilaga 5).

Det hölls två temadagar för psykiatrin. Vid båda tillfällena deltog drygt 30 personer, det var chefer, psykiatriker samt engagerade medarbetare. Fokusgrupp användes som metod. Frågan i fokusgruppen var; *Vad är viktigt för ett ökat engagemang för utveckling av rehabilitering inom psykiatrin?* Deltagarna arbetade fram ett antal faktorer som man hade förhoppningar skulle stimulera utvecklingsarbetet. Några faktorer var; *att personalen ser ett mervärde av rehabiliterings insatserna, att psykiatrin kan lita på att andra aktörer tar sitt ansvar i det konkreta rehabiliterings arbetet, att personalen har mandat att utveckla rutiner för rehabilitering samt att ledningen på olika nivåer prioriterar frågan genom att vara aktiva.*

Vid den andra temadagen skattade deltagarna det interna utvecklingsbehovet inom rehabiliteringsområdet till 4,02 på en skala mellan 5(högt) och 1(låg). Diskussionerna var engagerade. Kursdeltagare från kompetensutbildningen deltog och de talade om sina erfarenheter och sina träningsklienters framsteg. Patienternas framsteg bekräftades av Margreth Svanberg, psykiatriker på öppenvårdsmottagningen i Kungsbacka, som uttryckte sitt stöd för utvecklingsarbetet.

Detta är några kommentarer från deltagarna;

Bra diskussioner. Det känns som om vi har kommit flera steg på vägen. Flera goda, konkreta åtgärder och strategier har kommit fram. Bra med de fyra som berättade om sitt arbete. Det var konkret. Kompetent ledning av temadagen. Jag är mycket nöjd med dagens diskussioner och den samsyn som visat sig på de olika nivåerna i hela länet. Inspirerande och givande dag. Bra att olika yrkeskategorier och att chefer var med. Bra gruppdiskussioner. Positivt. Jag önskar att fler ifrån min arbetsplats var här.. Tycker att vi klivit flera steg framåt, men det finns fortfarande oklarhet kring psykiatrins uppdrag i detta. Bättre dynamik och mer kreativitet än förra gången.

Fler är delaktiga. Öppenhet. God stämning, dynamik. Bra med fallbeskrivningar. Fick lite bättre idéer om hur man kan implementera "rehabtänk" i det vardagliga arbetet. Konkret på ett bra sätt.

Policydokumentet, "Förtydligande av psykiatrins ansvar samt viljeinriktning för framtiden vad gäller rehabilitering" beskriver ledningsgruppens avsikt med utvecklingsarbetet. Men detta är inget dokument som blivit känt inom organisationen. Orsaken till detta är okänd. Kände PLG ett ägarskap av detta dokument? Spred PLG det vidare till klinikledningsgrupperna? Spred klinikledningen det vidare ut till arbetsplatsträffar med medarbetare? Så här sa en psykiatrimedarbetare under projektets sista termin; Vi har inte fått någon information av våra chefer om rehabiliteringsprojektet och om de föreläsningstillfällen och utbildningar som har erbjudits.

I syfte att föra rehabiliteringsutvecklingen framåt ser jag det angeläget att ställa några frågor. Dessa kan inte besvaras utifrån det underlag som finns idag, men kanske kan några svar återfinnas i utvärderingen av projektet;

Detta har varit en "top down process". Initiativet togs av ledningen. Utmaningen i en sådan process är att få de andra nivåerna i den berörda organisationen med sig. Det vi har sett är att denna toppstartade process har nått både mellanchefer och gräsrotter på bred front inom socialtjänsten i alla sex kommunerna. Varför lyckades inte samma process inom psykiatrin?

Det fanns begynnande engagemang bland deltagarna vid den andra temadagen. Men sedan stannade det av. Vad var orsaken till detta?

Är rehabiliteringsfilosofin förenlig med den medicinska kulturen? Är psykiatrins rehabiliteringsansvar känt, kom vi förbi frågorna kring ansvarsfördelning och den utbredda uppfattningen om att rehabilitering är socialtjänstens ansvar?

Rehabilitering har lägre status än behandling och missförstås ibland som något enkelt som inte kräver kompetent, välutbildad personal. Såg medarbetare i psykiatrin rehabiliteringsutbildningen som en möjlighet till kompetenshöjning?

Bra metoder sprider sig själv, men i själva verket sprids dåliga metoder på samma sätt (Knut Sundell, 2008). Är förhållningssätt och teknik utvecklat vid Boston university bra metoder för psykiatrin? Är förhållningssätt och teknik utvecklat vid Boston university bra metoder för samverkan mellan socialtjänst och psykiatri?

Upplevde chefer och medarbetare inom psykiatrin behov av förändring och var organisationen redo för en förändring? Det finns olika faser i en förändringsprocess; 1) Före begründandet, då vi fortfarande inte ser problemet. 2) Begründandet, då vi har börjat se problemet men fortfarande inte vet hur vi ska göra eller om vi säkert vill genomföra en förändring. 3) Förberedelse, då vi har börjat tänka på en förändring och börjar formulera en plan. 4) Genomförande, då vi har börjat att åtgärda problemet, att förändra våra beteenden. En betydande förändring kan skönjas. 5) Behållande, då förändringen är integrerad och stabil (Proschaska, 1995). Min uppfattning är att psykiatrin som organisation befunnit sig i fas 1, före begründandet i Proschaskas förändringsprocess, i relation till detta

utvecklingsarbete. Kanske fanns det aldrig någon samsyn kring behoven av utveckling inom detta område, en positiv förväntan eller ett begrundande?

En annan försvårande omständighet har varit *omorganisationer inom socialtjänsten*. Under tiden för projektet har alla kommuner i länet genomfört omorganisationer inom sin socialtjänst. Det är svårt att beräkna omfattningen av den inverkan dessa har haft på utvecklingsarbetet inom detta område. Inom en kommun i länet var kanske omorganisationen en viktig förutsättning för utvecklingsarbetet. Där blev denna en bra plattform för utvecklingsarbetet samtidigt som utvecklingsarbetet inom rehabiliteringsområdet blev kraftigt försenat. Omorganisationerna kan också ha inneburit att viktiga personer tvingats dra sin uppmärksamhet ifrån rehabiliteringsutvecklingen.

En annan svårighet med mer uppenbara konsekvenser har varit *skiften av personer på centrala poster*. Det har bl.a. påverkat representationen i styrgrupperna, som under tiden för projektet har förändrats i alla kommuner, i några vid flera tillfällen. Detta har inneburit avbrott i grupprocessen och försvårat möjligheterna till att hålla den "tråden" i utvecklingsarbetet.

De mest påtagliga förlusterna var att Peter Åberg, chef för psykiatri i Varberg och Falkenberg och ledamot i styrgrupperna i dessa båda kommuner, Malin Larsson verksamhetschef för psykiatri i södra länsdelen och Lars-Olof Ljungberg, psykiatrichef och initiativtagare till projektet slutade sin tjänstgöring. *Kan dessa förluster ha varit en av de bidragande orsakerna till att den begynnande positiva trend som startade i samband med psykiatrins andra temadag, inte blev varaktig?*

UTVÄRDERING

Utvärderingen av projektet startade hösten 2007 och pågår till sommaren 2010. Utvärderingen genomförs av CEPI, Institutionen för Hälsa, Vård och Samhälle, Medicinska fakulteten vid Lunds universitet. Ansvariga för utvärderingen är Lars Hansson, Bengt Svensson, Henrika Jormfeldt och Petra Svedberg. Studien omfattar en två-årsuppföljning av personer som erhåller rehabilitering enligt *Välja, skaffa, behållamodellen* utvecklad vid Center for psychiatric rehabilitation, Boston university.

Uppföljningen syftar till att svara på följande frågor kring insatser på individnivå; Leder rehabiliteringen till en bättre livssituation avseende yttre levnadsförhållanden så som boende, arbete, utbildning, fritidsaktiviteter och sociala relationer? Medför rehabiliteringen en bättre upplevd livskvalitet inom olika livsområden? Medför rehabiliteringen ett minskat utnyttjande av vård- och stödsystemet? Leder rehabiliteringen till ett minskat utnyttjande av socialförsäkringsystemet? Vilken är graden av tillfredsställelse med rehabiliteringen? Vilka är klienternas subjektiva erfarenheter? Vilken är graden av måluppfyllelse i relation till de mål som är uppsatta i rehabiliteringen? Vilken roll spelar relationen mellan rehabiliterare och klient? Vilka förändringar upplever närstående?

Utvärderingen kommer också studera effekter av rehabiliteringsprojektet ur ett implementationsperspektiv, framgång i relation till dess syfte och uppdrag.

Resultatet av utvärderingen kommer också att presenteras av Lunds universitet 2010.

RESULTAT KONKRET OCH MÄTBART

Har rehabiliteringsprojektet varit framgångsrikt eller inte? Detta är i huvudsak en fråga för utvärderingen som kommer att studera effekterna av rehabiliteringsinsatserna.

Under en period kände jag mig missmodig och tänkte att syftet hade gått förlorat då psykiatrins engagemang förblivit lågt eftersom uppdraget var att skapa en kunskapsbaserad rehabilitering i *samverkan*. Men under de sista åren i projektet har jag och mina kollegor fått bevittna ett så stort engagemang och upplevt så många fantastiska saker ske inom socialpsykiatri i länet så att det vore fel att inte tänka i termer av framgång.

Här följer några av de mer konkreta mätbara resultaten så här i slutet av projektiden;

≈110 personer har erhållit rehabilitering av certifierade rehabiliterare. Cirka 50 av dessa har varit träningsklienter till kursdeltagare i utbildning.

44 medarbetare, varav sju anställda i psykiatri, har genomgått kompetensutbildningen. I den första utbildningsgruppen som blev klar med sin utbildning i mars 2007 deltog 21 medarbetare. I den andra utbildningsgruppen som blir klar med sin utbildning i december 2007 har 23 medarbetare deltagit (se namn på kursdeltagarna i de båda grupperna i bilaga 4).

≈ 700 medarbetare, med en ungefärlig fördelning 70% från socialtjänsten och 30% från psykiatri, har genomgått en kännedomsutbildning. Utbildningens omfattning har varierat mellan 2-6 dagar.

≈ 150 brukare och anhöriga har deltagit vid en halv dags föreläsning.

20 medarbetare har utbildats i rehabiliteringsmetoder för supported employment. Sex av dessa kursdeltagare har utöver detta genomfört en fördjupningsövning (se namn på kursdeltagarna i bilaga 4).

14 personer från psykiatri i Halmstad, Hylte och Varberg har under tio dagar genomgått en fördjupad kännedomsutbildning.

16 personer från slutenvården (avd 23, 22, 21) i Varberg har under 10 dagar genomgått utbildning i för-rehabilitering.

16 verksamheter har arbetat med implementering av förhållningssätt och rehabiliteringsmetoder.

I Laholms kommun har det tillskapats tre nya tjänster och man har startat upp en ny verksamhet, den *Socialpsykiatriska rehabiliteringsenheten*.

Andra utgåvan av boken *Psykiatrisk rehabilitering* av Anthony, Farkas, Cohen, Gagne har översatts. Den har utgivits ut av Landstinget Halland. Boken trycktes i 1500 exemplar, en del böcker har sålts, andra har i syfte att sprida kunskap delats ut som kurslitteratur i länet.

ANDRA MÖJLIGA EFFEKTER

Här följer andra, inte så konkreta och mätbara möjliga effekter av projektet;

Vi upplever att personal som arbetar med målgruppen har ett ökat engagemang i att förbättra och utveckla stödet.

Vi upplever en ökad efterfrågan av kunskap om återhämtning och rehabilitering. I starten av projektet var det ganska vanligt att personalen var nöjd. Idag uttrycker man en nyfikenhet, ett behov av att öka sin kompetens och att utveckla de verksamheter man arbetar i.

Rehabilitering är på agendan i Halland. Det finns en bred förståelse för de värden och principer som stödjer rehabilitering. Rehabiliteringsprocessen med dess olika faser och interventioner är känd. Det finns ett "språk" för rehabilitering. Detta "språk" är känt inom psykiatrin men har fått tydligast förankring inom socialtjänsten. Det har alltså inte fullt ut blivit ett "gemensamt" språk" så som ambitionen var från initiativtagarna till projektet.

Återhämtning är idag ett välkänt begrepp i Halland. Fler medarbetare uttrycker en hoppfullhet kring sina patienter/klienters möjligheter till återhämtning. Diskussionerna handlar inte längre om, *är återhämtning möjligt*, utan snarare om, *hur kan vi skapa bättre förutsättningar för återhämtning?*

Det finns en ökad förståelse och kunskap kring faktorer som stödjer människor att förändra sina liv. Utan att ha vetenskapliga belegg gör jag bedömningen att systemet i Halland har börjat skifta form, från att erbjuda människor med psykiska funktionsnedsättningar stöd att bibehålla en levnadssituation, till ett system som fokuserar på människors framtid. Exempel på detta är att boende ses inte som en "slutstation". Boendepersonal arbetar med att stödja de boende i att finna aktiviteter utanför boendet eller mot målet att klara en egen bostad. Andra exempel kan studeras i sysselsättningsverksamheterna som idag arbetar mera med "vägar ut" observanta på riskerna för inlåsnings effekter.

Personal som har genomgått utbildning uttrycker en tillfredsställelse med det man lärt sig. En del upplever en tydligare målorientering och struktur i klientarbetet, andra en ökad tillfredsställelse i arbetet.

En annan effekt vi har noterat är att socialtjänstens status som samverkanspart i relation till psykiatrin har stärkts. I flera kommuner upplever båda parter att samverkan har förbättrats som en effekt av det gemensamma projektet.

SAGT OM OSS

Deltagarna i utbildningarna har fått göra en kursutvärdering. Synpunkterna som framkommit har varit till hjälp och vägledning för kommande kurser och föreläsningar. En av frågorna i utvärderingarna handlade om hur man upplevt kursledarna. Genomsnittligt tyckte deltagarna 4,4 om kursledarna på skala mellan 5 (mycket bra) och 1 (dåliga). Detta är några av kommentarerna; *Personliga. Ni kompletterar varandra. Bra att ni gav konkreta exempel. Ni har humor. Lyhörda för gruppens behov och önskemål. Enkla att förstå. Ni står med båda fötterna på jorden och kan förmedla kunskap på ett enkelt sätt. Öppenhjärtiga, trevliga, humoristiska och kunniga. Suveräna. Entusiasmerande. En kanontjej. Lätta att lyssna på. Ni gör alla delaktiga. Ni har pratat om detta på ett sätt som gjort mig nyfiken. Ni har stor kunskap. Ni skapade en trygg stämning, alla vågade komma till tals. Jättebra föreläsare. Lyhörda och öppna. Ni är olika och samarbetar jättebra. Er hoppfullhet smittade av sig. Ni är ödmjuka och otroligt professionella. ♥♥♥. Ni är frälsta. Högsta betyg. Gosiga. Pålästa och avslappnade. Ni är bäst.*

REFLEKTION

Om vi skulle genomföra projektet ännu en gång men berikade av erfarenheten, då skulle vi troligen gjort några saker annorlunda.

Vi startade med att utbilda medarbetare. En bättre strategi skulle troligen ha varit att *starta med att utbilda chefer och politiker och därefter vända sig till medarbetare*. På så sätt skulle initiativet i utvecklingsarbetet ligga mycket tydligare hos ledningen som skulle uppleva sig "vara steget före".

En annan strategi som troligen skulle ha genomslagskraft är om de medarbetare som valts ut för att delta i kompetensutbildningarna före utbildningsstarten, skulle ha haft klagjordade roller i relation till rehabiliteringskompetensen tex *rehabiliterare, utbildare, verksamhetsutvecklare* eller *metodhandledare*. Det skulle kunna ha tydliggjort syftet bättre för den enskilde kursdeltagaren och gett stöd i implementationsprocessen efter utbildningen.

Vi startade utvecklingsarbetet i alla sex kommuner samtidigt. Kanske skulle vi i första skedet ha startat i de kommuner där man efterfrågade utvecklingen, för att senare sprida utvecklingen till andra. På så sätt kanske stödet från projektet kunde ha blivit mer omfattande till de verksamheter som uttryckte behov och önskemål.

Jag och mina kollegor är externa konsulter. Kanske skulle en bra strategi ha varit att ha en intern konsult i varje kommun, framför allt inom psykiatrin.

DET ÄR NU DET STARTAR PÅ RIKTIGT

Ordspråket *Låt tusen blommor blomma*, passar mycket väl för att beskriva de utvecklingsprocesser som pågår i Halland. Det finns stort engagemang och ett lokalt ägarskap av detta utvecklingsarbete i alla kommuner i länet. Knut Sundell forskare vid IMS på Socialstyrelsen beskriver att följande faser underlättar en implementationsprocess;

- 1) Inventering av problem/behov
- 2) Förankring
- 3) Planering
- 4) Utbildning
- 5)Handledning när man börjar praktisera det nya
- 6) Planering för att vidmakthålla det nya

(Fixen m fl. 2005)

Tidigare i slutrapporten har beskrivits aktiviteter som kan hänvisas till fas 1 – 4. Det är lätt att känna igen och placera olika aktiviteter som skett inom ramen för rehabiliteringsprojektet i Halland i Fixens faser. Knut Sundell menar att en vanlig tidsperiod för fas 1-4 är 4 år. Fas 5 har inom rehabiliteringsprojektet förutom handledning också omfattat konsultation i form av stöd på organisations- och verksamhetsnivå. Att det finns svårigheter i samband med avslutning av ett projekt är en allmän kunskap. Många har erfarenheter av att resultaten av ett projektarbete inte har levt vidare. I Halland är fortfarande ett stort antal medarbetare nyutbildade och det finns ett behov av fortsatt metodhandledning och konsultation. Ännu är inte länet "självförsörjande" i den fortsatta kunskapsutvecklingen med egna utbildare, metodhandledare och verksamhetskonsulter. Kanske finns det också behov av ytterligare fördjupningsutbildningar i syfte att förankra och fördjupa kompetensen ytterligare.

Hur ser då förutsättningarna ut för att kunskapen ska leva vidare och växa sig starkare? Kommer det finnas möjligheter för rehabiliteringsutbildade medarbetare att utbyta erfarenheter, stödja och handleda varandra? Vem har i så fall mandat att ta sådana initiativ och samordna denna typ av stöd? Kommer det att finnas ekonomiska resurser och stöd från ledningen att engagera oss som har arbetat i projektet för fortsatt metodhandledning, konsultation och/eller kompletterande utbildningsinsatser?

Den 19 september 2008 möttes representanter från psykiatri och socialtjänsten för att diskutera en gemensam ansökan till Socialstyrelsen för att förstärka personalens baskompetens. På mötet diskuterades hur dessa medel som utbetalas 2009 ska användas. I minnesanteckningar från mötet står följande; *"Rehabilitering är ett område för fortsatt kompetensutveckling – dock ej Bostonmodellen". Hur ska detta tolkas?*

En del medarbetare vi mött under tiden för projektet har gett uttryck för en modell-trötthet, "ännu en modell vi får se om den överlever". Det finns en fara i att reducera det genomförda utvecklingsarbetet till att det har handlat om att införa en "modell". Modeller blir lätt omoderna. Syftet med rehabiliteringsprojektet har varit att öka kunskapen om återhämtning och rehabilitering, inte att implementera en specifik modell.

Det är stor vikt att de rehabiliteringsutbildade medarbetarna nu ges stöd att fortsätta erbjuda målgruppen rehabilitering utifrån de nya metoder och verktyg man har lärt sig

och att de successivt får uppdrag (i början mindre och sedan större) att fortsätta kunskapsspridningen.

Jag föreslår att vi ser på det genomförda utvecklingsarbetet i termer av att det nu finns en bra grund för att arbeta med återhämtning och rehabilitering och att detta bara är en början på ett utvecklingsarbete som måste få stöd att fortgå under lång tid framöver.

Projektet är slut och det är först nu det startar på riktigt!

Min slutliga kommentar är följande; jag upplever att vi i Halland har gått från att diskutera om återhämtning överhuvudtaget är en möjlighet för personer med allvarlig psykisk sjukdom till att tala om hur vi kan skapa bättre förutsättningar. Nästa steg i utvecklingsarbetet är att arbeta för att återhämtning ska bli en möjlighet för alla, inte bara för en eller två lyckligt lottade.

REFERENSER

- American Psychiatric Association.(1987). *Domestic and statistical manual for mental health disorders* (Vol 3). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anthony, W. A., Huckshorn, K. A. (2008). *Principled Leadership*. Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University.
- Anthony, W., Cohen, M., Danelly, K., *Psykiatrisk rehabilitering inriktad på återanpassning till arbetslivet* (artikel översatt inom ramen för projektet).
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., Gagne, C. (2002) *Psychiatric Rehabilitation* (2nd ed). Boston university, Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Allied Health Professions. Utgiven av Psykiatrin, Landstinget Halland 2007.
- Barchrach, L. L. (1976). *Deinstitutionalization: An analytic review and sociological perspective*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Becker, D. Torrey, W., Toscano, R., Wyzik, P., Fox, T.. *Hur skapas man insatser som inriktar sig på återhämtning? Erfarenheter från implementering av IPS i psykiatrisk öppenvård*. (Artikel översatt inom ramen för projektet).
- Bond, G., Becker, D, Drake, R., mfl. (2000). *Arbete med bistånd* (artikel översatt inom ramen för projektet), (Psychiatric Services, 52:313-322).
- Borofsky & R. D. Budson (Eds.), *The cronic psychiatric patient in the community: Principals of treatment* (pp. 265 – 280). Jamaca, NY: Spectrum Publications.
- Brunt, D., Hansson, L. (2005). *Att Leva med psykiska funktionshinder – Livssituation och effektiva vård och stödinsatser*. Studentlitteratur.
- Coleman, R., (2002). *Recovery An Alian Concept*, P&P Press.
- Deegan, P. E., Drake, R. E.(2006). *Shared Decision Making and Medical Management in the Recovery Process*. Psychiatric ervices, Open forum. (Nov 2006, Vol 57, pp 1636 – 1638).
- Deegan, P. E. (1996). *Recovery as a journey of the hart*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 96.19(3).
- Eklund, M., Hansson, L., Ahlqvist, C., (2004). *The importance of Work as Compared to Other Forms of Dayily Occupations for Wellbeing and Functioning among Persons with Long-Term Mental Illness*. Community Mental Health Journal, Vol 40, No 5, Oct.
- Ershammar, D. (2008). *Återhämtning i internationella policy och styrdokument*.
- Fixsen, D.L., m fl (2005). *Implementation research: A synthesis of literature*. Tampa, Florida: University of South Florida, Louise de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Grob, S. (1983). *Psychosocial rehabilitation centers: Old wine in new bottle*.
- Harding, C.M. mfl. (1999). *Artiklar om Återhämtning*. Ett helt liv förlag. ISBN 91-972900-3-3
- Lindqvist, R, Hetzler, A. (red) (2004). *Rehabilitering och välfärdspolitik*. Studentlitteratur.
- Presidentd's New Freeddom Commission on Mental Health (2003). *Achivieving the promise: Transforming mental health care in America. Final report*. DHHS pub. No. SMA-03-3832 Rockville, MD.
- Prochanska, P.; Norcross, J., Diclemente, C.; (1995). *Changes för good*. Harper Collins Publischers.
- Sundell, K. Roselius, M. (2008). *Att förändra socialt arbete : forskare och praktiker om implementering*. Gothia Förlag.
- Topor, A. (2001) *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Natur och kultur.
- Topor, A. (2004) *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Natur och kultur.
- Watzlawick, P., Weakland J., Fish P., (1974) *Förändring*. Natur och kultur.